

Gastos y financiación **¿cómo los ajustamos hablando de sostenibilidad?**



De izquierda a derecha: José Barea, Juan Carlos Alonso, Eloy Jiménez, Miquel Argenter, Alain Cuenca, Luis Espadas, Francisco Moranta, Manuela Rosellón Rebollero, Carmen Navarro y Pablo Torres.

Participantes:

Luis Espadas Moncalvillo. Secretario General de Presupuestos y Gastos. Ministerio de Economía y Hacienda.

Alain Cuenca García. Director General de Coordinación Financiera con las Comunidades Autónomas y con las Entidades Locales. Ministerio de Economía y Hacienda.

Miquel Argenter i Giralt. Director del Area de Recursos. Servei Català de la Salut.

Eloy Jiménez Cantos. Director General de Recursos Económicos. Agencia Valenciana de Salud

Pablo Torres Arrojo. Director de Recursos Económicos. SERGAS

Carmen Navarro Fernández. Directora General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos. SERMAS

Manuela Rosellón Rebollero. Directora General de Administración e Infraestructuras. SACYL

Francisco Moranta Mulet. Subdirección de Contabilidad y Presupuestos. Ib-salut

Moderador: **D. José Barea Tejeiro.** Patrono de la Fundación Signo.

Organizan: **Juan Carlos Alonso, Ángel J. Pérez y Diego Falcón.**

Introducción

Este punto de encuentro tiene la intención de abrir el debate sobre la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Las cuestiones inicialmente planteadas han sido:

1. El modelo de financiación autonómica, ¿garantiza la suficiencia presupuestaria del SNS?, ¿cuáles son las lecciones aprendidas?
2. Las medidas de racionalización del gasto público sanitario (criterios racionales en la gestión de compras, uso racional de medicamentos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas, promoción de la demanda responsable de servicios sanitarios, refuerzo del papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias...), ¿están teniendo efecto en la mejora de la eficiencia del SNS? ¿Son necesarias otras medidas complementarias o alternativas?
3. ¿Estamos relacionando gasto sanitario con medidas de resultado en salud? ¿Recursos con actividad sanitaria?
4. ¿Cuáles son las experiencias y los instrumentos de futuro en la sostenibilidad del SNS? (¿Pacto de Estado para la Sanidad?, ¿mayor integración del Sistema de Salud y de Atención a la Dependencias?...).

No obstante, estas cuestiones son meramente orientativas y la mesa está totalmente abierta a las propuestas de sus participantes que tienen a partir de este momento la palabra.

L. Espadas: La actual situación presupuestaria que presentan las Administraciones Públicas, con un elevado déficit público requiere, por parte de las administraciones competentes (en este caso, principalmente las comunidades

autónomas) de un doble esfuerzo, por una parte, una aplicación eficiente de los recursos disponibles de acuerdo con una priorización de las actuaciones a desarrollar y, por otra parte, la reconsideración del gasto que están ejecutando tanto desde la perspectiva de su eficacia como de su racionalización en términos económicos.

Desde la perspectiva de la Administración General del Estado ha sido una constante la mejora de la financiación sanitaria. En concreto, el actual Gobierno ya en el año 2004 adoptó, en el marco de la II Conferencia de Presidentes, un incremento de la financiación que recibían las comunidades autónomas por el aumento del gasto sanitario ligado a la mayor población, al envejecimiento demográfico y a los mayores costes de los servicios sanitarios.

Las medidas que en aquel momento se aprobaron (nuevas aportaciones directas del Estado, la elevación de los anticipos a cuenta de los impuestos cedidos a las comunidades autónomas y del Fondo de suficiencia y una ampliación de la capacidad normativa de las



Luis Espadas.

comunidades autónomas sobre determinados impuestos), se estimó que podrían suponer una mejora de los recursos de la comunidades autónomas de hasta 4888 millones de euros.

Posteriormente, en 2009, se ha aprobado un nuevo modelo de financiación de las comunidades autónomas, que implica que éstas puedan contar con más recursos.

El 80% de los recursos del sistema se destinan a un Fondo de Garantía de estos Servicios Públicos Fundamentales, que se financia con el 75% de los tributos cedidos y un 5% de recursos provenientes del Estado.

Otro aspecto a destacar como novedad en el nuevo modelo de financiación, que lo hace más dinámico y, por tanto, estable, es el reconocimiento de los cambios demográficos que se puedan producir.

En concreto, el nuevo sistema establece un mecanismo de actualización anual en función de la evolución de la población. Además, para la distribución del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, se toma en consideración la edad de la población sanitaria protegida, definiéndose, por primera vez, siete grupos de edad.

En conclusión, se trata de un sistema que busca, además de dotar de una mayor suficiencia financiera a las comunidades autónomas (pues supone más de 11 000 millones de euros por encima de lo resultante por aplicación del modelo anterior), ser más equitativo e igualitario en la distribución de recursos que financian servicios públicos esenciales de nuestro estado del bienestar como es la sanidad.

El otro elemento esencial en el análisis de la sostenibilidad financiera de la

asistencia sanitaria es el propio gasto sanitario y los elementos que inciden sobre su incremento.

Es cierto que las perspectivas que algunos organismos internacionales ofrecen sobre la evolución del gasto sanitario público en nuestro país a largo plazo, ponen de manifiesto un aumento de gasto que podría tensionar el sistema, pero en ningún caso hacerlo insostenible (en concreto la Comisión Europea coloca el gasto en el 7,2% del PIB en 2060 y la OCDE en el 7,4% del PIB en 2050, un 1,2 y un 1,4 % de incremento sobre el PIB respecto al gasto de 2007, respectivamente), pero también es cierto que si se proyectan las cifras de incremento de gastos de los últimos años, el sistema se volvería inviable en un corto período de tiempo: (16% del PIB en 2020).

Además, la actual situación económica está teniendo una especial incidencia en el déficit público, que en 2009 se ha elevado hasta el 11,4%, estimándose que en 2010 serán las comunidades autónomas las que, por el mecanismo de asignación de recursos de su sistema de financiación a partir de entregas a cuenta, que se liquidan posteriormente con los valores definitivos de los tributos en los que participan, presenten una mayor tensión en sus cuentas.

Por este motivo, en el Plan de Acción Inmediata y en el Plan de Austeridad aprobados por el Consejo de Ministros el pasado 29 de enero se incluye una referencia a que *"el Gobierno de España ha elaborado una propuesta de Acuerdo Marco con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas y con las Corporaciones Locales para adoptar, con pleno respeto a la autonomía financiera de cada administración, medidas de racionalización y contención del gasto en las respectivas áreas de competencia"*.

En este contexto, cobra especial relevancia el impulso de las medidas de racionalización del gasto, que las comunidades autónomas se comprometieron a adoptar en el Acuerdo de la II Conferencia de Presidentes:

- Implantar la centralización de compras.
- Asegurar el uso racional de los medicamentos.
- Promover la demanda responsable de los servicios sanitarios.
- Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.
- Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios.
- Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.
- Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.
- Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Sobre estos puntos creo que deberíamos debatir en este encuentro teniendo presente el difícil marco macroeconómico que antes referí.

A. Cuenca: El nuevo sistema de financiación autonómica, que sería muy largo explicar aquí con detalle, introduce dos importantes novedades en lo que se refiere al gasto sanitario. Un nuevo Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales, que se distribuirá cada año en función de la evolución de las necesidades, de modo que recogerá anualmente los cambios que se produzcan en la población, ajustán-

dose anualmente. La otra novedad es que para calcular cada año las necesidades, se ha otorgado un peso específico a las necesidades sanitarias (38%) atendiendo a siete grupos de edad, tal como recomendó el grupo de trabajo sobre gasto sanitario, dado que las necesidades varían considerablemente para los diferentes tramos de edad.

Sin embargo quiero subrayar que el nuevo sistema da continuidad a una decisión adoptada en 2001 y que está vigente desde 2002: no existe una financiación sanitaria propiamente dicha. Se tiene un sistema de financiación incondicionado para todas las competencias asumidas por las CCAA. Ese sistema es suficiente, la nueva Ley garantiza la suficiencia de la financiación autonómica, pero no la suficiencia de la financiación sanitaria, porque no existe una financiación sanitaria como tal, acaso existen 17 sistemas de financiación de la sanidad. Por tanto, el sistema proporciona recursos suficientes e incondicionados, y es en el ámbito de su autonomía donde cada parlamento deberá garantizar la financiación de su sistema sanitario.



Alain Cuenca.

C. Navarro: Sobre la exposición que se ha hecho del nuevo sistema de financiación autonómica y antes de entrar en el resto de las cuestiones objeto de debate, quería realizar tres matizaciones sobre dicho sistema y una pregunta, que creo que nos preocupa a los representantes de distintas comunidades autónomas.

La primera de las matizaciones es sobre el criterio elegido para la distribución de los recursos entre comunidades autónomas en la parte correspondiente a las necesidades sanitarias y la consideración de siete grupos de edades para ponderar la población a efectos de tal reparto, consideración que lógicamente beneficia a alguna comunidades autónomas y perjudica a otras, entre ellas a Madrid. El grupo de trabajo sobre gasto sanitario realizó distintas hipótesis de ponderación de grupos de edades en el gasto sanitario, tanto en número de grupos como en la ponderación, pero no recomendó ninguna de las hipótesis, y esto es así por lo difícil que es contrastar la incidencia exacta que tiene la edad en el gasto sanitario y los distintos estudios que se han realizado con resultados también distintos. Se ha elegido, por tanto, la ponderación que se ha considerado pertinente entre las contempladas por el grupo de trabajo ya que dicho grupo no recomendó ninguna en concreto.

La segunda de las matizaciones se refiere a que, si bien es verdad que en el modelo anterior no existía tampoco una financiación específica para la sanidad, si existía una garantía que se aplicaba en el caso de que la financiación creciera menos que el PIB, garantía que no se mantiene en el nuevo sistema, por lo que en principio se avanza un poco más en la financiación autonómica incondicionada.

Y por último una pregunta que me preocupa en relación con este nuevo siste-

ma de financiación y que se refiere al fondo de cohesión sanitaria por el que se abona a las comunidades autónomas el coste que suponen los pacientes desplazados entre dichas comunidades. A pesar de que el importe del fondo cubre solo una parte del coste de tales pacientes, su permanencia contribuye a garantizar el acceso de todos los ciudadanos al sistema sanitario en cualquier comunidad autónoma. Este fondo se contemplaba en el anterior sistema de financiación autonómica y ahora no se incluye en este nuevo sistema, por lo que si bien es verdad que sigue existiendo en el presupuesto del Ministerio de Sanidad, nos preocupa que haya desaparecido el respaldo que le daba su inclusión en el sistema de financiación autonómica.

A. Cuenca: Efectivamente, el modelo anterior dio una garantía por tres años, que la II Conferencia de Presidentes del 2005, prorrogó. ¿Ha desaparecido esta garantía? Para Baleares y Asturias sí, para las demás, que nunca la tuvieron, no. Es verdad que ahora en la liquidación de 2008, la van a tener todas, pero será en liquidación.

Esa garantía, que tenía un máximo de 500 millones, se ha incorporado a esos 11 000 millones adicionales. Entonces lo que sí podemos decir es que a los 11 000 millones adicionales, hemos incorporado lo que se acordó en la II Conferencia de Presidentes, que efectivamente se acordó como transitoria hasta que se apruebe el nuevo sistema. Por tanto la garantía desaparece formalmente. En la ley anterior había desaparecido, se prorrogó y esa garantía, que es una garantía PIB, ya no existe.

Hay ahora un fondo de garantía en los servicios fundamentales en los que está incluida la sanidad, que opera de este mecanismo, o sea que es independiente del PIB y que tiene que ver con la población según los surcos de

edad. Se recibirá más financiación si uno tiene más de esta población que las demás CCAA. Es decir, que si uno tiene más niños de cero a cuatro años, recibirá más financiación global y la podrá destinar a sanidad o a lo que considere oportuno.

M. Argenter: Yo coincidí con Carmen en el tema del Fondo de Cohesión. Nos preocupaba que haya desaparecido de la ley de financiación, porque si bien es verdad que la ley de cohesión cita el Fondo de Cohesión, lo que hace es decir qué tipo de gasto va a imputarse al Fondo, pero la que lo creaba era la ley de financiación. Y si no recuerdo mal, en la Ley 21, también aparecía el fondo de control de la incapacidad temporal (IT), que tampoco aparece en este caso.

Lo que sí que es verdad es que el Fondo de Cohesión está presupuestado este año en el Ministerio de Sanidad y que el de la IT está en el presupuesto de la Seguridad Social. Pero claro, esa preocupación por ver qué pasa el año que viene, también la tenemos. Y también coincidimos, algunos ya deben estar hartos de oírme, en la insuficiencia del Fondo de Cohesión.

Cuando en la II Conferencia de Presidentes, se acordó incrementar el Fondo de Cohesión, una parte del incremento sí que fue real. Se incrementaba y pasaba de 45 millones de euros a 90 millones de euros, más o menos, pero una parte del crecimiento fue el crecimiento de la facturación a extranjeros, que no es un incremento del Fondo, sino que es puramente la consecuencia de la actividad que hagan las comunidades, del saldo que refleja la compensación entre España y el extranjero.

A. Cuenca: Nosotros gastamos 90 millones, luego lo que cobramos del extranjero va aparte, esto lo trasladamos.

M. Argenter: es verdad que en el presupuesto el incremento en el Fondo de Cohesión es de 45 millones de euros, lo que ocurre es que una parte de ese incremento es financiado por la propia actividad, por el crecimiento de actividad sobre extranjeros, con estancia temporal.

A ver, tampoco es para entrar en la discusión. A mí lo que me preocupa es la segunda parte la pregunta ¿Cuáles son las lecciones aprendidas?

Una cosa que hemos aprendido sobre este sistema de financiación, es que creemos que es mejor, de acuerdo en que no es una financiación sanitaria, pero por lo menos reconoce algunos aspectos, que desde hace mucho tiempo decíamos que influían en el gasto sanitario, como el tema de la edad, el tema de la evolución de la población, estábamos en un modelo con base de población del año 1999, cuando se ha producido un cambio desigual por comunidades en cuanto a población, que no esperábamos.

Pero hay un tema de fondo, que es el que desde los servicios de salud preocupa mucho, porque estás todo el día peleándote con el gasto. Pero como decía la película, "la nave va"... Puedes hacer muchas cosas, nosotros en farmacia hemos hecho muchas cosas, tenemos un crecimiento muy bajo, pero el ritmo del gasto es difícil de mover con herramientas de gestión, hay que usarlas pero también hay que pensar en otro tipo de herramientas y hasta en ver que es lo que podemos dar o no.

En cambio los ingresos, como no puede ser de otra manera, van a estar ligados con los ingresos tributarios, por lo tanto, con la evolución económica. En momentos de bonanza, el mundo está tranquilo, cuando las cosas no van bien, enseguida piensas: ¿Cómo ajustar?... Pues recortando nuevas inversio-

nes y aguantando el tirón... pero el nivel de servicios que tienes y el cambio que ha habido en la población, en su conocimiento de los servicios, en su exigencia de utilización de los servicios, en la tecnología, reduce muchísimo el margen de movimiento. Para mí la preocupación es esa. Las medidas de gestión, en momentos en que el ciclo es bajo, con un tipo de gasto que yo calificaría de anticíclico, rígido a la baja, porque la gente viene igualmente...

C. Navarro: ¡O más!

M. Argenter: Eso no me atrevía a decirlo.

L. Espadas: Creo que has querido decir "pro cíclico".

M. Argenter: Bueno, "pro cíclico". A pesar de que los modelos de financiación han ido mejorando cada vez, este servicio, esta prestación ha ido superándolos cada vez, como hemos podido ir reconociéndolo a lo largo de la historia, con operaciones de saneamiento, con nuevos modelos, con parches en los modelos... Yo creo que las decisiones son muy de fondo y son decisiones que hay que tomar en conjunto.

E. Jiménez: A mí me gustaría, comparando lo que se ha dicho hasta ahora, efectivamente, con respecto al diseño del modelo de financiación, es evidente que es global, que no hay una separación específica para el ámbito sanitario.

Pero elevando la argumentación al planteamiento de la pregunta de la sostenibilidad; por un lado, yo creo que el sistema debe ser sostenible incluso por su propia naturaleza, sobre todo por el hecho de que tenemos una sanidad universal, de las mejores que existen seguramente en el mundo, con un porcentaje del PIB destinado a ella que es de los más bajos de Europa y un

gasto per cápita también muy reducido comparado con otros países. Con ese entorno no debería estar en cuestión su posible sostenibilidad.

¿Qué nos preocupa especialmente? Nos preocupa el hecho de que cuando esa financiación global, para todos los servicios que se transfieren a una comunidad autónoma, está muy por debajo de la media, siempre en términos *per cápita*, es posible sobrevivir durante un ejercicio, dos, tres..., pero cuando son 5, 10, 15, 20 o 22 años seguidos y coincide con que también está muy por debajo de la media en renta per cápita, es decir, que ni siquiera computa el argumento del aspecto redistributivo de la política fiscal, acaba convirtiéndose en un problema gravísimo de equidad en los servicios que se prestan al ciudadano y, con el tiempo, es posible que se conviertan en algo aún más grave todavía que la mera equidad. En ese contexto es posible y está sucediendo en el caso de la Comunidad Valenciana (que es la Comunidad que más porcentaje de su presupuesto destina a sanidad, en concreto, el 40% frente al 27 y 28% de algunas comunidades autónomas) donde a pesar de destinar un 40%, aún es la comunidad que menos gasta per cápita de España. Durante todos estos años... bueno este año habéis sido vosotros.

F. Moranta: Sí, nosotros hemos sido desde hace muchos años.

E. Jiménez: Hasta ahora habíamos sido nosotros. Tengo aquí los cuadros, la financiación 2007, por ejemplo, tiene una media per cápita de 2703? En un extremo esta la Comunidad Valenciana con 2411 euros junto con Baleares y en el otro extremo Cantabria, con 3291? Esto supone una diferencia del 36% año tras año.

Estaríamos dispuestos a sacrificar ese ratio per cápita, si fuese porque la renta

per cápita de la comunidad estuviese alta, pero es que estamos por debajo de la media nacional también en renta per cápita, con lo cual la situación es de una injusticia muy exagerada.

Hemos hecho una simulación. Si la Comunidad Valenciana recibiese lo que la media, estaríamos recibiendo casi 2000 millones más de euros al año en lugar de los 12 que se recibirán ahora con el modelo, si recibiésemos como Cantabria, serían 4000 millones cada año... No cito el modelo vasco y navarro, porque nos iríamos a 7000 y 8000 millones al año sobre los 12 actuales. Quiero dejarlo encima de la mesa, porque es una inequidad demasiado exagerada para soportarlo en el largo plazo, a pesar de que la ley es la ley y está en vigor.

Si nosotros tenemos un endeudamiento de 15 000 millones de euros, en menos de cuatro años, con una financiación situada en el nivel del que más, o en cinco o seis años si la situásemos en la media, hubiese desaparecido ese déficit e incluso nos sobraría dinero.

La pregunta cabría hacerse al revés. Si esa es la situación con tanta diferencia de financiación, ¿qué están haciendo con el dinero esas otras comunidades autónomas? Insisto en el tema porque nos preocupa mucho. No es un concepto de deuda histórica, podríamos llamarlo mejor déficit histórico, déficit porque es déficit y es real e histórico, porque 22 años son muchos acumulándose sin cesar en unas pocas comunidades con respecto a otras y no siempre con una correlación buena entre esa financiación per cápita y la situación per cápita de la renta personal disponible de sus habitantes.

Es el problema más grave que existe para la sostenibilidad del sistema. No en su conjunto como país sino en la inequidad exagerada entre comunidades autónomas.

Por último insisto en lo que decía Miquel sobre el Fondo de Cohesión. Deberíamos reflexionar entre todos y conseguir que con el tiempo acabe siendo de verdad un fondo capaz de compensar, entre las comunidades, todas las asistencias que se prestan a pacientes de fuera de tu ámbito y viceversa. No necesariamente financiado desde la Administración Central del Estado, sino como consenso entre las comunidades. De manera que la comunidad que ahorra dinero, porque decenas de miles de pacientes suyos son atendidos fuera, puedan poner, al menos en parte, el coste que ello supone; mientras que las comunidades que gastan mucho más de lo que gastarían para atender a pacientes de fuera, al menos en parte, deberían recibir una compensación. Creo que, con el tiempo, va a ser inevitable.

El modelo interno de la Comunidad Valenciana también repite ese esquema. Hemos hecho Departamentos de Salud independientes, que se facturan entre sí. Comprendo que a nivel nacional es distinto, pero un primer paso en ese aspecto habría que darlo.

P. Torres: A mí me pareció oír, cuando hablaba el Secretario General del Ministerio, que no había problema de financiación. Estar aquí sentados supone que algún problema puede existir. Personalmente creo que los hay. Todas las comunidades que estamos aquí denunciamos algún tipo de problema en la financiación de la sanidad. Al hilo de lo expresado por el Secretario General en cuanto a la financiación finalista de la sanidad, y a diferencia de lo que podía opinar el Director General de Hacienda y Presupuestos de Galicia yo preferiría un crédito finalista. Yo lo preferiría pero él seguramente no.

A mi juicio creo que los ingresos, y hablo de presupuesto, son pocos y las prestaciones que estamos dando son

elevadísimas. Habéis hablado de población... hay otros problemas que influyen muchísimo más que la población en la evolución del gasto sanitario. Estudios de 20 años sobre la población de menos de cinco años, de más de 65 y de más de 75, manifiestan una influencia del 10% del incremento del gasto en un periodo de diez años; sin embargo, lo que es la cartera de servicios, tecnología y farmacia incluida, su implicación es del 30%... Habría que llegar a un acuerdo de qué es la cartera de servicios, farmacia incluida, porque eso sí que dispara el gasto. Ahí el Ministerio tendría que hacer muchas más cosas de las que está haciendo, porque la guerra de la contención del gasto, por una comunidad autónoma sola, es tremendamente complicado ganarla.

Habría que llegar a un acuerdo de qué es la cartera de servicios, farmacia incluida, porque eso sí que dispara el gasto

P. Torres

Está claro que tenemos un problema de contabilidad. No estamos comparando



Pablo Torres.

cosas homogéneas entre una comunidad y otra. A modo de ejemplo, con datos que manejamos en Galicia, en nuestra comunidad tenemos un coste del 2,8% superior a la media nacional; sin embargo, tengo un 20% de coste inferior en Primaria. ¡Son cosas incompatibles, no pueden coexistir ambas cosas simultáneamente!

Primero habría que marcar qué estamos midiendo y cómo lo medimos, para después intentar distribuir eficientemente ese 38% que me ha parecido escuchar al Secretario General como el porcentaje de reajuste con los criterios que ha marcado el propio ministerio. En esta línea, aparte de enmarcar los criterios, creo que aparte de la población habría que definir otras variables que intervengan en el reajuste de la financiación, ya que hay otras componentes que repercuten mucho más que la población y después de esto comparar los diferentes sistemas de salud y fijar un sistema de reparto de la financiación más correcto. Pero primero medir bien, y homogéneamente para no cometer errores.

M. Rosellón: Estoy muy de acuerdo con lo que has manifestado mi compañero de mesa, Pablo, y recogiendo lo que tanto el Secretario como el Director del Ministerio han dicho tengo que puntualizar.

La Comunidad de Castilla y León, que es de las más jóvenes en lo que a transferencias sanitarias se refiere, ha visto cómo el gasto sanitario se ha ido incrementando año tras año, de manera exponencial desde el traspaso de competencias. Hay una serie de factores que han intervenido fundamentalmente en este incremento del gasto en las comunidades autónomas y, en concreto, en la nuestra.

El personal se ha visto incrementado en nuestra comunidad, en torno al 12%

desde el año 2002, fecha en la que se asumieron las competencias sanitarias en Castilla y León, además de mejorarse sus condiciones laborales y sus retribuciones. Asimismo ha sido necesario renovar las infraestructuras sanitarias que no se encontraban en buen estado de conservación, no se adaptaban a la distribución de la población o no podían dar soporte a las nuevas prestaciones, así como modernizar la dotación de equipos sobre todo de alta tecnología, para prestar la asistencia sanitaria a los ciudadanos.

Por otro lado, a lo que tú te referías Pablo, a la cartera de servicios, me parece un factor muy importante, puesto que a medida que las comunidades autónomas han ido asumiendo las competencias, la cartera de servicios se ha visto de alguna manera aumentada. Ha habido como una especie de carrera por parte de las comunidades para asumir aquellas prestaciones que anteriormente, otras había incorporado. Esas presiones exteriores muchas veces nos conducen a incrementar la cartera de servicios.

Ha habido una especie de carrera por parte de las CCAA para asumir aquellas prestaciones que anteriormente, otras había incorporado. Esas presiones exteriores muchas veces nos conducen a incrementar la cartera de servicios. El Estado tiene un papel vertebrador muy importante

M. Rosellón

El Estado, el Ministerio de Sanidad, tiene un papel muy importante porque es quien tiene que cohesionar, de manera que exista una cartera de servicios común y homogénea para todo el territorio nacional, que garantice la equidad de los usuarios. Cualquier cambio o ampliación de ésta debe estar claramente justificada, consensuada por las



Manuela Rosellón.

CCAA y, desde nuestro punto de vista, financiada por el Estado.

En definitiva, en nuestra comunidad el presupuesto dedicado a Sanidad ha tenido en estos años un incremento acumulado del 65%. Ahora mismo, el gasto per cápita en sanidad se eleva a los 1371€ por cada castellano-leonés, frente a los 857 euros del ejercicio 2002.

En cuanto al modelo de financiación, creo que existen otra serie de factores, además de la población que están determinando el gasto sanitario y que por tanto deben ser tenidos en cuenta. Me refiero a la dispersión y al envejecimiento. En Castilla y León la densidad de población es de 26,8 hab/km², frente a la media española que es del 89,3. De esta manera, en atención primaria el coste medio de los gastos de personal por persona protegida es un 72% superior en la provincia de nuestra comunidad con menor densidad de población, respecto a la que tiene mayor densidad. Es la comunidad con mayor proporción de personas mayores de 65 años, lo que supone un coste sobreañadido en gasto farmacéutico y en atención sanitaria.

Son tres cuestiones fundamentales, que ponderadas adecuadamente, deben integrar el modelo de financiación. Debería asegurarse que la financiación fuera finalista, porque sería un ejercicio de transparencia por un lado, y por otro, se asegura que los recursos se destinen a la atención sanitaria.

F. Moranta: Habéis apuntado casi todos muchas cosas que yo quería puntualizar, y quiero hacer varios comentarios respecto a temas que preocupan en Baleares.

En primer lugar, quería referirme a la situación que tuvimos con las transferencias del 2002. Igual que comentaba Manuela, formamos parte de las CCAA más jóvenes en recibir competencias de las que estamos aquí reunidas. Esas competencias se recibieron con una financiación bastante deficitaria. Éramos la comunidad con gasto más reducido y con el coste per cápita sanitario más bajo. Lo seguimos siendo, excepto en el 2004, que hubo un repunte en el que nos equiparamos un poco a la media. Aun así, seguimos siendo la comunidad autónoma que recibe menos financiación.

Baleares tiene una herida difícil de subsanar. Estamos creciendo en gasto mucho, no nos equiparamos a la media y no recibimos la financiación que creemos que nos corresponde.

Aquí se ha comentado el tema del Fondo de Cohesión en el que se incluyen las compensaciones por prestaciones a extranjeros. En los tres primeros años, recibimos muy poco para lo mucho que habíamos facturado. Recibimos menos del 50% de lo facturado, debido a que la compensación que se hacía con el INS a nivel global del Estado y se compensaba centralizadamente con las salidas de españoles al extranjero. Durante esos años perdimos bastante dinero en financiación que se ha ido

acumulando, aunque ahora se estén buscando soluciones.

E. Jiménez: Las Comunidades deudoras del sistema exterior no pagan nada, se compensa... lo pagamos los acreedores.

F. Moranta: Ha habido casos, por ejemplo en Cataluña, que en una de las liquidaciones, estaba gastando más fuera que lo que estaba facturando internamente y creo que fue penalizada. Valencia es de las que facturan más, nosotros también, la facturación a extranjeros crece cada vez más y nos preocupa.

Otro tema que me gustaría puntualizar es el de la insularidad. Si no recuerdo mal, en el acuerdo de financiación de 2001 la insularidad venía con unos porcentajes que estaban definidos en función del kilometraje que había entre las islas y la península. Esto nos ponía en una situación de desproporción con Canarias, puesto que no tenía ninguna relación con el coste real. La proporción era de 20 o 22 a 80% de diferencia. Cualquiera puede comprobar que en el coste de un billete no hay esa relación de 20/80. En eso hemos estado perjudicados y seguimos estándolo.

Sobre todo se puede constatar una tendencia progresiva a cuidar más que a curar y las prestaciones que implica van a incidir cada vez más, porque son más de servicio social que de sanidad pública

F. Moranta

Por último, creo la financiación es importante, pero incluso es más importante hablar de prestación de servicios. ¿Qué queremos hacer? Cada vez el envejecimiento de nuestra población hace que tengamos cuidados que no son puros y duros de lo que es el objeto de la Ley General de Sanidad. Sobre todo

se puede constatar una tendencia progresiva a cuidar más que a curar y las prestaciones que implica van a incidir cada vez más porque son más de servicio social que de sanidad pública.

J. Barea: Por lo que he escuchado hay una cuestión: la cartera de servicios no es uniforme para cada CCAA. Pero la Ley, lo que autoriza, no parece que sea diferente. La Ley establece cuales son los servicios que se financian públicamente y si usted quiere dar más servicio que lo financie con lo suyo, no venga diciendo que tiene usted una financiación deficitaria.

Luego hay unos factores que inciden principalmente en la financiación. Hablamos de la estructura de la población. Los viejos no cabe duda que consumimos mucha más sanidad y según algunos estudios que se han realizado, unos dicen que tres veces más y otros que cinco veces más. Que consumen más está claro. También se reconoce que los pequeños tienen mayor consumo.

Bueno, se trata de acercar ese modelo por edades a lo que más se aproxime



José Barea.

al gasto del conjunto de España, no por CCAA, sino por el conjunto de estructura de población y eso se le aplica a todas las comunidades y si usted gasta más o menos es una cuestión de gestión, no de modelo de financiación, puesto que el modelo debería ser, partiendo de unos parámetros, igual para todos.

Lo que ocurre es que como las CCAA reciben el dinero y después destinan más o menos, pero ese no es problema de la financiación pública. Si quieren dar más a Sanidad y menos a Servicios Sociales o a otros, será una cuestión en la que influye la decisión autonómica.

Antes estaba muy claro que lo que era para sanidad era para sanidad pero ahora no. Es una financiación que se estructura en función de parámetros, pero la disponibilidad o la distribución la decide cada comunidad. No me venga usted ahora a la Administración Central diciendo que me falta esto o lo otro, porque entonces no acabamos nunca.

Bueno, y efectivamente el gasto sanitario en España en relación con lo que hay por el mundo no es elevado, está dentro de unos parámetros más bien de eficiencia y por otra parte nuestra estructura de población si que va envejeciendo más rápidamente que en otros países de Europa. Hemos gozado hasta ahora de una estructura de población joven, pero como ahora los que nacieron en el *baby boom* empiezan ya a entrar como mayores de 65 años y a consumir más sanidad. Yo me acuerdo que realicé un estudio sobre esta cuestión, me parece que fue para la Comunidad de Madrid cuando estaba de catedrático en la Autónoma. Pusimos de manifiesto que, efectivamente, la estructura de población influye, pero si se tiene en cuenta en la financiación a cada CCAA, no es un parámetro que justifique la diferencia de gasto.

Se ha citado también la dispersión, pero ¿No hay un parámetro de dispersión? Yo recuerdo que lo hay. Que esté bien calculado o no será otra cuestión, pero que se tiene en cuenta en la distribución lo recuerdo ya cuando impartía clase en la Autónoma y me dedicaba más al tema de Sanidad.

Hay muchos países que ponen el copago, muchos lo defienden, y yo también. No se trata de que con eso se financie la sanidad, sino que contenga la demanda no solvente

J. Barea

Entonces, que el gasto depende del envejecimiento y España va a tener un envejecimiento rápido de la población, esto es seguro. Pero también hay que tener en cuenta que muchas veces hay un dispendio de gasto que no está controlado. Hay muchos países que ponen el copago, muchos lo defienden, y yo también.

Hay que tener en cuenta que la Sanidad no es un bien público puro. Es un bien privado financiado públicamente y que en su día fue financiado, casi en su totalidad privadamente, menos la beneficencia... Luego vamos a poner criterios de racionalidad en la gestión del gasto para que no sea todo "¡que yo tengo déficit!, ¡a aumentar!", porque nos encontramos como ahora, en un déficit del 11,5% en PIB y no sabemos que hacer con ello, porque es imposible afrontarlo. A mi no me salen los cálculos... ¡A ver cómo quitamos ese 11,5% por muchos ajustes que haga para arriba y para abajo! Pues ¿Cómo se va a hacer? Pues subiendo impuestos.

Pongamos en la gestión algo que coarte la demanda que no es solvente. Empezar la gente a tirar y tirar... si es necesario bien, pero si no, no. Cuando le

pidan un euro o dos por visitar médicos, se lo pensará. No se trata de que con eso se financie la sanidad, sino que contenga la demanda no solvente.

L. Espadas: Has recapitulado muy bien profesor.

Oyéndoos a todos me produce una cierta desazón, porque esto se ha convertido en una plataforma de reivindicación territorial y no es eso de lo que venimos a hablar. Venimos a hablar del Sistema Nacional de Salud y su sostenibilidad como problema de conjunto, no como problema individual. Que los tenéis con toda seguridad, pero eso es de otro foro, de otro sistema de financiación que acabamos de aprobar con el beneplácito de todo el mundo y por tanto lo debemos de dar por bueno.

Seguro que todos tenemos elementos de discordia y elementos de descontento en su contenido y en su diseño, pero ha sido aceptado por todos. Demos eso como un parámetro y no como una variable a discutir porque no la vamos a poder cambiar.

Creo que debíamos cambiar un poquito la perspectiva. Lo que debíamos de hacer es como decía el Profesor Barea: Oiga, de verdad, ¿cómo es sostenible este Sistema Nacional de Salud?

Obviamente, la suficiencia es una entelequia. Nada garantiza que las actividades públicas, el gasto público, va a tener una financiación suficiente porque los recursos pueden caerse a cero y en ese caso voy a tener que entrar en déficit, etc, etc, pero voy a tener que seguir dando un nivel de prestación lo más idóneo y ahí es donde tenemos que ver línea de cartera de servicios que soy capaz de dar.

Establecida una cartera de servicios, como decía también el profesor Barea, nada puede evitar que a pesar de que

la situación económica sea desastrosa para prácticamente la totalidad de las CCAA, una CCAA ofrezca una prestación sanitaria que sea costosísima y para la cual no tiene financiación.

Nada puede evitar que a pesar de la situación económica, una CCAA ofrezca una prestación sanitaria que sea costosísima y para la cual no tiene financiación

L. Espadas

Esto es así y esto es el mapa político que hemos diseñado entre todos y por tanto el que una CCAA dé prestaciones que no pueda financiar es una competencia que políticamente se reside en la CCAA.

Los que somos gestores públicos, tanto del ámbito sanitario, como económico debemos de tratar de evitar que eso ocurra y debemos tratar de racionalizar la prestación sanitaria y racionalizar su financiación.

En el ámbito de su financiación, que es lo más sencillo, esta el sistema de financiación y luego estudiar, ver que otras cosas podemos hacer como apuntaba el profesor Barea.

¿Procede un copago? ¿Es el momento político de analizar si el copago es bueno o malo, si es idónea su implementación? Yo sé de las ventajas y los inconvenientes del copago, porque los estudiamos en su momento y todos sabemos que es un punto de inequidad, en el sentido de que rechaza aquellas clases sociales por poco que sea en ocasiones, su acceso a la prestación sanitaria, pero se pueden establecer mecanismos que minoren esa contraindicación y por tanto diseñar un copago que sea sensato.

Pero ahora mismo tenemos dentro de la prestación sanitaria un sistema bicé-

falo. Por una parte tenemos la Sanidad Pública del régimen de los funcionarios que están pagando cuando se jubilan farmacia y sin embargo si están en el régimen general de la Seguridad Social cuando se jubilan no pagan. Los activos pagan en un sitio el 30% y en otro el 40%. Lo lógico sería homogeneizar eso... Y estoy hablando de un ejemplo de prestación farmacéutica.

Creo que el copago es una cosa que, si queremos, puesto que los tiempos vienen muy complicados y la recuperación por el lado de los ingresos se me antoja difícilísima, debíamos pensar para que en el sistema sanitario existiese algún tipo de participación, que no siendo agresiva con el ciudadano fuese disuasoria... Pensemos como compensación

Y por el lado del gasto, hay muchas cosas que hacer. Alguna se ha apuntado. Sistemas de información para ver quien es eficiente o quien no es eficiente... y no lo tenemos. Parece mentira pero no lo tenemos. A lo mejor a nivel de CCAA lo tenemos, pero hay que montarlo homogeneizado y para todo el país.

Y luego, el uso racional de las tecnologías que pasa por establecer unos criterios consensuados entre todas las CCAA, el uso racional del medicamento, incentivos a los mecanismos de los gestores sanitarios para racionalizar el gasto médico y promover la demanda responsable que va más por la vía de los ingresos que por la vía de los gastos.

Insisto, creo que nos debemos bascular hacia el tema de la viabilidad del SNS y no tanto del mecanismo de financiación que digo es un dato, es un hecho cierto.

E. Jiménez: Estoy de acuerdo en que el enfoque debe ser global y que aspectos como la evaluación de la ges-

tión, herramientas de optimización, etc, son necesarios, recuerdo por ejemplo nuestra experiencia de la central de compras del año 97, nos ha aportado muchísimos ahorros...

L. Espadas: Hacer una a nivel nacional, porque esa central de compras es a nivel local.

E. Jiménez: Claro. Podía ser perfectamente compartida. La Fundación Signo me es muy querida porque nació del proyecto Signo, que coincidió con nuestro sistema SIE de contabilidad analítica y nos permitió tomar decisiones asombrosas, como descubrir que alguien estaba suministrando la dieta de comida 2,5 veces más caro que otro hospital y es que el responsable de cocina tenía una pescadería en Denia y se traía el marisco... Quiero decir que hay mucho por hacer ahí.

Precisamente ayer y hoy se está celebrando INFORSALUT, un congreso de informática de la salud, dónde hemos presentado una ponencia explicando el gran avance, que puede suponer que las tecnologías de la información y



Eloy Jiménez.

la comunicación trabajen al servicio de la Sanidad, porque al final están contribuyendo enormemente a su sostenibilidad, porque aportan mejoras en la eficiencia, en la toma de decisiones, en el conocimiento de lo que se hace. No como hasta ahora que estamos un poco a ciegas.

Las tecnologías miden la actividad clínica, pero eso no va solo. Hay que ponerlo a la vez con la otra cara de la moneda, que es el coste, para ver por qué las pruebas cuestan más o menos. En ese sentido hay muchísimo por hacer y deberíamos dar un impulso juntos, todas las comunidades de la mano, incluso y por que no, avanzar en ese hipotético pacto, que políticamente hiciera viable con todos los matices del mundo, el tema del copago. Eso solo se puede hacer por consenso universal. Estaría perdido el que se le ocurra hacer algo así por su cuenta tanto si es Gobierno como si es CCAA.

El problema de fondo es que el SNS ya no es un SNS con un solo ente gestor, como era hace tres décadas. Por suerte o por desgracia, somos un país cuasi federal y en ese sentido el SNS es un concepto jurídicamente agregado para el país, pero en la realidad se plasma en un MINI SNS, en este caso, un sistema autonómico de salud en cada comunidad.

Por tanto, si queremos garantizar la sostenibilidad del conjunto del sistema, lo que tenemos que hacer es primero asegurarnos de que este es sostenible en cada una de sus partes, porque de lo contrario estaremos hablando de cosas macro muy bien, pero seguiremos prolongando en el tiempo situaciones de las que no somos conscientes, hasta que lo estudias a fondo y observas lo que está pasando con la dotación de servicios real. Con un 40% de diferencia en gasto per capita para los ciudadanos de una región con res-

pecto a otra un año tras otro, la situación va a ser insostenible.

Si queremos garantizar la sostenibilidad del conjunto del sistema, lo que tenemos que hacer es primero asegurarnos de que este es sostenible en cada una de sus partes

E. Jiménez

Los he visitado, he viajado, he visto como han dotado sus hospitales, cuanto de ocupación tienen, que tecnología tienen... y cuando comparas con tu Comunidad... Claro eso con el tiempo puede ser muy grave y aunque esté garantizada la sostenibilidad global puede resultar que tres, cuatro o cinco comunidades con el tiempo estén generando una situación en sus pacientes que puede acabar teniendo repercusión en el ámbito de salud.

A. Cuenca: Una precisión técnica sobre el nuevo sistema de financiación que no he precisado antes. El nuevo Sistema de financiación crea un fondo al que se dedica el 75% de los recursos tributarios de todas las CCAA más un 5% que aporta el Estado, que es un fondo que cada año dará a todas las CCAA la misma financiación per cápita.

L. Espadas: Y que se destina a los servicios públicos fundamentales.

C. Navarro: Y que es per cápita ajustada.

A. Cuenca: No está condicionado. Por tanto, de las diferencias que hasta ahora había en el sistema de financiación, si aceptamos que los indicadores que se han acordado para definir la población ajustada, entre los que está este que he mencionado de la población por 7 grupos de edad, pero también está el envejecimiento, la dispersión, la población absoluta, la población menor de 18 años...

Si aceptamos que ese indicador conjunto mide bien las necesidades por habitante, el 80% de la financiación que reciben las CCAA va a ser igual para cada comunidad. Esto es una mejora importante, ahora, insisto, no es condicionada.

Por tanto las diferencias que hay entre las CCAA, que tienen muchos motivos y explicaciones, a partir de ahora, hemos acordado que el grueso de la financiación se distribuya igual en todo el país con la idea de garantizar los servicios públicos.

E. Jiménez: Ojalá fuese así porque en febrero de 2010 todavía no sabemos cual es el escenario de distribución del nuevo modelo. La Conselleria de Hacienda de mi comunidad me entrega este documento que es un supuesto reparto de fondos adicionales del conjunto del modelo, parece ser que más o menos hablado con el propio Ministerio de Economía y Hacienda, en donde hay un extremo que es Canarias. Nosotros somos los penúltimos, estamos contentos porque hemos mejorado un puesto. De 2634 euros per cápita a 3465 euros per cápita la Comunidad que más recibirá. Esto es el escenario con el que está trabajando el Ministerio. Si esto es repartir los fondos de forma homogénea...

L. Espadas: Es lo que saldrá del indicador conjunto que hemos acordado.

A. Cuenca: Si queréis entramos todos en este debate, pero no es el debate de hoy.

L. Espadas: Yo ya lo he dicho claramente. Esto está aprobado por el Parlamento. Y además, lo que te está diciendo, que es historia, abarca un periodo temporal que afecta a todos los partidos políticos de todo el espectro mundial y además, luego, el que tengas una financiación per cápita sani-

taria no quiere decir que la financiación de la CCAA haya sido mayor o peor, simplemente quiere decir que en el reparto de los fondos que ha hecho tu comunidad, a la Sanidad le ha dado una cifra que significa una cantidad inferior que la que recibirá Aragón. Pero es que creo que ese no es el debate en el que debiéramos de entrar hoy, reconociendo que para ti es una posición hiriente y dolorosa como gestor del Sistema Sanitario Valenciano, pero es que a mi modo de ver no es esta la cuestión.

Primero. Está el sistema de financiación recién aprobado, que tiene sus reglas y que parece que responde a un criterio mucho más equitativo y mucho más razonable de distribución de los fondos y ya veremos que consecuencias tiene para ti, porque se acaba de aprobar. Lo que sí sé es qué consecuencias ha tenido para mi (risas).

Y segundo. No es ese el elemento gordiano de la discusión que nos traemos entre manos. Es verdad que son 17 CCAA y por tanto 17 sistemas autonómicos de sanidad, lo cual hace mucho más compleja la gestión de un Sistema Nacional, porque el sistema nacional sigue existiendo como integrante precisamente de todos estos sistemas autonómicos, y hace mucho más difícil la toma de decisiones y la gestión ortodoxa y razonable de todo esto.

Pero no nos engañemos. La situación económica es fatal. Lo de 11,4 no es una circunstancia coyuntural, puntual. Los ingresos nos han caído del orden de 35% en dos años y eso no va a venir nadie desde Europa a darnos el equivalente a esa pérdida de recursos que está en torno a los 50 000 o 60 000 millones de euros en total. Tendremos que hacer un ajuste muy severo de nuestras políticas y nuestras prioridades, tanto en el ámbito de las CCAA que gestionan el 60% del gasto como

del resto de las Administraciones públicas. Vienen tiempos muy complicados. Entonces a ver que hacemos con la sanidad. Esa es la cuestión

C. Navarro: Yo estoy de acuerdo con Luis en que es poco productivo debatir solo sobre el modelo de financiación. Lo único que no estoy de acuerdo es en que tal modelo sea más equitativo y razonable, en eso tengo que decir que depende para quien. No nos vamos a poner nunca de acuerdo las CCAA, ya lo que es equitativo y razonable para unas no lo es para otras. Es muy difícil porque al final los criterios de reparto no son objetivos, son subjetivos. No tenemos estudios contrastados de cómo influyen en la asistencia sanitaria la edad, la dispersión... La dispersión en teoría influye en más gasto, pero si embargo en Madrid como hay menos dispersión, es más fácil el acceso y ello origina una mayor demanda. El centro de salud cerca del domicilio hace que la población vaya más. A mayor dispersión, con el centro de salud más lejos, no van tanto.

M. Rosellón: Bueno Carmen, lo que sí parece que está demostrado es que la dispersión determina el aumento del número de centros de salud y por ende, el incremento de los recursos humanos (profesionales) y materiales (equipamiento) para prestar una asistencia de calidad y accesible a los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia. Así como que a partir de los 60 años se produce un incremento de la estancia media y existe mayor tendencia a sufrir ingreso hospitalario. En España un ciudadano acude al médico nueve veces al año. En la Unión Europea cuatro; en Castilla y León 13.

C. Navarro: Yo no he visto ningún modelo de financiación que deje contento a todos. Lo único que quería decir es que lo de equitativo y razonable lo será para el que le haya venido bien.

Al final, los mimbres que tenemos son esos, la financiación que tenemos es esa y además es una financiación que lógicamente está incluso por debajo de la que hemos tenido en años anteriores, porque con la crisis los ingresos de las CCAA y del Estado están bajando y sí, estoy de acuerdo, tenemos que hacer un esfuerzo, pero todos, el Estado y las CCAA en intentar hacer la financiación sostenible desde tres vías:

Por un lado, racionalizando la demanda, que es donde entrarían las medidas que han hablado el Profesor Barea y Luis de meter alguna clase de copago que pudiera frenar la demanda innecesaria

J. Barea: Si lo tienen todos los países europeos. Lo que pasa es que en España queremos todo público y que lo pague todo el Sector Público y luego no queremos que nos suban los impuestos. El cuadro es muy difícil. Y más en un gasto como este, tan necesario y que todo el mundo cree y al parecer es así, que es prioritario sobre los demás. Cuando uno está enfermo, lo primero no es la atención que reciba, es la salud.

C. Navarro: Pero además igual de necesarios son los Servicios Sociales cuando se ingresa en una residencia y también tienen copago, porque se aporta una parte de la pensión.

Pero creo que también es importante, la racionalización de la oferta. Y aquí hay que hablar de la cartera de servicios. Una parte del problema lo tenemos las Comunidades Autónomas si introducimos prestaciones que no están en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. En ese caso estoy de acuerdo en que el problema es nuestro y deberíamos financiarlo.

Pero es cierto que desde el Estado se introducen casi todas las prestaciones y

se introducen sin financiación, sobre todo en lo que respecta al gasto farmacéutico. Se están introduciendo los medicamentos sin análisis coste efectividad. Gran parte de los medicamentos nuevos lo único que aportan es confort, pero no aportan mejora farmacológica y sin embargo si aportan incrementos de precio.

Habría que tener mucho cuidado porque repercute en el gasto de las CCAA y una vez que el medicamento está aprobado, el margen de las comunidades es muy pequeño. Es muy importante que se tenga mucho cuidado con la inclusión de nuevos medicamentos desde el Estado e incluso que se pacten con las CCAA los medicamentos y las nuevas prestaciones que van incorporándose a la prestación sanitaria.

Por último, por nuestro lado, creo que es importante también que gestionemos mejor. Es muy complicado porque somos el único sector donde no gastamos nosotros. Gastan todos los trabajadores, todos tienen capacidad. El médico tiene al final la firma del cheque cuando receta, introducir incentivos, que es una de las cuestiones que todos estamos estudiando, es difícilísimo.

Hay que avanzar en temas de gestión de compras, de políticas centralizadas, en estos temas de gestión hay que avanzar muchísimo. Aunque es muy complicado porque no compramos solo nosotros. Deciden muchas veces por nosotros que comprar, después de muchos años y muchos intentos, todavía es complicado llevarlo a buen puerto. Ahí hay que incidir pero no lograremos mucho si además no hacemos nada para frenar la demanda y no tenemos cuidado con lo que se incorpora a la oferta.

P. Torres: En la Comisión de reorientación del gasto sanitario se apuntaron una serie de medidas entre las que

destaca crear una especie de marco dónde se pacten límites de actuación, un ejemplo: el pago de las guardias, o en el pago de la carrera profesional, etc. Hay Comunidades que no quieren, porque su ciclo político no coincide y le crearía distorsiones en un momento político delicado, eso le ataría de pies y manos. Entiendo que se debería independizar las medidas de contención del gasto sanitario del ciclo político, porque si ahora Cantabria o Castilla y León acuerdan el pago de la guardia a un precio superior al actual, cuando se acerquen en el 2013 las elecciones en Galicia, ya se cual va a ser la reivindicación y se dónde se va a "enrasar" los pagos por ese concepto, siempre a nivel de máximos.

Siguiendo con el mismo ejemplo: que haya un acuerdo marco en el que la guardia no se puede pagar a más de X euros. Y que después, cada comunidad negocie.

Antes con el Ministerio tenías por lo menos un paraguas, en el que se fijaba un marco de actuación. Creo que el Ministerio de Sanidad tendría que actuar en este sentido radicalmente.

M. Rosellón: Quiero hacer hincapié en esto que estás diciendo. Lo que parece que está pidiendo este modelo de financiación, esta financiación insuficiente del gasto sanitario, es por un lado de qué manera se garantiza su sostenibilidad y por otro lado buscar y aplicar mecanismos para racionalizarlo.

Sin embargo, parece que los mecanismos que cada CCAA pone en marcha, al realizarse de manera aislada, son eficientes solo en alguna medida. Creo que lo que es necesario es la existencia de un pacto general, a un nivel inter o supra Comunidades Autónomas, que evidentemente tiene que estar pilotado por el Estado, por el Ministerio de Sanidad y por el Consejo Interterrito-

rial, que realmente es el Órgano al que por Ley le compete.

En el seno del Consejo Interterritorial, principal órgano de cohesión de nuestro sistema sanitario, se debe abordar la sostenibilidad del SNS y por tanto alcanzar acuerdos significativos con trascendencia política y repercusión económica, en cuanto a políticas retributivas, centrales de compras, cartera de servicios, gasto farmacéutico.

Es el único ámbito, basado en la colaboración entre las comunidades autónomas coordinadas por el Estado, en el que se puede desarrollar la sostenibilidad del SNS. En ese marco es en el que tiene sentido el establecimiento de medidas disuasorias, de copago o de colaboración privada.

A. Cuenca: Yo simplemente quería apuntar que quizás esta crisis tiene algunos aspectos positivos a medio plazo y esta poniendo sobre la mesa algunas necesidades que quizás se han comentado muchas veces y ahora no nos va a quedar otro remedio que ponerlas todas en práctica. Una de estas que también se ve desde el ámbito de Hacienda es la necesidad de ponernos de acuerdo en algunas cosas y creo que vosotros, en el Consejo Interterritorial tenéis el instrumento.

En la nueva ley de financiación, aparece una novedad, que ya veremos cuál es su vida pero que tiene este objetivo.

Se llama Comité Técnico Permanente de Evaluación y será el encargado de evaluar quinquenalmente el concepto de Lealtad Institucional que ahora se ha definido con mayor precisión y se ha establecido que no solamente se evalúe sino que se pague, esto es una novedad también importante.

Este Comité Técnico Permanente, cuyas competencias están por definir, es

un embrión de esta voluntad y necesidad de coordinarnos.

Yo creo que en un Estado Autonómico, solo voluntariamente seremos capaces de coordinarnos. A título personal y como economista diría que el problema de la coordinación es el problema de la capacidad que tengamos para hacer cumplir los acuerdos, que no la tenemos, jurídicamente no la tenemos. El Estado no tiene capacidad para hacer cumplir un acuerdo del Consejo Interterritorial a las CCAA y esto tendríamos que planteárnoslo muy seriamente.

La voluntad de coordinarnos ya existía y la crisis nos va a obligar más a ello, pero servirá de poco si no tenemos capacidad para hacer cumplir los acuerdos

A. Cuenca

Tiene solución pues la voluntad de coordinarnos ya existía y la crisis nos va a obligar más a ello, pero servirá de poco si no tenemos capacidad para hacer cumplir los acuerdos.



Carmen Navarro.

C. Navarro: Tenéis capacidad para determinadas cosas. Por ejemplo en la Farmacia. La farmacia hospitalaria está creciendo en los últimos años del orden de un veintitantos por ciento al año. Esto es inasumible. En estos temas si tiene capacidad el Estado. Solo tiene capacidad el Estado.

A. Cuenca: Sí, en tema de Farmacia sí, pero por ejemplo en el capítulo I no. Me refería a eso. ¿Queremos llegar a acuerdos? Sí. Pues cumplámoslos.

F. Moranta: Ahí está la clave de la cuestión. Si conseguimos delimitar las decisiones que se toman en capítulo I. Es fundamental. Nosotros hemos crecido una barbaridad en capítulo I. por decisiones concretas que cada CCAA tendrá.

En el caso de oficina de farmacia para atención a primaria, no estamos creciendo un 12% como crecíamos en el año 2002, 2003 y 2004. Estamos incluso por debajo del 5% este año. Nuestras previsiones incluso es crecer menos, pero este tipo de gasto se nos esta yendo de las manos.

Por otra parte, no hay capacidad para garantizar la suficiencia presupuestaria de nuestro sistema, incluso considerando CCAA que no llegamos a poder financiar lo que es cartera de servicios común, que estamos a un nivel de gasto muy por debajo de la media nacional, que tenemos un presupuesto inferior al del año anterior. Somos una de las CCAA que estamos decreciendo en presupuesto.

Esta situación nos está llevando a una posición de endeudamiento con nuestros proveedores que no se podrá aguantar por mucho tiempo.

M. Argenter: Recordar lo que decía Eloy, sin negar la necesidad de apretar el cinturón, porque en España estamos

como estamos. En gasto sanitario público sobre el PIB estamos un punto por debajo de la media de los demás países europeos.

Según los datos de la OCDE, Cataluña esta 1,8 por debajo de la media.

A. Cuenca: Una precisión técnica: y en presión fiscal también.

M. Argenter: Lo que quiero decir es que en relación a los servicios que se prestan, el coste no es desproporcionado. Eso no quiere decir que no se puedan hacer cosas.

¿Qué cosas hay que hacer? En el nivel de gestión, todos hemos empezado a hacer muchas cosas, como el tema de centrales de compras. El tema de personal es más complejo porque tienen dinámicas distintas dependiendo de dónde estén. En nuestro caso, tenemos una parte de la red que no es pública sino que es concertada, que tiene un convenio conjunto para toda la red, o sea, tiene dinámica propia; también existen unos precios relativos distintos entre comunidades autónomas, que eso nunca lo hemos reconocido en el modelo de financiación, pero que tienen efecto sobre lo que te piden, depende de dónde vivan los médicos.

En tema de farmacia, como dice nuestro responsable de farmacia, tenemos que aplicar la técnica enzimática, que es estar todo el día encima, con un montón de medidas. Pero, sobre todo la corresponsabilidad, hemos introducido incentivos en la relación con los proveedores de servicios sanitarios a través del contrato. También con los públicos. También con el ICS. Este contrato recoge una asignación del gasto que nos parece asumible de farmacia en su zona y tiene un incentivo en función de que lo cumpla o no lo cumpla. Eso nos ha funcionado. ¿Como ha funcionado? Pues en el hospital, en el cen-

tro de atención primaria una parte de su sistema de dirección por objetivos, o como lo quieran llamar en cada caso, ha incluido temas de farmacia. Y hemos pasado a tener unos crecimientos de los más bajos entre todas las comunidades autónomas.

Creo que ha tenido un impacto importante, porque cuando generas incentivos, el que esta en el otro lado de la mesa, comprende y actúa. ¿Hasta dónde podemos llegar? En el ámbito de la gestión, somos una empresa que no tiene un jefe de producción, tiene 7.000 y además protegidos por la libertad de prescripción. Lo único que nos queda es lo que estamos haciendo, es la corresponsabilidad, pero no a través de decreto, sino a través de la información.

En la medicación hospitalaria, también estamos introduciendo un *rappel* negativo a lo que vamos a pagar a los hospitales cuando prescriben los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria.

¿Qué otras cosas podemos hacer en gestión? Lo primero es comprar actividad y no comprar presupuestos, nosotros como tenemos contratos, lo estamos haciendo así desde el inicio, primero con unas mediciones más burdas, luego más matizadas, dependiendo del tipo de hospital, de su casuística... poniendo unos límites, una actividad máxima a partir de la cual vamos pagando porcentajes más bajos.

A través de este sistema, ¿qué creemos haber conseguido? Bueno, los hospitales, según la información que tenemos, van mejorando su gestión, su eficiencia... la relación entre lo que hacen y lo que nos cuesta. Pero una de las cosas que pensamos es que entre diferentes niveles de servicios: atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria, que en nuestro caso tenemos bastante de-

sarrollada, es donde residen bolsas de ineficiencia a reconducir.

Hemos asignado a una zona un presupuesto global. Cada proveedor tiene su contrato, pero nosotros asignamos a una zona un presupuesto global y les decimos a los proveedores de servicios: "¡pónganse de acuerdo!". Seguro que si ustedes se ponen de acuerdo, ustedes ganan y nosotros también. Hacemos una asignación capitativa, con esto mejoramos la atención al ciudadano, no lo marean tanto. Han montado sistemas de programación desde un sitio a otro, han mejorado lo que llaman continuum asistencial, pero es que además, los indicadores de servicios han mejorado también. Este es uno de los aspectos que tenemos que potenciar más, porque genera incentivos a ganar entre los proveedores, dejan de repetir actuaciones, pruebas..., porque han hablado entre sí y se coordinan y ganamos todos.

El ámbito de gestión clínica es un ámbito de lluvia fina. Tiene que ir calando la corresponsabilidad en los profesionales

M. Argenter

El ámbito de gestión clínica es un ámbito de lluvia fina. Tiene que ir calando la corresponsabilidad en los profesionales. ¿Qué tenemos que hacer? Darles información, facilitarles el trabajo. Los profesionales del Instituto Catalán de Salud, en su propia estación de trabajo, en su ordenador, cuando van a prescribir, tienen ahí toda la información para esa patología, para esos medicamentos... también hallan los estudios de las comisiones que analizan el coste de efectividad. Eso es facilitarles el trabajo.

Al final el toro hay que cogerlo desde el nivel político y ese famoso acuerdo, del que siempre estamos hablando,

pero que es tan difícil, hay que facilitarlo, hay también un trabajo entre un nivel y otro, que es facilitar instrumentos para poder ponerlo en funcionamiento.

Hablando del copago, cada vez que lo hemos analizado y nos lo hemos tomado en serio... Llegamos a lo mismo: bueno, a estos no, a estos tampoco, a aquellos tampoco, pero lo que no podemos pedir es que se traigan la declaración de renta. Hay que tener instrumentos para poder hacer un copago que sea lo menos inequitativo posible, porque si no lo hacemos bien, acabaremos restando calidad al sistema público.

Al usuario hay que formarlo. No podemos pedir que solo los políticos formen al usuario, aunque deben ser capaces de hacer entender a la población que todo no puede ser y no sólo en sanidad. Hay que explicarlo desde la política pero también desde el médico, dándole a entender que, ahora podemos hacer esto, porque hemos dejado de hacer una cosa que no era útil. La presión del gasto la vamos a tener, la tecnología nos va a presionar, no solo las máquinas, la farmacia nos va a presionar más.

Lo que hay que hacer en este sentido y ya se está haciendo, es potenciar la actuación de las agencias de evaluación. Pero se tiene que creer en lo que dice la agencia de evaluación y cuando aprobamos en la Comisión de Prestaciones del Ministerio una prestación, tenemos que utilizar la evidencia científica que distinga lo que es útil de lo que no lo es y aguantar la presión de la industria correspondiente.

P. Torres: Nosotros lo hemos hecho en la farmacia, hemos introducido el 85% de la prescripción electrónica en Atención Primaria.

Me voy preocupado. Creo que en relación al nuevo modelo de financiación hay que esperar como evoluciona. Espero que a Valencia y a todas las Comunidades les vayan mejor las cosas y a Galicia también desde luego. Estamos esperanzados, pero insisto en que en el tema de la financiación de la Sanidad de las CCAA no tenemos en cuenta otros factores que van a producir mucho más gasto, como el tema de la cartera de servicios. Creo que tenemos que hacer muchas cosas conjuntas para abordar las bolsas de ineficiencia, concretar acuerdos, no tienen porque ser decretos, que hagan sostenible al sistema. También en gestión se pueden hacer muchas cosas, pero tiene que haber un pacto político para no meter a la sanidad en el ciclo político y crear conflictos políticos que dificultan cualquier solución.

Hay que poner en marcha cuanto antes las medidas por el lado de la oferta y por el lado de la demanda, tanto a nivel de Estado como de CCAA para asegurar la sostenibilidad. Llevamos hablando ya demasiado tiempo

C. Navarro

C. Navarro: De la sostenibilidad del sistema sanitario venimos hablando, desde que éramos jóvenes, muchos de los que estamos aquí. Aparte de poner en práctica medidas puntuales y de gestión, nunca se ha llegado a un consenso para que la sanidad sea, de verdad, sostenible. Es muy necesario, independientemente del modelo de financiación, no hay ingresos, con un modelo o con el otro estamos en crisis, y creo que debería ser el momento ideal para ponerse a pensar en un pacto para la sostenibilidad de la sanidad, no un pacto para la sanidad en plan teórico sobre la investigación, la calidad... Y que no se utilizara políticamente (lo cual es complicadísimo). Hay que poner en

marcha cuanto antes las medidas por el lado de la oferta y por el lado de la demanda, tanto a nivel de Estado como de comunidades autónomas para asegurar la sostenibilidad. Llevamos hablando ya demasiado tiempo.

M. Rosellón: Está claro que se ha llegado a unos niveles óptimos de satisfacción y calidad dentro del Sistema Nacional de Salud, que son los que deberíamos, a nivel de comunidades autónomas y de Estado, intentar salvaguardar.

Es necesario que se garantice el principio de suficiencia financiera ya que, de otra manera, la puesta en marcha de medidas consensuadas resultaría muy difícil de realizar.

Si en la actualidad, para mantener los niveles óptimos de calidad conseguidos, es necesario incrementar el gasto de manera que resulta difícil financiarla públicamente, está claro que en el marco del pacto por la sanidad y excluida del enfrentamiento político, deberían tomarse decisiones significativas, con trascendencia política y que se puedan mantener en el tiempo.

Desde luego el papel del Estado ahí es fundamental, independientemente de que las comunidades autónomas tenemos mucho que decir. El momento actual, además es el mejor, dado que los momentos de crisis pueden utilizarse para introducir cambios muy significativos.

F. Moranta: Completamente de acuerdo con lo que se ha dicho. Creo que es ahora o nunca. La situación marca un antes y un después de lo que va a pasar en estos próximos años. No es sostenible el sistema sanitario y hay que tomar decisiones de calado profundo.

Debemos ahondar en el tema de la eficiencia, en el papel de la primaria, hay



Francisco Moranta.

que potenciar más la primaria como poder resolutivo a la hora de prestar sanidad. Controlar mucho todo lo que es tecnología, tanto maquinaria como farmacia, en un pacto consensuado y con instrumentos del Estado que nos permitan controlar el gasto y ahondar en el tema de la financiación de copago... de ver desde el punto de vista de la oferta, que es lo que se puede hacer para intentar controlar la demanda de las prestaciones sanitarias.

A. Cuenca: Desde el punto de vista de mi responsabilidad en el Ministerio de Economía y Hacienda, se ha puesto en marcha un nuevo sistema de financiación, se han añadido nuevos recursos adicionales.

El Gobierno, este año ha incrementado la presión fiscal. Hemos hecho ya lo que estaba en nuestra mano desde el punto de vista de la hacienda. Ahora corresponde a los responsables políticos y de gestión sanitaria afrontar esta difícil etapa.

A mi me parece que el sistema sanitario en España es sostenible. Es espe-

cialmente eficiente, con lo que recaudamos de los contribuyentes, prestamos un servicio de una calidad extraordinaria. Por tanto, tenemos un sistema sanitario que es globalmente eficiente, que lógicamente se puede mejorar, se pueden ahorrar costes haciendo lo mismo o se puede hacer más, pero es un sistema eficiente, y con lo poco que nos cuesta, porque recaudamos poco de los contribuyentes, somos comparativamente dentro de los países desarrollados, uno de los países que tiene un sistema sanitario más eficiente.

Creo que es sostenible, porque lo ha demostrado en el pasado, hemos tenido otras crisis. Esta es muy virulenta pero entre el año 76 y el 85 tuvimos una crisis, durante más de diez años destruimos empleo y seguimos prestando el servicio de la sanidad. Incluso, lo mejoramos. En definitiva, es sostenible porque los ciudadanos, que son quienes contribuyen con sus impuestos a financiarlo, así lo quieren.

A título personal, yo no soy partidario de utilizar instrumentos de copago más allá de la farmacia, pero también se paga con justicia cuando se paga el IRPF. Cuando pensemos en copago, pensemos también en el coste político y social de incrementar un poco el IRPF u otros impuestos. Hablo del IRPF porque es el más equitativo de los impuestos. Quería dejar encima de la mesa que el IRPF es una alternativa al copago, aunque comprendo los temas de control de la demanda.

M. Argenter: El tema del pacto político es evidente que es necesario y tiene que estar centrado en la sostenibilidad, y no tanto en otras cosas, que también se pueden tratar. Ahora es el momento, porque nos aprieta el zapato.

¿Qué se puede introducir en ese pacto político? La cartera de servicios, primar la salud pública, prevención, mejorar la

atención primaria, para que como puerta del sistema, atienda lo máximo posible, para que podamos atender en el nivel más eficiente posible, a las personas, evitando que estén peor. Por lo tanto salud pública, mejorar la atención primaria y sobre todo mejorar el criterio de corresponsabilización de todos los agentes. Participación y sobre todo, información. Yo creo, que sobre todo, el sistema genera muchos datos pero poca información. Nosotros montamos la central de balances con los balances de todos los hospitales.

A nivel de Comunidades Autónomas lo que se ha ido generando, habría que compartirlo con más, y analizar cómo somos de eficientes. A pesar de que es un sector muy complicado por su variabilidad... tenemos que poner instrumentos para facilitar el pacto político. Si hay que aplicar un copago, la mejor manera posible es a través de los impuestos. Al médico no le puedo pedir que compruebe las excepciones. Lo que tengo que hacer es facilitarle su actuación y convencerle de que la haga con eficiencia. Los instrumentos de información, de contabilidad analítica...



Miquel Argenter.

tenemos que compartir los costes y compararlos con los costes del Fondo de Cohesión o con los que sean. Y ahí es donde la gestión puede mejorar más.

A pesar de mi respeto por el control en la Administración, cuando llegan estos momentos, todo se quiere controlar desde un despacho lejano a la asistencia. Ahí es donde nos equivocamos. Porque los gestores, los médicos, todos acaban hartos de un sin fin de órdenes que no entienden. No entienden por qué no les damos más autonomía de gestión pidiéndoles resultados: preste asistencia, haga lo máximo que pueda con esto, no tenemos más y priorice lo más necesario porque es quien mejor puede hacerlo. Tenemos que generar esa información. Hay que empezar. Todo el sistema se ha quedado con poca información y si trabajamos en esa línea va a ser más fácil que el pacto político sea más fácil de explicar.

F. Moranta: Es interesante ver hasta que punto hay consenso. Estamos de acuerdo: colaborar más, en herramientas de eficiencia y gestión compartidas entre las Comunidades. Cuando nos hemos reunido con el Ministerio, siempre reclamamos un pequeño plus, puesto que si ya no tiene gestión directa, salvo las dos ciudades, esa potencias pueden servir como herramienta no para sustituir a las comunidades, sino al contrario, que sea una herramienta dónde encontrarnos juntos y compartir, como un modo de coordinarnos y obtener algo más, no para que el Ministerio se ponga una medalla ni ninguna CCAA en concreto, pero es un foro que debería potenciarse un poco más de lo que ahora está.

El otro tema es el pacto de la sanidad. También estoy de acuerdo en que habría que intentar llevarla a cabo. Mucho tiempo así nos puede dar problemas si no somos valientes y aprovechamos es-



De izquierda a derecha: José Barea, Juan Carlos Alonso, Eloy Jiménez, Miquel Argenter, Alain Cuenca, Luis Espadas, Francisco Moranta, Manuela Rosellón, Carmen Navarro y Pablo Torres.

tas circunstancias para tomar decisiones

E. Jiménez: Yo comparto esa afinidad, porque parece que hemos llegado a un cierto consenso en dos o tres puntos: colaborar más en herramientas de eficiencia en la gestión compartidas entre las Comunidades (en ese sentido también estaremos de acuerdo en que el Ministerio de Sanidad en la medida en que no tiene gestión directa, salvo las dos ciudades, debe dar más soporte como herramienta donde encontrarnos y coordinarnos las CCAA). También estoy de acuerdo en que es el momento oportuno para el pacto por la sanidad.

J. Barea: Quería poner de manifiesto la importancia de toda la publicidad. Comparar lo que hacen unos con otros, Surge en los propios gestores una idea de emulación. En cuanto a la cuestión del copago, insistir en que no se trata

de financiar una parte de la sanidad, sino de detener un exceso de demanda que esta fuera de todo límite y por consiguiente no es una demanda solvente.

Es un tema muy discutido, y los políticos no quieren hablar de eso ni asumir su responsabilidad. No podemos seguir en un periodo de crisis económica fuerte para España, que no va a ser de un año, con una sanidad que cada vez demanda más y con una comisión europea que considera fundamental la estabilidad presupuestaria (lo está demostrando ahora con Grecia y también con España, que cuando crecimos de un déficit del 3,4 al 3,8%, en la segunda revisión, nos salió un expediente de déficit excesivo, cuando ya hemos llegado al 13,4%. se desatan todos los dispositivos porque ya se plantean si vamos a ser o no estables, con lo que implica de problema para España y para toda la CEE).