

Vida&artes LOS DEBATES DE LA CAMPAÑA. 5. La sanidad

La salud es barata, pero ¿la podemos pagar?

El sistema sanitario público español da buenos resultados a un coste menor que la media de la UE - La falta de financiación ha llevado a las Administraciones a acumular un déficit desmedido

EMILIO DE BENITO 04/11/2011

Bajo ningún concepto 70.000 millones de euros es poco dinero. Pero eso es lo que costó en 2009 el sistema sanitario público español, según el Ministerio de Sanidad. La cifra representa aproximadamente el 6,5% del PIB, cuando en 2004 era el 5,4%. Un aumento (el mayor de la OCDE si se mide en euros por habitante) que fue fácil de sostener en las vacas gordas, pero que ahora se pone en duda. Algunas comunidades, como Cataluña, han emprendido el camino contrario, recortando servicios. También Madrid prevé invertir menos en los centros públicos. A cambio, el país tiene unos índices sanitarios entre los mejores de la OCDE y de la UE: la segunda mayor esperanza de vida, una baja mortalidad infantil, una cobertura prácticamente universal. Y es a su vez el mayor empleador de España (ocupa a más de 600.000 profesionales sanitarios). Pero si el sistema funciona tan bien, ¿por qué está siempre en cuestión?

Ramón Gálvez, último director gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) con el PSOE, lo tiene claro: se trata de la mayor partida de los presupuestos autonómicos (el 35% de lo que gastan las comunidades). Por eso, en plena crisis, es donde los consejeros de Hacienda quieren meter la tijera.

Aunque esta explicación puede pecar de excesivamente fría. Así lo opina la ministra de Sanidad, Leire Pajín. La dirigente afirma que hay quien "aprovecha la crisis" para "proponer el desmantelamiento del Estado del bienestar". Para la ministra, este ataque no es de recibo. "El sistema no es derrochador. Otra cosa es que pueda y deba mejorar su eficiencia", dice. "Ofrece una cobertura similar a la del resto de la UE, pero a un gasto menor", dice. Pajín establece el coste por persona en 1.500 euros al año, frente a los 2.100 de Francia y los 2.500 de Reino Unido. Por eso, "el problema no es de coste, es de ingresos".

De hecho, todos los gestores -y en esto coincide la secretaria de Políticas Sociales del PP, Ana Pastor- indican que el problema no es tanto el gasto, sino de que se infrapresupuesta el sistema. Es decir, desde 2003, año en que se completó la transferencia de las competencias a las comunidades autónomas (un largo proceso que empezó en 1981 con el traspaso a Cataluña), las consejerías han presupuestado siempre por debajo de lo que luego han gastado (entre 2.000 o 3.000 millones menos al año, según si preguntamos a José Martínez Olmos, quien ha sido secretario general de Sanidad en todos los Gobiernos de Zapatero, o a Mario Mingo, portavoz de Sanidad del PP en el Congreso). Era una medida fácil de vender: la sanidad, la joya de la corona, nunca se iba a dejar desatendida. Así que si se producía un agujero se podría acudir a fuentes extraordinarias de financiación -papá Estado- para que solucionara la situación. Quienes así pensaban conectaban bien con la opinión de los ciudadanos. Una encuesta encargada por el Consejo General de Colegios de Enfermería recoge que un 79,4% de la población estaría de acuerdo con que "el Estado asuma sin restricciones todos los incrementos de gasto, aunque suponga más endeudamiento". Esta confianza en el Estado central se ve también en otra de las respuestas: el 70% aprobaría que las competencias se recentralizaran.

Además, el sistema de financiación autonómico que estableció el último Gobierno del PP debería asegurar que se ofreciera al menos la misma atención que venía prestando el Insalud, que gestionaba el servicio sanitario para las 11 comunidades, Ceuta y Melilla, que no tenían las competencias. Pero en seguida se vio que no era así. Martínez Olmos señala que aquel modelo fue superado de inmediato, porque, entre otras cosas, fijaba la aportación a las comunidades con datos de 1999, aunque las transferencias se completaron tres años después.

Ya en 2004, la primera Conferencia de Presidentes arrancó del Gobierno central la promesa de incrementar la financiación: en total, 9.800 millones de euros extra hasta 2009, a los que habría que sumar otros 5.000 millones que Pajín calcula que las comunidades han ahorrado gracias a políticas como las rebajas de los precios de los medicamentos (tres por decreto solo en la época del PSOE, más las debidas a los precios de referencia que estableció el PP) o los recortes en los salarios del personal.

Pese a estas medidas, el déficit actual del sistema -una cifra difícil de calcular- está entre los 15.000 y 20.000 millones de euros, según calcula el Foro de la Profesión Médica. Este descuadre está siendo soportado por los proveedores. Por ejemplo, los laboratorios (casi 3.000 millones, según Farmaindustria) o los proveedores de tecnologías sanitarias (4.500 millones según la patronal Fenin). A estos tradicionales acreedores -las comunidades siempre han tenido deuda con ellos, aunque esta haya aumentado un 270% desde 2007 en el caso de Fenin, por ejemplo- se han unido ahora las farmacias.

Todavía el importe que se les adeuda es pequeño, si se compara con los otros grandes proveedores (unos 400 millones, de acuerdo con los cálculos a finales de septiembre de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles, Fefe, que estima que a finales de año serán 1.200 millones y afectará a prácticamente todas las comunidades). Pero han sido la voz de alarma porque se trata de un sector que normalmente no sufría los impagos, es el estamento sanitario más cercano a la población (hay más de 21.000 repartidas por toda España, y cada día atienden a unos dos millones de personas, según Martínez Olmos) y las oficinas de farmacia son pequeñas empresas familiares, que tienen mucho más difícil renegociar la deuda.

La solución a medio plazo no parece fácil. El debate, además, tiene la desventaja de que parte de premisas que no están claras. La consejera andaluza de Salud, María Jesús Montero, menciona los "mitos" del sistema. Entre ellos está el que afirma que el sector privado es más eficiente en la gestión. Ella lo niega, y pone el ejemplo de Holanda. Este país dedicaba en 2006 el 9,8% de su PIB a la atención sanitaria (España dedica algo menos, si se suma al 6,5% del sector público otro 3% del privado). Ese año, el Gobierno holandés reformó por completo el método, y estableció la obligatoriedad de aseguramiento sanitario [privado] para toda la población. El resultado es que actualmente dedica el 12% del PIB, el segundo país de la OCDE tras EE UU (el 17,4%, mayoritariamente privado).

Ese rechazo del PSOE a abrir el sistema a la atención privada no está reñida con la convivencia, de hecho, con los convenios y consorcios (en Andalucía, por ejemplo, con los hermanos de san Juan de Dios, admite Montero). Otras comunidades, como Cataluña también tienen una amplia red concertada, como recuerda Pastor. Y la Comunidad Valenciana y Madrid -ambas gobernadas por el PP- han ido más allá, al subarrendar prácticamente la atención hospitalaria e incluso la de primaria con empresas privadas.

Eso no es nuevo. El sistema incluye, desde su origen, la participación de aseguradoras como parte del sistema. Ya en la Ley General de Sanidad de 1986 se estableció que los funcionarios pueden elegir entre el sistema nacional de salud y Muface, cuya atención la ofrecen compañías aseguradoras (y cuya validez se ve refrendada porque más del 90% de los funcionarios lo eligen año tras año).

Lo que parece que está claro -al menos para quienes se han manifestado- es que hay que aportar más dinero, pero con condiciones. Es el famoso concepto de financiación finalista que defiende el PSOE. Lo han hecho Pajín, y también el candidato, Alfredo Pérez Rubalcaba. También el Foro de la Profesión Médica (que agrupa a colegios, sindicatos y sociedades científicas) lo ha establecido en un manifiesto que ha redactado ante los recortes. "No puede ser que el Gobierno dé dinero, por ejemplo para hacer un registro de profesionales sanitarios, y las comunidades lo gasten en lo que no sabemos qué", afirma el presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín.

Martínez Olmos aporta los siguientes datos: 187 millones solo en 2010 a la Comunidad Valenciana, 122 a Galicia, 217 a Madrid y 49 a La Rioja (como se ve, todas gobernadas por el PP) entregados por el ministerio que no acabaron en los presupuestos sanitarios. Por eso la idea de los socialistas es que los ingresos extra que se consigan mediante los ahorros en medicamentos, los impuestos especiales (tabaco y alcohol) u otras medidas (informatización de historias clínicas y reducción de consultas en primaria por la implantación de la receta electrónica) deban dedicarse, al menos en parte -Pajín habla de 3.000 millones- a ir reduciendo la deuda.

Pero esta financiación finalista no puede ser impuesta por el Gobierno central. El modelo de transferencias establece que las comunidades reciben una cantidad de los impuestos que recauda el Estado central en función de su población y otros parámetros (envejecimiento, insularidad, dispersión de la población), pero luego pueden hacer con ello lo que quieran. Quizá como la base de este modelo la estableció el PP, el partido no haya apoyado que se cambie. De hecho, dentro de la línea de propuestas de bajo perfil que parece haber impuesto en su equipo Mariano Rajoy, Pastor no mencionó este aspecto. Tanto ella como Mario Mingo insisten en que el aumento de ingresos para el sistema de salud llegará con la mejoría de la economía general que se va a producir si el PP llega al poder.

Los dos partidos mayoritarios descartan el copago, aunque los ciudadanos encuestados por los colegios de

enfermería lo aceptarían si fuera "en función de la renta". El presidente de los médicos es tajante en su inutilidad: "Si se observa el gasto sanitario, todos los países de la OCDE que lo tienen dedican más parte del PIB a sanidad que España".

Pero no todo es dinero. La crisis ha puesto de manifiesto algunos de los desajustes del sistema. Por ejemplo, el papel de las comunidades. Frente a algunos líderes regionales que han amenazado con devolver las competencias al Gobierno central, otros (PSOE, médicos) optan por otro tipo de reformas. Por ejemplo, reforzar el sistema autonómico dando un papel "ejecutivo" al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este organismo es el encargado de coordinar las actuaciones sanitarias entre el ministerio y las consejerías. Pero su papel, definido en la Ley de Cohesión y Calidad que probó el PP en 2003 con apoyo del PSOE, es solo consultivo. El cambio sería pues de calado, y avanzaría hacia una dirección colegiada del sistema.

Las propuestas pueden ir más allá. Hay quien incluso plantea elaborar una nueva ley de sanidad. La actual, de 1986, fue un hito, y ha sido asumida por todos los partidos. Además, cuenta con un importante peso simbólico: su mentor fue el exministro del PSOE Ernest Lluch, asesinado por ETA. Pese a ello, Javier Rey, responsable del área de Sanidad de al **Fundación Alternativas** pide una ley nueva. Para Rey, la de 1986 "es un mito que impide que las cosas cambien de verdad". "Es demasiado abierta, y eso permite situaciones como el modelo actual de Madrid, altamente lesivo". Rey cree que si no se acometen estas reformas a fondo, se corre el peligro de que el sistema "se rompa". Pero no confía demasiado en que le vayan a hacer caso. Mientras tanto, le parece más probable que se sigan tomando soluciones "a corto plazo". Hasta la próxima crisis.

25 años de leyes sanitarias

El sistema nacional de salud es el resultado de un devenir que se inició en el franquismo con la Seguridad Social -y, antes, en las mutuas obreras-, que vinculaba la atención sanitaria al trabajo y las cotizaciones. Pero su aspecto actual se debe a las siguientes normas.

- **Ley General de Sanidad (1986)**. También conocida como *ley Lluch*, por el exministro socialista asesinado por ETA que fue quien la impulsó. Pone las bases del sistema actual. Desvincula el derecho a recibir atención de las cotizaciones (la dependencia que había de la Seguridad Social), y establece que la protección debe ser universal a cargo de los impuestos pagados por los ciudadanos.
- **Ley de Cohesión y Calidad (2003)**. Se promulgó siendo ministra Ana Pastor (PP), y es el intento de actualizar la Ley General de Sanidad motivado por las transferencias. Establece que las comunidades deben ser oídas en las decisiones a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pero este organismo no es ejecutivo.
- **Ley de Salud Pública (2011)**. Pone el énfasis en la prevención. Además, liquida algunos flecos de la ley de 1986, como asegurar que todos los españoles tengan acceso a la sanidad pública aunque no hayan cotizado.