



## **Tendências recentes no Sistema de Saúde Espanhol**

### **Discurso del Presidente de la Fundación Bamberg, Ignacio Para, a los miembros del Consejo General, Comisión Organizadora y Comisarios del Congreso del Sistema Nacional de Salud de Portugal**

Lo primero que quiero es agradecer es a la organización, Apegsaúde y a Carlos Tomás su presidente la deferencia que ha tenido conmigo invitándome a este acto. Para mí es un honor compartir esta mesa con el Presidente de la Región Sanitaria de Lisboa y Valle del Tajo, Don Luís Cunha Ribeiro.

Espero darles un pequeño flash de lo que está pasando en España, donde tenemos un Sistema Nacional de Salud muy similar al que hay en Portugal. Por tanto, creo que las experiencias comunes pueden ser muy interesantes para ambos países.

En primer lugar nosotros partimos de una estructura de prestación de servicios públicos estatal, separada de la sanidad privada donde hay problemas de interacción entre ambas sanidades y, por tanto, dependiendo directamente de los responsables políticos.

Tenemos la diferencia con Portugal en que allí la provisión de los servicios sanitarios, se hace por las diferentes Comunidades Autónomas, pero hay que tener la idea de que el 40% del presupuesto de una comunidad autónoma, del Gobierno de una comunidad autónoma está dedicado a sanidad, probablemente más.

Por tanto, los nombramiento de los diferentes responsables, incluidos todos los cargos de confianza, entre los que se encuentran los de los directores gerentes de los hospitales son cargos que se nombran políticamente.

Nosotros hasta ahora nos hemos movido en un entorno de bonanza económica y ha habido una competencia, una competitividad entre las diferentes comunidades autónomas, entre los diferentes responsables políticos en proveer y dar cada vez más servicios todos gratis, todo lo mejor, todo lo más cercano, todo lo más fácil, todo eran derechos para los ciudadanos porque todo eran votos y, por tanto todas las decisiones han ido orientadas a la consecución de un voto y hemos hecho muchos gastos que no eran necesarios. Hemos construido hospitales que no hacían falta, hemos renovado materiales que no eran necesarios porque podíamos seguir funcionando con los que teníamos. Sí, tenemos ahora estructuras muy buenas, materiales muy buenos, mobiliarios lo último, pero realmente hay que pagarlos, tenemos también una gran deuda.

En este momento hay una gran deuda que se tiene con las compañías farmacéuticas y las compañías de productos sanitarios, es del orden de más de 10.000 millones de euros y se estima que la deuda sanitaria en este momento es del orden de los 18.000 millones de euros.

Y hay que pensar que el gasto público y el gasto en sanidad es como un gran trasatlántico que tiene una deriva y es muy difícil el cambiar el rumbo. Por tanto el gasto se va produciendo aunque los ingresos no se han producido. Ha habido una disminución de ingresos como resultado de esta crisis financiera y política, porque yo creo que es una crisis financiera y

política la que hemos tenido, que ha derivado en una crisis económica, fundamentalmente por el problema financiero de falta de financiación y de falta de confianza.

En nuestro país eso ha generado un paro tremendo y en definitiva los gobiernos de las Comunidades Autónomas se han visto obligados a tomar medidas urgentes y también el propio Gobierno de la Nación.

Por un lado esas medida han ido en la línea de disminuir el gasto farmacéutico. En este momento, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid el año pasado se disminuyó el gasto farmacéutico en casi un 9% y esta disminución del gasto farmacéutico ha venido por la determinación de una serie de decretos leyes que han rebajado el precio de los fármacos.

Curiosamente, sin embargo, el volumen de recetas sigue subiendo aunque gracias a esta disminución de los precios el gasto ha bajado.

Otra medida que se tomó ha sido la de, a nivel nacional, rebajar un tanto por ciento del salario de los funcionarios y entre ellos el del personal sanitario de los hospitales públicos y de los centros públicos, que es la gran mayoría de los sanitarios, más o menos es el 80% de la sanidad es pública y han visto reducidos su salario.

A nivel global también ha habido ahora un incremento de los impuestos sobre la renta de las personas físicas, son todas medidas de urgencia, medidas de cirujano de urgencias ante una situación que hay que remediar a corto plazo tapando boquetes y haciendo torniquetes.

También algunas comunidades autónomas ya han empezado a tomar medidas de eficiencia en el campo asistencial. Se están cerrando centros de salud y plantas de hospitales que no eran necesarios, no necesitamos que el ciudadano tenga un centro de salud a las puertas de su casa, se puede mover unos metros, puede coger incluso un autobús, pero obviamente no podemos tener esa proliferación de centros y que los políticos se pongan medallas porque van inaugurando centros y centros y centros. Porque al fin y al cabo eso lo hacen con nuestro dinero.

También se están cerrando servicios, se están reconvirtiendo centros de urgencia, por ejemplo, porque estaban infrautilizados, que hay centros de urgencia donde igual en una noche había tres visitas. Se puede mover unos kilómetros o se pueden coger un autobús o hay otras formas de poder atender. Aparte que de esa manera no solamente se va a conseguir más eficiencia, sino que seguramente la calidad de la prestación será mejor, porque en un sitio donde van tres enfermos por la noche no puede haber medios suficientes para atender con calidad un problema grave que se pueda plantear.

Por otro lado si nos quedamos es adoptar sólo medidas de urgencia, estas medidas al final, si no van acompañadas por otras medidas de reforma, lo que van a conseguir ineludiblemente será una cierta degradación de servicios, de la calidad de los servicios.

Necesitamos una reforma para cambiar de modelo y que ese modelo pueda asegurar una calidad de servicios con arreglo a una cartera de prestaciones, priorizando lo importante respecto lo accesorio. Y además una reforma que despolitice la sanidad, es decir, que los responsables de sanidad no sean los responsables de la provisión de los servicios, no sean los que administran los recursos.

En el caso, por ejemplo, de Madrid el Director General de Recursos Humanos administra 60.000 personas. ¿Cómo se puede gestionar a 60.000 personas? Evidentemente eso es ineficiente e ineficaz, porque la gestión de los recursos humanos tienen que estar en los diferentes centros hospitalarios con las diferentes entidades gestoras sanitarias, pero no puede ser que desde una

Consejería, desde un Ministerio Regional se administren las compras, se administren todas las inversiones, se administren los puestos de todos los directores y todos los recursos humanos, porque estamos en una situación jerarquizada, burocratizada y donde en muchos casos el personal, desde el pinche de cocina hasta el jefe de servicio, son funcionarios, con unos sistemas retributivos basados en la antigüedad o en función de la actividad, pero nunca en función de lo que debía de ser, en resultados en salud y en eficiencia económica.

Desde la Fundación lo que hemos propuesto son una serie de reformas que en este momento van siendo parcial y progresivamente asumidas por los diferentes gobiernos autonómicos, que son los responsables de la provisión y no sabemos todavía qué va a pasar a nivel del Gobierno de la Nación, porque como ustedes saben muy bien acaba de estrenarse hace muy poco, llevan muy poquito tiempo en el Gobierno.

Básicamente, lo que contempla nuestra propuesta son dos cosas, por un lado el sector de la salud es un sector muy potente de la economía, el que da mayor empleo y cuyo gasto en salud tiene un efecto multiplicador muy importante que genera riqueza y actividad económica. Ya no digamos los sectores de tecnología, el sector farmacéutico, el sector biotecnológico que generan exportaciones, que generan empleo de gran calidad y que generan investigación e innovación.

Por otro lado la salud es un valor estratégico para un país. No podemos tener el lujo de que los ciudadanos no tengan salud porque un país saludable es un país que tiene futuro, es un país que podrá generar riqueza, que podrán trabajar, podrán generar conocimiento, generar cultura, generar ciencia. Entonces como tal valor estratégico tenemos que establecer las condiciones para que eso se salvaguarde y se asegure.

En este sentido, nosotros lo que proponemos es, por un lado un aseguramiento general de la población, como decía antes en aquello que es vital, en aquello que es importante, eliminar todas esas dádivas, esos servicios adicionales que no eran importantes y que únicamente responden ese motivo fundamentalmente político y dirigido hacia el voto y, por otro lado, además asentando qué es lo que podemos hacer con el dinero del que disponemos.

Por tanto, hay una labor de financiación por parte del Estado, hay una labor de aseguramiento universal con arreglo a esa cartera de prestaciones priorizada. Además planteamos la autogestión y la competitividad entre las diferentes entidades gestoras de salud o centros sanitarios, de manera que podamos conjugar la planificación y el pago per cápita que induzca a desarrollar una actividad de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, con la autogestión y la competitividad entre Centros.

Competitividad porque nosotros lo que planteamos es la libertad de elección de centro de todos los ciudadanos. Ya en Madrid hay libertad de elección, en alguna otra comunidad autónoma también lo hay y nuestra Ley General de Sanidad de hace veinticinco años ya declaraba la libertad de elección por lo menos en los centros de primaria, de médico de primaria.

Esto no se hizo, hay muchas cosas de esta ley de hace veinticinco años que no se han desarrollado y no se han cumplido y se quedaron en meras manifestaciones de intención, pero nosotros planteamos de nuevo esa libertad de elección.

Cuando hay libertad de elección entonces sí que tenemos competitividad entre centros pero en un entorno de autogestión y además con ese concepto de planificación, que no tengo tiempo de exponerles pero que ustedes pueden consultar en nuestra web accediendo al documento del Modelo de Futuro de Gestión de la Salud.

Para que funcione este modelo de planificación y competitividad, ¿qué es necesario? Es necesario en primer lugar que a nivel del Gobierno Central, del Gobierno de la Nación se establezcan los criterios que garanticen la transparencia en las actividades, los recursos y los resultados en salud de cada Centro público o privado, porque la libertad de elección tiene que ser una libertad de elección informada, porque sino no sé cómo voy a elegir, elijo el que esté más cerca, o el boca a boca, pero no el mejor. Yo creo que tiene que haber una información sobre resultados en salud en cada una de las patologías para que uno cuando elija a un médico en cualquiera de las áreas pueda elegir con información.

Las Entidades Gestoras Sanitarias deben ejercitar plenamente la autogestión y, por tanto, las herramientas de gestión deben estar a disposición de los diferentes hospitales, sean estos de propiedad pública o privada. Que tengan herramientas de gestión modernas, que tengan su personalidad jurídica, que tengan sus balances, sus cuentas de resultados, sus capacidades de amortización, de financiación, etcétera.

Como tiene cualquier empresa para poder funcionar de manera óptima, porque al fin y al cabo una empresa privada tiene que tener calidad porque sino no se le irán los clientes, se le irán los pacientes y no será sostenible y una pública tiene que dar calidad, pero tiene que ser sostenible porque sino es sostenible tendrá que cerrar.

Este es el planteamiento. Hay otro planteamiento también dentro del área de gestión clínica que es desarrollar esa gestión clínica con la participación del profesional sanitario haciendo un estatuto para todos los profesionales sanitarios, independientemente de si trabajan en un centro público o privado; y esa gestión clínica orientada, gestionada mediante la implantación de protocolos de procesos interdisciplinares, porque atendemos siempre pluripatologías, protocolos como, por ejemplo, los que se han elaborado para atención de ictus o del síndrome coronario agudo, que han tenido resultados espectaculares, donde se trabaje sobre la evidencia científica, con una especial atención al proceso de atención a crónicos y enfermedades neurodegenerativas, y donde el médico de cabecera sea sobre el que pivote la gestión de salud de los ciudadanos de la población que tenga asignada.

Estas son unas leves trazas del modelo que estamos propugnando, es un modelo en el que gran parte de los que propone, por ejemplo, ahora se ha anunciado que se va a implantar en Andalucía. Andalucía es una comunidad autónoma que tiene su gobierno, tiene su parlamento y que tiene una población de más de ocho millones de habitantes y una estructura, una dimensión geográfica similar a la que tiene Portugal.

Y prácticamente diría que un 80-85% de lo que ahí se está proponiendo está en relación con el modelo que nosotros estamos propugnando como *think tank* independiente y apartidista en España.

Y nada más. Espero que esto les sirva de reflexión, y les sea útil. Mis mejores deseos para el próximo Congreso del SNS portugués y mis mejores deseos para el Gobierno de Portugal y todo su equipo sanitario, que tenga éxito en todo lo que está haciendo, que es un proceso difícil.

Muchas gracias.