

Punto de encuentro: ¿Cómo se sostiene el Sistema Nacional de Salud?



De izquierda a derecha: Carlos Sangregorio, Alain Cuenca, Miquel Argenter, Eloy Jiménez y Josep Pomar.

Participantes:

Alain Cuenca García. Director General de Financiación Autonómica y Local del Ministerio de Economía y Hacienda.

Miquel Argenter. Director de Área de Recursos del Servei Català de la Salut.

Eloy Jiménez Cantos. Director Regional de Recursos Económicos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Josep Pomar Reynés. Director del ib-salut. Islas Baleares.

Moderador: **Carlos Sangregorio Yáñez.** Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Organiza: **Ángel J. Pérez, Elena Miravalles y Diego Falcón.**

Transcripción: **Noelia Padrazo.**

Cuestiones tratadas

1. ¿Cuál es el marco que define la financiación sanitaria?
2. ¿Cómo es sostenible el SNS? ¿Qué medidas se han tomado, cuáles son sus resultados y qué falta por hacer?
3. ¿Existen los mecanismos para coordinar y ejecutar las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad del SNS?
4. ¿Cómo se va a ver afectada la cartera de servicios del SNS (tecnología y farmacia incluida)?
5. ¿Cómo se va a gestionar la demanda no solvente? ¿Cómo se va a optimizar la oferta?

C. Sangregorio: Vamos a hablar de sostenibilidad del sistema sanitario. Llevo más de treinta años en el sistema y cuando entré ya se hablaba de este tema. Es una materia que está siempre en el candelero, pero creo que nunca como ahora. Comentaba el profesor Barea la posibilidad de



Carlos Sangregorio.

Lo que tenemos que plantearnos es qué esperanza de vida tiene el sistema sanitario que va a soportar una esperanza de vida humana de cien años

Carlos Sangregorio

que tengamos una esperanza de vida de cien años a partir de este momento. Lo que tenemos que plantearnos es qué esperanza de vida tiene el sistema sanitario que va a soportar una esperanza de vida humana de cien años. La primera pregunta de rigor es ¿Cuál es el marco de financiación sanitaria actual y las perspectivas del mismo?

A. Cuenca: Como responsable del sistema de financiación autonómica y representante en esta mesa del Ministerio de Economía y Hacienda, ante esta pregunta tengo que trasladar dos ideas. El marco presupuestario en el que estamos hoy es mucho más conocido que hace un año: estamos atravesando una crisis económica muy seria, que afecta notablemente a los ingresos y a los gastos públicos. La crisis también es conocida porque en el último año se han empezado a tomar medidas de reducción del gasto público en general y del sanitario en particular. Lo que pasa es que se han tomado medidas a corto plazo, que ayudan a superar una situación crítica, pero debemos tomar medidas a medio y largo plazo en el conjunto del gasto público y en el gasto sanitario.

En 2010, las administraciones públicas en España gastaron cuatrocientos setenta y siete mil millones de euros e ingresaron trescientos ochenta mil, con un déficit de noventa y ocho mil millones. Por tanto, el veinte por ciento de lo que gastamos el año pasado tuvimos que pedirlo prestado. Estamos en una situación insostenible a corto plazo y por eso se han tomado

Estamos en una crisis económica que evidentemente tiene un componente cíclico, pero también tiene un componente estructural, que quiere decir que una parte de los ingresos públicos que teníamos se han ido para no volver

Alain Cuenca

medidas tan radicales. Para salir de esta difícil situación tenemos que tomar también otras medidas. En 2010 estamos en un déficit de 9,2 del PIB y tenemos que llegar a un déficit de 2,1 en 2014. Estas cifras muestran el esfuerzo enorme que tenemos que hacer todos los que gestionamos recursos públicos. En este marco general, mi deber es situar la financiación en el marco de las comunidades autónomas: el gasto sanitario representa el 34,4% del gasto de las comunidades, siendo la partida de gasto más importante. Si las comunidades autónomas tienen que participar del proceso de consolidación fiscal de reequilibrio de nuestras cuentas públicas de manera muy destacada y el gasto sanitario representa para ellas más de un tercio, el control de dicho gasto es crucial para el éxito de este reto que tenemos por delante.

El segundo elemento que quiero destacar como marco general es que desde el año 2002 no existe en España un sistema de financiación de la sanidad. Existen unos mecanismos de financiación de las administraciones, en especial de las comunidades autónomas, y en esos mecanismos de financiación está incluida la sanidad. Es decir, no existe un sistema de financiación de la sanidad separado de la financiación de los demás servicios públicos. Existen en cada una de las comunidades unas decisiones políticas que dan lugar a unos sistemas de financiación sanitaria diferen-

tes, por lo que podemos decir que existen diecisiete sistemas de financiación sanitaria. El nuevo sistema de financiación, que se acordó en 2009 y que entra plenamente en vigor este año, tiene muchas novedades y tiene en cuenta elementos de necesidad sanitaria, como la edad, el envejecimiento o la dispersión, a la hora de determinar cuanto dinero recibe cada comunidad. Esto tiene que existir en un sistema global, que se actualiza cada año, pero en el que no hay ninguna condición. Las comunidades autónomas reciben unos recursos; es verdad que hay una parte de ellos que atienden a indicadores sanitarios, pero tienen absoluta autonomía para decidir que asignación realizan de estos recursos.

M. Argenter: Creo que el problema que tenemos en el ámbito sanitario es que siempre se han negociado sistemas de financiación sanitaria, hasta el actual sistema en que se integran todos los servicios de las comunidades autónomas en un único sistema, y siempre se han estado negociando en etapas más o menos de crecimiento. El problema que tenemos en el ámbito sanitario es cuando las etapas no son de crecimiento. Creemos que el sistema de financiación actual es más



Miquel Argenter.

El instrumento del copago no lo veo como modo de financiación, porque es más equitativo que la mayor parte de los servicios se financien por la vía de los impuestos, pero sí creo que su utilización en el ámbito sanitario como gestor de la demanda es importante, para corregir estas disfunciones de la demanda

Miquel Argenter

positivo que el anterior, entre otras cosas porque reconoce un mayor esfuerzo fiscal de una comunidad autónoma, que tiene un cierto incentivo, pero nos ocurre que cuando el ciclo cambia, el cambio en el gasto sanitario no se produce.

El cambio de ciclo en el gasto sanitario tendría que venir dado por medidas en el ámbito de la cartera de servicios, racionalizando aquello que parece que no es tan efectivo desde

hace mucho y también lo más efectivo. Ese proceso es muy difícil de plantear, porque siempre hay dificultades para recortar.

En nuestro planteamiento, la comunidad autónoma exige un ajuste para poder cumplir con los escenarios de estabilidad presupuestaria en un momento en que el crecimiento de la economía no nos acompaña y, por lo tanto, el esfuerzo tiene que hacerse en el ámbito del gasto. En el gasto, si lo que estás haciendo es gestionar unos servicios, sin entrar en la gestión macro, las comunidades autónomas han soportado decisiones que se han tomado en el Congreso de los Diputados, como pueda ser la Ley que amplía la cobertura de la interrupción voluntaria del embarazo, pero sin tener en cuenta que eso requería una financiación para poder hacerle frente. Estas decisiones que no se acompañan con la previsión de la financia-



De izquierda a derecha: Carlos Sangregorio, Alain Cuenca, Miquel Argenter, Eloy Jiménez y Josep Pomar.

ción, no ayudan. No tomar decisiones en cuanto a lo que sería la póliza del sistema sanitario, también hace más difíciles los ajustes, porque los trasladan a un sistema de gestión de un servicio de salud, que va a tener que tomar decisiones en cuanto a cómo organiza, de qué manera incentiva a sus servicios para que consigan mejorar sus procesos con coste menor, etc. Así, traslada el esfuerzo a un nivel micro. Creo que ese es uno de los factores que no acompañan al crecimiento del sistema sanitario. Es importante que a nivel de todo el sistema nacional de salud y utilizando el Consejo Interterritorial como una herramienta de pacto, se tomen decisiones para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Nosotros creemos que no es lógico que las comunidades que aportan más porque tienen nivel de renta superiores, estén las últimas en gasto. Es lógica la solidaridad y que esté en el sistema de financiación, pero también debería medirse esa solidaridad. Eso genera una mayor presión en los gobiernos de estas autonomías, exigiendo mayores servicios y un mayor gasto sanitario.

E. Jiménez: Creo que el sistema sanitario no entiende de ciclos. Al contrario, tiene una tendencia estructural a que su gasto crezca por encima del PIB, que es la variable que determina la evolución de los ingresos de las administraciones públicas. Por tanto, desde un punto de vista estructural, la

El modelo de atención primaria, pensado en su momento para entornos culturales y geográficos distintos a nuestro país, se ha implantado en España hasta un nivel que está generando un gasto enorme en infraestructuras, en mantenimiento, en recursos humanos y en gasto farmacéutico de recetas

Eloy Jiménez

sanidad tiene un problema de supervivencia del sistema a largo plazo, derivado de esa tendencia a crecer más deprisa que el PIB del país. En el momento actual, el problema cambia porque el ciclo económico da lugar a una caída brutal de ingresos en las administraciones públicas y, por lo tanto, puesto que el sistema sanitario es un servicio más de los que se prestan, no deberíamos hablar de sostenibilidad del sistema sanitario, sino de sostenibilidad de la administración pública en su conjunto. Por ello, las medidas que han de acometerse se refieren al conjunto de servicios que estas administraciones prestan a la ciudadanía. Por supuesto, con más de un tercio del gasto de las comunidades dedicado a la sanidad, una parte muy importante de los ajustes tendrá que recaer sobre el ámbito sanitario. Es una cuestión de prioridades en los servicios por parte de la administración. Por otro lado, el sistema nacional de salud es viable por sí mismo perfectamente. Los costes que está generando para cuarenta y cinco millones de ciudadanos, con sus características de universalidad, equidad, accesibilidad y gratuidad casi plena demuestran que esto se puede asumir por la economía del conjunto de los españoles. Por esto deberíamos estar orgullosos y estar seguros de la viabilidad de nuestro sistema sanitario. Otra cosa es lo que se genera como consecuencia de decisiones de gestión y, por otro lado, es cierto que hay una distribución en términos per cápita muy desigual de la financiación. Puesto que esa financiación global está distribuida muy injustamente, el nivel per cápita también genera diferencias de hasta más del treinta por ciento en la organización para el gasto sanitario entre una comunidad y otra. Esto está produciendo problemas muy grandes. Habría que intentar cambiar esa situación que deriva exclusivamente del

hecho de que el gasto ha crecido prácticamente igual en todas las comunidades, pero unas comunidades se han mantenido estables en términos de población y otras no, aunque eso es muy complejo. La racionalización del gasto nos va a exigir un esfuerzo importantísimo, pero creo que con el nivel del que partimos podemos estar tranquilos con nuestro sistema nacional de salud.

J. Pomar: Creo que en cuanto al gasto tendríamos que preguntarnos qué hemos hecho mal, qué hemos hecho bien y qué deberíamos estar haciendo. Cuando hablamos de financiación, algunas comunidades no podemos olvidar el hecho de las diferencias. Los sistemas de financiación han ido mejorando con el tiempo. Los sistemas de financiación se generan en una coyuntura determinada y es difícil prever qué efectos van a tener. El sistema de financiación de 2002 no tuvo en cuenta algunas cuestiones de caso real, como la adecuación de las poblaciones. En algunas comunidades autónomas, el crecimiento ha sido brutal. En Baleares, en los últimos seis o siete años se creció más de un treinta por ciento en población y ese sistema de financiación no habría cogido ese incremento de ciudadanos que también usan los servicios sanitarios. Por tanto, sé que ahora no toca poner énfasis en la financiación, sino en la gestión y en las medidas estructurales.

Algunas comunidades autónomas no podrán despegar con las mismas condiciones que otras, porque entran con un desfase que les deja en una situación de desventaja. Las Islas Baleares tienen en su presupuesto de este año, donde todavía no se refleja el nuevo modelo de financiación, mil diez euros por habitante. El gasto de Baleares está por debajo de la media y esto está repercutiendo en proveedo-

res, en empresas, en tejido social, que se ven afectados por esta crisis. Pienso que no se está poniendo sobre la mesa el elemento de que la salida de la crisis tiene que ser una salida solidaria y equitativa y, por tanto, algún tipo de recuperación y de recompensa deben tener las comunidades autónomas que se ven obligadas a tomar medidas en una situación tan drástica. Un segundo elemento cuando hablamos de financiación es que no se puede huir de la implicación y de la responsabilidad, sin olvidar la línea de la iniciativa. Cuando hablamos de reformas y de cambios estructurales, olvidamos muchas veces que tienen un coste importante. No puede haber reformas en ningún sector sin costes estructurales, sin apostar por las reconversiones. Por tanto, hay que exigir a las comunidades autónomas que las reformas estructurales sean elaboradas y consensuadas, con toda su carga de repercusiones, pero también tiene que haber una dedicación bidireccional: responsabilidad por parte de la comunidad autónoma, pero también dedicar algún esfuerzo a buscar un modelo de vía económica para soportar las reformas estructurales, porque aunque el coste político es mucho, también existe el coste económico.

A. Cuenca: Comparto algunas cosas que se han señalado, pero voy a señalar las que creo que necesitan una matización. Empezaré por el final, me resulta sorprendente que se plantee que las reformas que uno tiene que asumir en este momento requieren de una ayuda financiera por parte del estado. Cada uno tenemos unas determinadas responsabilidades y las tenemos que afrontar y, evidentemente, hacer reformas o reducir prestaciones tiene un gasto político importante. El Real Decreto Ley 8/2010 tuvo un coste político patente, pero si tenemos autonomía política, cada uno



De izquierda a derecha: Alain Cuenca, Miquel Argenter y Eloy Jiménez.

tenemos que afrontar nuestras responsabilidades. Puede tener una cierta lógica el hecho de que el financiador central ayude a los gobiernos sub-centrales a afrontar una situación extraordinaria y por eso en 2009 se inyectaron en las comunidades autónomas once mil millones de euros adicionales (un 1% del PIB), sin ninguna competencia adicional. Eso supuso un incremento sin precedentes de la financiación autonómica. Por tanto, esto que se sugiere como un mecanismo para afrontar mejor las reformas estructurales que vienen, se ha hecho ya. Ahora toca la otra parte y habría que descartar que esto vuelva a suceder con las cifras de déficit público que he señalado antes.

Me gustaría decir también, al hilo de esa reforma que inyectó once mil

Hay organismos de cooperación o coordinación en los que se asientan todas las comunidades autónomas, pero, por lo que yo conozco, el único mecanismo que es capaz de hacer cumplir acuerdos es poner dinero: si el estado pone dinero, todas las comunidades autónomas cumplen lo acordado

Alain Cuenca

millones adicionales, que la reforma del sistema de financiación persiguió precisamente esto que se ha señalado y que el anterior sistema no lograba suficientemente. El ajuste a la población. El anterior sistema tenía un ajuste a la población, puesto que todos los incrementos de impuestos autonómicos repercutían directa y exclusivamente en la comunidad autónoma. Excepto en Baleares, en todas las comunidades autónomas donde más ha crecido la población, más han crecido los recursos en el período 2002-2008. Ese modelo, que cuando se implantó se llamó Modelo Zaplana, no funcionó bien en ese aspecto y por eso se ha reformado. Se ha introducido por primera vez en nuestro sistema de financiación autonómico un elemento muy importante, un ajuste anual a las necesidades medidas esencialmente por la población. Hay un ajuste que afecta al setenta y cinco por ciento de la financiación, por lo que el setenta y cinco por ciento de los recursos que reciben las comunidades autónomas es igual por habitante en toda España desde 2011. Se trata del setenta y cinco por ciento y no del cien porque se entendió como una medida que afectaba a los llamados servicios fundamentales: educación, sanidad y servicios sociales (las comunidades autónomas están gastando algo menos del 75% en estas tres funciones). Este problema que tenía el modelo anterior de no ajuste suficiente a la población se ha corregido y, a partir del 2009, con efectos prácticos en 2011, la financiación, en un setenta y cinco por ciento, es igual para todos los ciudadanos, lo que no garantiza que el gasto sanitario sea igual para todos, porque hay autonomía en el gasto.

Quería matizar que estamos en una crisis económica que evidentemente tiene un componente cíclico, pero también tiene un componente estruc-



Josep Pomar.

tural, que quiere decir que una parte de los ingresos públicos que teníamos se han ido para no volver. Por tanto, no pensemos que esto pasará y volveremos a gastar igual, porque hay una parte de nuestros ingresos que van a volver solos con el crecimiento económico y otra parte que se ha ido para siempre. Por ello, tenemos que hacer un ajuste en el gasto para siempre. Eso es lo que significa un ajuste estructural.

Por último, me gustaría hablar de lo que llamamos técnicamente en el sistema de financiación la lealtad institucional. El Parlamento de la nación en el ejercicio de sus competencias decide que una determinada prestación se mejore o se amplíe. Esto es una política que debería realizarse solo con el consenso y con la financiación. El actual sistema de financiación va más allá que el anterior, reconociendo este problema y afirmando que se pagará a las comunidades autónomas el importe de estas medidas una vez que se evalúe su impacto. Desde que está en vigor este sistema de financiación, las medidas que ha adoptado el estado han reducido los gastos de las comunidades autónomas mucho más de lo que las han aumentado. Por tanto, de momento, si se evaluase ahora

el saldo de la lealtad institucional se cobraría por parte del estado. Esto no se puede hacer anualmente y por eso la actual ley acordó con las comunidades autónomas que esta evaluación se hiciera cada quinquenio. La lealtad institucional es un elemento difícil de arbitrar, pero tenemos ahora un mecanismo que garantiza que se va a aplicar.

J. Pomar: Mi comentario no tenía carácter de ataque, pero sí que la posición actual, por lo menos en el ámbito sanitario, deja más en evidencia que en otros momentos la inexistencia de gobierno de la sanidad en España y, por tanto, la inexistencia de corresponsabilidad y de un marco de rendición de cuentas. El sistema sanitario español es inaudito, porque en ningún sitio del mundo que yo conozca el financiador no exige determinados resultados sobre los objetivos, por muy descentralizado que esté. En este sentido es en el que creo que deberíamos dar un modelo de rendición de cuentas a la sanidad, igual que sucede en la Comunidad Europea cuando alguno de los miembros tiene problemas de supervivencia y tiene que hacer cambios importantes... De otra manera, tengo mis dudas de que algunas comunidades puedan abordar en las mismas condi-

Hay que exigir a las comunidades autónomas que las reformas estructurales sean elaboradas y consensuadas, con toda su carga de repercusiones, pero también tiene que haber una dedicación bidireccional: responsabilidad por parte de la comunidad autónoma, pero también dedicar algún esfuerzo a buscar un modelo de vía económica para soportar las reformas estructurales, porque aunque el coste político es mucho, también existe el coste económico

Josep Pomar

ciones algunas reformas estructurales a las que están obligadas por la situación.

E. Jiménez: Creo que Alain es el que mejor conoce el modelo de financiación, lo cual me admira, porque el modelo es muy complejo. Tiene mucha razón en el modo en que ha explicado el nuevo modelo y sus mejoras. Sin embargo, me sigue preocupando que por el juego de los techos y los sueldos, al final, la financiación per cápita real siga teniendo diferencias en comunidades, como Baleares, Comunidad Valenciana o Madrid, que pueden estar en torno a los mil setecientos euros, hasta Cantabria, que puede tener tres mil quinientos euros per cápita. La diferencia es muy grande para conseguir un nivel de actividad equivalente, como se demostró en su momento en un trabajo de análisis del gasto sanitario y prevención general por el Ministerio de Sanidad. Si todas las comunidades gastasen lo mismo que las que menos gastan, tendríamos seis o siete mil millones menos de gasto sanitario al año. No habría problema de supervivencia ni hablaríamos de deuda ni de sostenibilidad. Aunque técnicamente esa explicación es correcta, a largo plazo algo hace que esto pueda con-



Eloy Jiménez.

vertirse en un riesgo político muy delicado, porque vamos a acabar peleándonos. A nivel de comunidades, deberíamos pasar a esa segunda fase de la sostenibilidad, que es plantearnos qué deberíamos hacer y no tanto hablar de nuevos modelos de financiación. Tendremos que hacer una reflexión conjunta sobre eso.

M. Argenter: En el tema de la lealtad institucional, creo que es importante tener en cuenta la financiación de las nuevas prestaciones no solo desde el punto de vista de pedir más dinero. Creo que es importante que cuando se toman decisiones sobre la cartera de servicios se sea consciente de los costes en los que se encuadra. Es verdad también que hay decisiones que ha tomado el estado que han tenido un impacto negativo, de rebaja del gasto. Además hay que entender que esas decisiones que aplica el estado responden a sus competencias. Es importante que cuando se toman decisiones, sea donde sea, se tenga en cuenta qué beneficios puede obtener y en qué pérdidas puede incurrir.

A. Cuenca: Estoy de acuerdo con esto último efectivamente y por eso el año pasado se aprobó un decreto que regula las memorias de impacto normativo de los proyectos de ley y de los decretos del estado, en el que se exige que aunque no haya impacto para el gasto del estado, se diga cuál es el impacto del gasto de las demás administraciones. Estoy de acuerdo también en el papel del Consejo Interterritorial, aunque creo que nuestro estado y nuestra Constitución no admiten una rendición de cuentas a otro organismo de la administración, pero sí una rendición de cuentas a la sociedad. Creo que el Ministerio de Sanidad podría hacer muchísimo más publicando indicadores de actividad y de resultados para que los ciudada-

nos sepan lo que está pasando en su comunidad. Estoy de acuerdo con las diferencias de gasto sanitario que ha comentado Eloy hasta 2008, porque no hay datos más recientes. Es verdad que en 2002 Cantabria y La Rioja salieron muy beneficiados, pero tienen un gran gasto.

C. Sangregorio: Me gustaría quedarme con dos cosas que se han dicho en la mesa. Una es que existen diecisiete sistemas de financiación sanitaria. La otra es que el sistema nacional de salud es perfectamente viable. La pregunta es si estamos hablando de la viabilidad del sistema nacional de salud o de diecisiete sistemas de salud autonómicos. Como es de rigor, a unos les gusta más hablar de ingresos, a otros de gastos y a casi ninguno de prestaciones. Probablemente, solo podemos ir al centro de la cuestión con una visión global de ingresos, gastos y prestaciones. Creo que ha quedado claro que para que el sistema de salud sea viable, hace falta coordinación. Me gustaría preguntar

si en este momento existen medios para coordinar lo que hay que hacer, porque creo que todos somos conscientes de que algo hay que hacer.

J. Pomar: La primera afirmación es que algo ha cambiado desde hace unos días, porque el panorama político ha cambiado radicalmente. En los debates se venía repitiendo que hace falta un consenso para afrontar algunas de las medidas, porque tienen importante contestación social. Si son medidas con las que todo el mundo está de acuerdo, el daño que puedan hacer, sobre todo desde el punto de vista más político, se puede aminorar. Lo que pasa es que estamos en un escenario nuevo y nadie iba a tomar ninguna medida hasta que no pasaran las elecciones. En cualquier caso, a pesar del cambio de panorama, personalmente sigo pensando que cualquier medida requiere un grado de coincidencia importante y de valentía política y consenso. Hay listas cortas y largas de cuáles deberían ser las medidas, pero tocan algunos aspectos



De izquierda a derecha: Carlos Sangregorio, Alain Cuenca, Miquel Argenter, Eloy Jiménez y Josep Pomar.

tos muy sensibles, como la política de recursos humanos, que no es fácil cambiar. Para lograr la sostenibilidad sería importante abordar cambios en la política de recursos humanos, desde la parte más micro, como la productividad, los horarios o los modelos de contratación, hasta la parte más macro, que es el modelo funcional que tenemos en la sanidad. Sin duda, la racionalización clínica asistencial también sería fundamental para evitar el despilfarro clínico que existe. No solo hay que controlar la oferta en cartera de servicios, sino que habría que repensar si alguna de las ofertas debería remodelarse, refundirse o reintegrarse. Son medidas que requieren para su éxito de un mínimo acuerdo.

E. Jiménez: Creo que sí existen los mecanismos, pero lo que quizás no exista es la suficiente voluntad, no ya ante la base de las comunidades autónomas, sino del vértice, que es el Ministerio. Estoy recordando ahora el Pacto por la Sanidad, que son una serie de medidas en las que muchos de nosotros hemos trabajado durante casi dos años. Se alcanzó un consenso, excesivamente bajo en su nivel de exigencia para que todos estuviésemos de acuerdo. Ya era un punto de partida. La primera de las propuestas era compartir una central de compras de productos y material sanitario, pero nada se ha hecho al respecto después de año y medio. Lo mismo ha ocurrido con el resto de medidas consensuadas por todas las comunidades autónomas.

Desde nuestra comunidad, queremos compartir con el ministerio las políticas de medidas y ajustes, sea del color que sea. Por eso, nosotros nos hemos adherido por ejemplo al concurso nacional de vacunas. Se echa en falta compartir información de actividad y de costes, lo que le pedimos al

En el momento actual, el problema cambia porque el ciclo económico da lugar a una caída brutal de ingresos en las administraciones públicas y, por lo tanto, puesto que el sistema sanitario es un servicio más de los que se prestan, no deberíamos hablar de sostenibilidad del sistema sanitario, sino de sostenibilidad de la administración pública en su conjunto

Eloy Jiménez

ministerio. Luego está lo que a nivel interno cada uno hemos hecho y tenemos que reconocer algunas cosas. Aún con el crecimiento de población tan grande que algunos hemos tenido, al delegar la gestión sanitaria a nivel de la comunidad autónoma, nos encontramos con que todos los alcaldes quieren tener su centro de salud y su consultoría y también un hospital. Esto no tiene sentido, porque la dotación de infraestructura sanitaria tiene que estar al nivel de riqueza del país. Tenemos infraestructuras de sobra para la riqueza que tenemos. Ese es en el fondo el problema, porque querer poner hospitales en ciertos sitios pequeños, es un poco excesivo. Esto es autocrítica, porque la oferta en sanidad genera su propia demanda. El modelo de atención primaria, pensado en su momento para entornos culturales y geográficos distintos a nuestro país, se ha implantado en España hasta un nivel que está generando un gasto enorme en infraestructuras, en mantenimiento, en recursos humanos y en gasto farmacéutico de recetas. Eso es consecuencia de un modelo de atención primaria que prácticamente no existe en el resto de países de Europa, porque funciona de otra manera.

M. Argenter: En cuanto a los mecanismos de coordinación del sistema

nacional de salud, estoy de acuerdo en que esos mecanismos existen y que lo que es importante es la voluntad de que esos mecanismos funcionen. Creo que esos son los mecanismos que nos pueden situar en la introducción de medidas para la racionalización en el gasto sanitario en el nivel de cartera de servicios, en analizar el coste-efectividad de las prestaciones nuevas, en el catálogo de medicamentos, etc. Mi experiencia es que hacemos demasiado política y nos preocupamos poco de la gestión, en el sentido de gestionar el sistema nacional de salud, y eso lo digo con pesar. Se hacen cosas interesantes hasta que viene el calendario electoral. Eloy ha recordado experiencias como el Pacto por la Sanidad, que podrían dar luz a lo que hacemos o podrían empezar a sacar información para que unos aprendamos de otros. No voy a malinterpretar que sean diecisiete sistemas de salud: eso responde a la organización de nuestro estado en comunidades autónomas. Podemos perfectamente alinear los objetivos del sistema nacional de salud con la gestión de las comunidades autónomas y su responsabilidad en esos ámbitos. En el nivel más meso de la gestión, se han comentado aspectos importantes de cara al futuro. Creo que no hay que olvidar que no vamos a estar como estábamos.

Todo el sistema de salud es grande y variopinto y todos tenemos que entender que no vamos a estar como antes en general; a partir de ahí es de donde tenemos que tomar medidas

Es importante que a nivel de todo el sistema nacional de salud y utilizando el Consejo Interterritorial como una herramienta de pacto, se tomen decisiones para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario

Miquel Argenter

de reorganización del sistema. Hay que tener en cuenta el tema de la cronicidad, porque hace veinticinco años ya se hablaba de que íbamos a tener que aprender a cuidar más que a curar. Los enfermos crónicos y el incremento de la edad media de la población suponen un cambio de servicios sanitarios importantísimo. Es bueno avanzar en la atención al enfermo crónico y en la atención sanitaria integral. Una de las cosas que es importante es cómo podemos ganar eficiencia en todo el sistema sanitario, cómo podemos ganar eficiencia en la relación entre la atención primaria y la especializada. Entre esos niveles es donde hay mayores oportunidades de ganar eficiencia y calidad en la prestación del servicio. En este sentido, nosotros estamos trabajando en un plan de medidas urgentes, para reconducir el gasto sanitario y el gasto público en la comunidad autónoma. También estamos trabajando en un escenario de sostenibilidad y evolución del sistema sanitario, que tiene que recoger por fuerza esos procesos en el nivel meso.

Un tema fundamental es la atención a la cronicidad, haciendo desaparecer la rotura entre diferentes niveles, dando mayor capacidad a la atención primaria para que resuelva más problemas en ese nivel y viendo cómo podemos reordenar servicios. Es evidente que vamos a tener que dimensionar nuestros servicios para cómo vamos a estar. Eso quiere decir que vamos a tener que aprender a racionalizar procesos, a reordenar servicios. En el nivel más micro, todos los centros tenemos que tener claro que de la misma manera que quien presta los servicios sanitarios son los profesionales sanitarios, organizados en centros sanitarios, también son ellos los que pueden ayudarnos a recortar el gasto sanitario. Además es importante que reconozcamos la necesidad de la gestión clínica en los centros



Alain Cuenca.

sanitarios y que los profesionales pueden aportar proyectos que ayuden a mejorar. Hay que actuar en todos los niveles, pero lo primero que tenemos que hacer es explicar muy bien donde estamos. Es evidente que no podemos crear alarmismo con la situación actual, pero la gente entiende la situación cuando le reducen el sueldo o cuando tiene que cambiar de trabajo. Los sistemas de prestación de servicios públicos deben ser capaces de explicar dónde están y cómo lo van a hacer para garantizar esos servicios, adaptándose a lo que tienen. Vamos a incrementar el gasto sanitario muy a nuestro pesar, pero no porque prestemos más servicios, sino porque el PIB no va a crecer y nosotros todavía estamos en una velocidad de gasto que va a tardar más en bajar. De la misma forma, vamos a subir la proporción de recursos que las comunidades autónomas dedican al gasto social, porque de momento la prioridad es reducir la estructura administrativa. Ahora, con esta crisis, tenemos la oportunidad de reconducirnos a tiempo a un sistema de prestación de servicios que garantice que los ciudadanos van a mantener los servicios sanitarios.

A. Cuenca: Los mecanismos de coordinación, que efectivamente existen,

más o menos son adecuados. ¿Por qué no funcionan lo suficientemente bien? Además de la interferencia de la política, que es inevitable, un elemento esencial es que no hay una capacidad jurídica para garantizar el cumplimiento de los acuerdos. Hay organismos de cooperación o coordinación en los que se asientan todas las comunidades autónomas, pero, por lo que yo conozco, el único mecanismo que es capaz de hacer cumplir acuerdos es poner dinero: si el estado pone dinero, todas las comunidades autónomas cumplen lo acordado. Ese es un mecanismo perverso, porque hace que los ministerios, tengan esta tendencia a tratar de imponer su criterio a base de dinero. Puesto que el dinero se ha acabado, la crisis nos brinda la oportunidad de conseguir auténtica coordinación y de intentar evitar errores de exhuberancia de las políticas retributivas que se han mencionado. Estos mecanismos de coordinación son cruciales en este momento y tenemos que buscar la manera de hacerlos cumplir en beneficio del conjunto. Creo que no tenemos suficientes mecanismos jurídicos para obligar a que se cumplan determinados acuerdos.

C. Sangregorio: Comentaba Josep que probablemente en los últimos días han cambiado cosas por el tema político. Hay algunos puntos fundamentales que se tratan siempre en estos debates y que son el Pacto por la Sanidad, que ha salido, el fondo de cohesión, que dejamos para otro debate, la politización de la sanidad, que diré, como oí en otro foro, que no se debate porque es un dato, y nos quedaría hablar del esfuerzo compartido por parte del usuario. Este es un tema complicado, pero nos interesaría conocer vuestra opinión.

A. Cuenca: En todos los servicios públicos tenemos siempre que tomar

Probablemente, solo podemos ir al centro de la cuestión con una visión global de ingresos, gastos y prestaciones

Carlos Sangregorio

las siguientes decisiones y la crisis quizás sea un buen momento para reflexionar sobre ello. Primero tenemos que saber qué servicios públicos queremos que sean provistos por las administraciones públicas: queremos instalaciones deportivas, educación gratuita hasta los dieciséis años, sanidad universal y gratuita, aeropuertos vacíos... Una vez que sepamos qué servicios públicos queremos, tenemos que saber cómo financiarlos. Hay dos vías para financiarlas: que pague quien las use o que paguen los contribuyentes con impuestos. Creo que esta decisión sobre el grado de contribución de los usuarios tenemos que tomarla para el conjunto de los servicios públicos, me parece un error aislarla en la sanidad. A mi juicio, tenemos que valorar primero los precios de los servicios públicos y si no se podrían equilibrar de alguna manera. En el caso de la sanidad, también hay un elemento regulador de la demanda. Quisiera poner sobre la mesa una desigualdad que existe en nuestro país, que no comprendo, y es que la sociedad consienta que unos activos paguen el 40% de las recetas farmacéuticas y otros, los protegidos por MUFACE, paguen el 30%. Sin embargo, cuando los MUFACE nos jubilamos, seguimos pagando el 30%, y los otros no pagan nada. Esta desigualdad es poco comprensible. Finalmente, a título personal, me parece que los servicios sanitarios son fundamentales, farmacia a parte, y deberían seguir siendo de acceso gratuito. No olvidemos que pagar IRPF también es pagar y que las comunidades autónomas tienen autonomía para regular el IRPF.

M. Argenter: Cuando se habla de este tema, se habla de que el ciudadano va a pagar, pero ya está pagando todo lo demás. Una de las cosas que hay que hacer en el ámbito de la gestión de la demanda es informar al ciudadano, no solo en temas de organización del sistema, sino en temas de auto-cura, de poner todo de su parte para cuidar su salud. En el ámbito del copago, los servicios públicos se financian con impuestos, con tasas, con precios públicos, etc. Cómo situamos la proporción es la pregunta real. Creo que este ámbito tendría que revisarse. Igual que existe una desigualdad con los funcionarios, también existe desigualdad cuando hacemos pagar a activos que no tienen capacidad para pagar la farmacia porque están en paro. Esos casos hay que revisarlos. Creo que la aplicación de este instrumento, que no puede olvidarse que está en el marco de la financiación de todos los servicios públicos, tiene que utilizarse precisamente como un incentivo para utilizar aquellos servicios que son efectivos. Si el estado debe dar servicios sanitarios, debe dar los que son más efectivos y tienen reconocimiento de que el beneficio que se obtiene es mejor que el coste. Aquellos otros servicios que no son efectivos, pueden no estar en la cartera o tener niveles distintos de copago. Deberíamos utilizar este instrumento para moderar la demanda sobre todo en aquellos ámbitos en que hay una alternativa. El instrumento del copago no lo veo como modo de financiación, porque es más equitativo que la mayor parte de los servicios se financien por la vía de los impuestos, pero sí creo que su utilización en el ámbito sanitario como gestor de la demanda es importante, para corregir estas disfunciones de la demanda.

E. Jiménez: Los servicios públicos son un abanico muy amplio y todos ellos

van a estar sometidos a esta evaluación sobre la conveniencia de que se financie vía impuestos. En el ámbito sanitario, habría que distinguir si se toma como una medida que tendría como finalidad recaudar para subvencionar los gastos que el sistema genera o regular la demanda. Creo que el copago para financiar el sistema es bastante complicado, genera bastantes inequidades inevitablemente. Quizás esas medidas tendrían que limitarse a las que tienden a regular la demanda, aunque también tenga efecto recaudatorio. Un ejemplo sería cobrar un euro por receta, para evitar que los colectivos que están abusando de ellas siguieran haciéndolo. También es inadmisibles que ante un nivel de renta de un pensionista que puede ser hasta tres veces mayor que el de un activo, él no pague y el activo sí. Además, se ha demostrado el mal uso del servicio de Urgencias, porque muchos casos se habrían resuelto bien en otro ámbito menos costoso; en este caso, se les podría cobrar un porcentaje para que la próxima vez el paciente acudiera a su centro de salud. Estos son algunos ejemplos.

J. Pomar: Desgraciadamente, el debate sobre la participación del ciudadano y el copago se ha restringido en el último año. Me gustaría introducir el elemento de que hay que trabajar también las expectativas de los usuarios, porque si el propio esta-

La posición actual, por lo menos en el ámbito sanitario, deja más en evidencia que en otros momentos la inexistencia de gobierno en la sanidad en España y, por tanto, la inexistencia de corresponsabilidad y de un marco de rendición de cuentas

Josep Pomar

mento político le promete unas mejoras que no se pueden dar, luego puede resultar frustrante.

C. Sangregorio: Quiero agradecer la colaboración de los participantes, con unas intervenciones muy relevantes en contenido y continente. También me gustaría resaltar que estas son las cosas que hace la Fundación Signo y que este debate se publicará en su web, en la revista y que, en definitiva, será consultable por las personas todas interesadas. Por último, hablando de la sostenibilidad, aquí hay un ejemplo muy bueno y absolutamente esperanzador y es ver que la gente con responsabilidades en servicios de salud o ministeriales, demuestran sobradamente su competencia y comparten un ideario básico común, aunque se necesite un punto de coordinación. Probablemente con esa coordinación podremos hacer que dentro de cien años el sistema continúe.