

DISCURSO DE TOMA DE POSESIÓN

como Académica Correspondiente

EXCMA. SRA. D^a. BELÉN FERNÁNDEZ-DELGADO Y CERDÁ

Murcia, 19 de abril de 2012

*A mis padres que me dieron la vida
y me transmitieron la FÉ.*

El cambio es ley de vida. Cualquiera que sólo mire
al pasado o al presente, se perderá el futuro.

John Fitzgerald Kennedy

Las masas humanas más peligrosas son aquellas
en cuyas venas ha sido inyectado el veneno
del miedo.... del miedo al cambio.

Octavio Paz

ÍNDICE

Discurso de recepción y agradecimientos

Introducción y antecedentes

Sostenibilidad del Sistema Sanitario: el modelo español

Necesidad de una revisión del modelo actual

Conclusiones

Bibliografía

**Sostenibilidad del Sistema Sanitario:
hacia un cambio de modelo cultural**

Agradecimientos

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia.

Excmos. Sres. Académicos

Queridos maestros y amigos

Sras. y Sres.

En primer lugar, quiero agradecer la distinción con la que se me honra nombrándome Académica Correspondiente de esta Real Academia.

Quiero manifestar mi profunda gratitud a quienes hoy me acompañan sobre todo a mi familia, a mi madre, que desde siempre ha respetado como siempre he orientado mi vida a pesar de que ocasiones le hubiera gustado que estuviera más cerca, físicamente, de ella, aunque en nuestros corazones hemos seguido juntas, de manera inquebrantable, sin importar la distancia. Gracias madrecita por quererme como soy. A mis hermanos y hermanas y a todos mis sobrinos. Ellos son los que me soportan y sostienen en el día a día, desde que nací hasta ahora, haciéndome poner los pies en la tierra y devolviéndome a la realidad cuando me equivoco de camino. Especialmente quiero agradecer a mi hermano Rafa, Pediatra onco-hematólogo en el Hospital Clínico de Valencia por enseñarme desde el primer día hasta ahora como amar la medicina y como amar a los enfermos, aunque muchas noches sepas que quizá al día siguiente ya no estarán allí, y eso te cause un dolor inconfesable y una vigilia permanente. Y a Pilar, su mujer, médico de indigentes, excluidos y abandonados, a los que no sólo cura, sino que coherentemente con sus principios, consuela, da abrigo, comida y calor al que lo necesita.

También a mis hermanos Begoña y Antonio Alarcón, médicos los dos, que me enseñan cotidianamente cómo se puede mejorar la salud solamente con la escucha y el confort espiritual que proporcionan a sus enfermos.

A mi primo, Antonio Albarracín Marín-Blázquez, y a Rosa por haber compartido conmigo muchos momentos importantes.

A sus hermanos Juanjo y Piedaita y a Javier por ser mis amigos.

Al resto de profesionales sanitarios que hay en mi familia y a quien sin duda comenzó la estela de esta vocación, el hermano de mi abuelo, mi tío Amalio Fernández-Delgado de la Peña, médico de muchísimos murcianos, quien nos demostró que la paciencia infinita es una de las principales virtudes que adornan esta profesión. A su hija, mi tía Marité, generosa y comprensiva, que siempre está cuando la necesito.

Cuando el Presidente de esta Academia, el Dr. Emilio Robles me comunicó la propuesta de la Dra. Trinidad Herrero para este nombramiento acudieron a mi cabeza innumerables recuerdos de mi vida y mi trayectoria laboral. Sobre todo, los realizados junto a la Dra. Herrero, que fueron múltiples y de intensa dedicación, en los que ya se adivinaba la sabiduría y generosidad de una de las mejores especialistas en neurociencia clínica y experimental que existen hoy en día a nivel nacional e internacional. Gracias Trini por ayudarme a conocer lugares recónditos de mi cerebro y ponerlos en funcionamiento.

La decisión de ser enfermera estuvo marcada indefectiblemente por mi tío el Dr. Antonio Albarracín Flores, al que todos recordaran, quien a la muerte de mi padre se convirtió en tutor y referente en la vida de mi familia.

Estoy segura que hoy, junto a mi padre en el Cielo, sonreirán orgullosos de verme en esta honrosa pero difícil tesitura.

No crean que para mi resulta fácil, a pesar de mi experiencia parlamentaria, dirigirme a este foro, porque a la calidad científica y profesional de sus componentes se une el hecho de que muchos de ustedes han sido mis maestros y compañeros más admirados, lo que hace que lejos de ser una más de las intervenciones públicas en las que he participado, el componente emocional o afectivo se mezcle y se convierta en la parte fundamental de este día.

Mi decisión de dedicarme a la política vino marcada por la vocación de servicio que sin lugar a dudas conlleva la profesión de enfermera. Y es que como recuerda Doris Grinspun, enfermera canadiense que ha hecho de la enfermería en su país el eje del sistema sanitario, “un país con buenas enfermeras será más feliz”.

Desde el comienzo de mi actividad pública, primero como Directora General de Política Social y Familia, Secretaria General de Mujer y Juventud, Senadora del Reino de España por Murcia y Diputada Regional, mi interés y dedicación han estado siempre relacionados con el servicio a los colectivos más desfavorecidos, a las mujeres, a las personas con discapacidad, a la inmigración y, en general, a las personas en riesgo de exclusión.

Todo ello ha sido posible por la oportunidad que me brindó el Presidente de nuestra Comunidad Autónoma, Ramón Luis Valcárcel, cuya apuesta personal por mí, me ha permitido trabajar por España y lo que más amo, Murcia y los murcianos. Gracias Charo por estar siempre ahí.

También quiero agradecer la amistad y el cariño de Francisco Celdrán, que hoy me acompaña, Juan Carlos Ruiz, y de todos mis compañeros y compañeras, Diputados y Diputadas Regionales. Les agradezco su acogida y el trabajo que realizan en beneficio de nuestra Región, aunque muchas veces no se perciba y no se valore en su justa medida.

Me hubiera resultado menos difícil traer ante ustedes hoy, cualquiera de mis trabajos realizados en el área de la salud en beneficio de las mujeres, por ejemplo, sin ir más lejos, la Región de Murcia fue pionera a la hora de poner en marcha un Protocolo Sanitario de detección de los malos tratos hacia las mujeres, hacia los niños y hacia los ancianos en el seno de la familia, sin embargo las reflexiones que hoy quiero hacer ante este foro sobre la necesidad de un cambio de modelo y la sostenibilidad del sistema sanitario, son sin duda muy oportunas, que no oportunistas, pues se han convertido en tema de permanente actualidad en todos los foros de opinión.

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras permanecen en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar en donde estén, o si alguna vez llegan a leer estas palabras, quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han enseñado y por todas sus bendiciones.

No puedo dejar de citar a mejores amigas, Mary Orenes, Feli López, Leonor Coy y Fuensanta Martínez. Todas me han acompañado y animado durante este tiempo, especialmente Leonor y Fuensanta, que con sus conocimientos y sugerencias, debido a su cualificación profesional, me han ayudado en la realización de este discurso.

A mis maestras, siempre presentes, María Dolores Flores Bienert, Directora del Departamento de Enfermería y figura clave de la integración de los Estudios Universitarios de la carrera de Enfermería en la Región de Murcia y a Teresa Piulachs, por haber conseguido, ya en el año 92, que la Generalitat reconociera el Título de la Universidad Europea y DOMO como Licenciatura en Ciencias de Enfermería y sobre todo, por hacerme comprender que siendo una buena enfermera se puede establecer una relación de ayuda con el enfermo en la que el amor y la misericordia no están reñidos con la teoría empírica ni la teoría científica.

Tengo que citar aquí a personas que me han ayudado en la redacción de este discurso y en acontecimientos significativos a lo largo de mi vida: a Andrés Pacheco Guevara, que con su buen humor y sabiduría ha hecho más llevadero difíciles momentos que me han tocado vivir y en los que él y Feli me han dado su cobijo y ternura.

A Armando de Lucas, por sus indicaciones, sus reflexiones y sus conocimientos sobre teoría económica y teoría política.

Al Dr. Rafael Pacheco, experto en SOStenibilidad y en la utilización del término, el cual he tomado prestado para el título de este discurso, por su utilización del mismo en una llamada urgente de atención sobre el declive del sistema. Gracias Rada por todo lo que me has enseñado.

A Dr. Francisco Zaragosí, que con su particular visión del sistema sanitario y de la vida me ha hecho reflexionar sobre el tema que voy a tratar.

A Mister William Busmart que con sus whatsapps ha hecho más ameno el tiempo que he dedicado a este trabajo.

A Juan y Yuyu, a José Luis y a Carmen, por haber llegado a mi vida tarde pero espero que de manera definitiva.

A Jomi y a Mer por estar ahí.

A Mercuri y a Cuqui porque me acompañan desde los años que trabajaba en Los Arcos.

A mis Senadoras de la VII Legislatura por haberme hecho vivir cuatro de los mejores años de mi vida.

A Oscar Fontana por su apoyo y cariño, y por alentarme a que ampliara mis estudios y conocimientos facilitándome el camino para afrontar la incomodidad y el desaburguesamiento de irme a Barcelona.

A mis amigos Griselda Frápolli y José Antonio Alarcón, porque desde los tiempos en los que estudiábamos la carrera hasta el día de hoy han estado y seguirán estando a mi lado.

Como decía Noel Clarasó: “Basta un poco de espíritu aventurero para estar siempre satisfechos, pues en esta vida, gracias a Dios, nada sucede como deseábamos, como suponíamos, ni como teníamos previsto”.

Por último y de manera muy especial, quiero darle las gracias al Dr. Pascual Parrilla Paricio, no sólo por hacer un hueco en su apretada agenda para presentarme hoy aquí ante todos ustedes, sino también por las palabras, sin duda inmerecidas, que ha pronunciado sobre mí. No me queda más remedio que, una vez más, remontarme al pasado y recordar cuando con 16 años

-soy de Diciembre- recién empezada mi carrera de enfermera, mi tío Antonio Albarracín me invitó a comer en su casa para conocer al Catedrático de cirugía más joven de España recién llegado de Valencia. Desde entonces hasta hoy mi admiración y cariño se han visto agrandados de manera inconmensurable. En aquellos años, Pascual Parrilla pasó a formar parte, como un miembro muy querido, de la familia Albarracín Marín-Blázquez y por extensión, también de la mía. He tenido la oportunidad de trabajar al lado de Pascual, tanto en el quirófano como en las plantas de cirugía de aquel magnífico Hospital Provincial dedicado prácticamente a la antigua Beneficencia, y he comprobado, muy de cerca, cómo a su sabiduría y a la inmensidad de su cualificación profesional le acompañaban siempre la profunda dimensión humana que solo acompañan a los sabios de verdad. La calidez y energía positiva que transmitía Pascual al entrar en la sala a visitar a los enfermos, transcendía de aquellos y llegaba a los profesionales sanitarios que en ese momento nos pudiéramos encontrar allí. Por todo eso, y por mucho más, es por lo que tu nombre forma parte de la historia de nuestra Región con letras de oro, aunque no es óbice para que yo, aquí públicamente, te de las gracias por aquellos años vividos, por tu cercanía y por tu amistad y para que te diga públicamente que te quiero y que mi admiración por ti permanecerá en mi corazón durante el resto de mi vida.

Introducción y antecedentes

Resulta un honor para mí, aunque pido disculpas de antemano, hablar ante todos Vds., los mayores expertos en sanidad de nuestra Región, del sistema sanitario y reflexionar sobre su sostenibilidad. Y eso es lo que pretendo meramente, reflexionar en voz alta en un momento marcado por una evidente crisis económica de carácter internacional y un déficit público superlativo, que nos está conduciendo a permanentes cuestionamientos. Y en nuestro País, que está especialmente afectado por dicha crisis, se unen dichos cuestionamientos a voces demagógicas que nos confunden y no realizan planteamientos realistas.

No pretendo aportar soluciones, que más quisiera yo que tenerlas en mis manos y compartirlas con todos Vds., nada más lejos de mi intención, sólo pretendo mostrar caminos que, necesariamente, hay que recorrer y presentar mi teoría de que, pese a la evidente crisis económica, el actual sistema sanitario es insostenible desde hace tiempo, al margen de otras consideraciones. Está claro que todos tenemos en mente la necesidad de modificar, cambiar el modelo, hasta donde podamos. Sostenibilidad y salud deben estar en el mismo universo, es obligación de todos.

El concepto de sostenibilidad, tan extendido hoy en día y en sus orígenes de uso asociado a la ecología, es sin embargo un concepto muy reciente. Un concepto, tan manido últimamente, sin el que no es posible contemplar futuro alguno, y más aún si hablamos de sanidad. No solo en cuanto al sistema o modelo, sino también, como refiere el Dr. Enric Aulí, en materia de infraestructuras, arquitecturas y estructura de los centros sanitarios. En la Región de Murcia tenemos dos hospitales, el Hospital del Mar Menor y el Hospital de Santa Lucía en Cartagena que han sido construidos teniendo en cuenta ya este planteamiento de hospital sostenible y saludable. Y un tercero, el Hospital del Noroeste, en el que el 50% del consumo energético procede de placas solares y de una central de biomasa.

La soberbia humana siempre fue acompañada de la insólita confianza en que los recursos son ilimitados. Desde hace unas pocas décadas, muy lentamente y no sin resistencias, nos hemos dado cuenta de que el futuro nos demanda muchas responsabilidades en el presente. Esas decisiones no afectan sólo al plano biológico, sino que en ciencias sociales el concepto *sostenibilidad* o la mentalidad de que nuestras actuaciones hoy tendrán consecuencias mañana, también ha calado por necesaria.

Tenemos que satisfacer las propias necesidades sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas. Eso es *desarrollo sostenible*. Por tanto, estamos

hablando de solidaridad y de compromiso intergeneracional en cualquier aspecto de nuestra vida.

Seamos partidarios del Estado del Bienestar, liberales a ultranza o meros defensores del sentido común, la salud ocupa, como es lógico dada su condición de bien supremo, un elemento de reivindicación del derecho ciudadano y parte de un sistema que nos dice: si hay algo que garantizar y hacer sostenible, evidentemente es esto.

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO: el modelo español

El Sistema Nacional de Salud (SNS), por definición, es la denominación dada a la articulación de las prestaciones sanitarias públicas de España desde 1986, en que fue creado mediante la ley General de Sanidad. Las mismas se encuentran gestionadas por las distintas comunidades autónomas tras su progresiva transferencia o por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, dependiente del Ministerio de Sanidad. La actividad de todas ellas se armoniza mediante el Consejo Interterritorial del SNS de España para dar cohesión al sistema y garantizar los derechos ciudadanos en todo el territorio.

El artículo 44 de la Ley General de Sanidad establece que el SNS lo forman todas las estructuras y servicios públicos puestos al servicio de la salud de los ciudadanos.

El artículo 45 establece que el SNS, integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

El artículo 46 determina las características fundamentales del SNS:

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d) La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Pues bien, este Sistema, desde todo punto de vista, exige una autorreflexión inminente, incluso en su definición, aquí expuesta literalmente. Y decimos autorreflexión porque, indiscutiblemente, somos los profesionales sanitarios lo que conocemos el modelo, sus pormenores, sus entresijos y especialmente conocemos nuestra infinita capacidad para realizar una disección y con nuestras aportaciones, con todas, garantizar el futuro de un modelo “envidiado” en el mundo entero pero necesitado de un profundo y pormenorizado cambio. E insisto en “autorreflexión”, en mi caso, porque los que tenemos responsabilidades políticas

hemos de abrir ese escenario, liderarlo, coordinarlo, pero sin imponer conclusiones, aunque si garantizando el futuro del sistema y siendo sinceros con toda la sociedad. Como profesional sanitaria, como política y como ciudadana, debo exponer necesidades y realidades, sin demagogia y sabiendo que todos somos conscientes de que mantener la calidad y la universalidad que actualmente tenemos va a resultar tarea ardua y comprometida.

Nuestra labor e incluso, seamos valientes, nuestro deber, de todos, es tratar de optimizar los recursos disponibles, gestionándolos con la máxima eficacia, priorizando las necesidades y practicando una política eficaz y eficiente. Pero sobre todo, un cambio de mentalidad, un cambio sociocultural, que nos lleve a las modificaciones necesarias en el sistema que permitan lograrlo.

Nuestro Sistema Nacional de Salud ha conseguido un avance significativo en los últimos 30 años. Partimos de uno de los mejores modelos del mundo, anteriormente definido. Sin embargo, hace ya algunas décadas que hay acuerdo respecto a la importancia que la mayor eficiencia en la utilización de los recursos debería tener en este ámbito. No sólo queremos estar sanos, obtener gratuitamente los servicios, que éstos estén universalizados (lleguen a todos) sino que además nos lo podamos permitir económicamente como nación. La actual crisis y el elevado déficit público nos están mostrando otro escenario. En realidad nos están diciendo que el modelo es insostenible económicamente.

La sostenibilidad de un sistema sanitario es un problema financiero, pero no solo financiero. Como cualquier institución, el sistema sanitario debe ajustar sus gastos a sus ingresos en sus presupuestos anuales. Cuando se genera deuda, esta suele pasar al siguiente ejercicio en forma de deuda a proveedores y retrasos en el pago. Esto ha sido así hasta que el obligatorio control del déficit estatal y autonómico, hizo que el método dejase de funcionar. Lo coyuntural agudiza el problema estructural. Podemos utilizar un símil cinematográfico para ilustrar que en este caso lo estructural sería el anuncio de la película y lo coyuntural serían los *trailers o sketches*.

Pero como les decía, la sostenibilidad de un sistema no solo es un problema financiero. Dicho con otras palabras, si una empresa no funciona bien, no basta con inyectar más y más recursos. Algún día llegará la quiebra.

Como ustedes son conocedores del sistema francés y el sistema anglosajón, tan dispares y al mismo tiempo está comprobado que ambos improductivos y que han terminado padeciendo el mismo problema que tiene el sistema español, he llegado al convencimiento de que ni el copago, del cual ya les anuncio no voy a hablar en este discurso, ni la autogestión son la

panacea que el Estado podría vertebrar para solucionar el problema de financiación. Como ustedes saben, la economía no es una ciencia de números, eso son las matemáticas, el modelo económico al que nos veremos abocados no es porque si, tiene que nacer de un cambio de modelo cultural en la sociedad. Si hasta ahora se ha hablado de economía del bienestar o estado del bienestar, a partir de ahora habría que empezar a difundir la importancia del *estar bien*, porque en la última década los españoles hemos pasado de la sociedad del bienestar a la sociedad de la preocupación.

Pese a todo lo que añadiré a continuación, no olvidemos que en el ámbito de la salud, los beneficios no pueden medirse en términos económicos, sino que sólo pueden interpretarse como “resultados en salud”. No malgastar es una obligación pero tenemos que aprender a conjugar profesionalidad, justicia y eficiencia.

Cuestión bien distinta es el hecho de que, pese a que el gasto per cápita español en salud pueda ser razonable o incluso moderado, exista una situación de insuficiencia financiera continuada debida a un progresivo endeudamiento de las administraciones sanitarias y del sector público en general. En este sentido y dado el intenso debate suscitado en España en relación al incremento reciente del gasto sanitario, es preciso diferenciar el incremento real del gasto sanitario de los problemas de financiación del mismo y también del aumento relativo del gasto público sanitario asociado con la caída del PIB. Existen problemas de financiación y eficiencia, previos y ajenos, como ya dije anteriormente, a la crisis económica actual, que vienen en gran parte derivados de desajustes entre los gastos reales y la financiación disponible para financiar el servicio público sanitario, si bien se encuentran ciertamente agravados por la recesión.

En España, el sector sanitario es uno de los principales sectores productivos. Representa un 9.5% del PIB con más de 1 millón de personas empleadas. Por dar un dato bastante gráfico, las CC.AA. destinan cuatro veces más presupuesto a sanidad que a infraestructuras.

Además, nuestro Sistema, es, en teoría, uno de los mejores Sistemas sanitarios del Mundo: la esperanza de vida de los españoles es la más alta de Europa (1.3 años superior al promedio), los resultados clínicos están al nivel de los países más avanzados, y su coste es uno de los más bajos de Europa. Es claramente referente internacional por su universalidad y el nivel de acceso. Y lo más importante, si calidad de servicio es igual a satisfacción del usuario, los españoles están de acuerdo con su sanidad y perciben esta realidad como enormemente satisfactoria. De hecho, en 2010, la sanidad española, según un estudio del CIS, aprobó con Notable alto y menos del 5% de los ciudadanos consideraron que requería cambios estructurales, frente a un 10% que pensaba de este modo diez años antes. Otro problema a añadir: cómo cambiar y en qué aquello que los ciudadanos consideran que funciona

notablemente?. En ningún otro ámbito de la sociedad y de la gestión pública como la Sanidad, es más reclamada la igualdad y la universalización de los servicios a la colectividad. En ningún otro ámbito resultan tan irrenunciable los logros adquiridos por las sociedades más avanzadas como en el ámbito sanitario.

Ahora bien, el hecho de la satisfacción no implica que los ciudadanos sean conscientes, realmente, del coste de los servicios y que su exigencia, ya mencionada y siempre en aumento, es claramente justa pero en ocasiones ilógica, puesto que la mayoría desconoce, precisamente porque no hemos sabido explicarlo, que un mal uso del sistema está acabando con él. Los propios gestores debemos ser autocríticos y contemplar nuestro error porque cuando hemos detectado tensiones corporativas o institucionales, ya sean de carácter económico, laboral o incluso político, la solución que hemos elegido ha sido el incremento del gasto. A ver quien se atrevía a que le acusaran de causar una minoración en la salud de los ciudadanos.

Tanto si consideramos la salud como un bien natural, como si la entendemos como un bien público esencial, los procesos políticos de toma de decisiones tienen una salida habitual en el incremento del gasto. Concluyendo: todos nos hemos acostumbrado a “pagar” más que a “pensar” y las circunstancias nos han devuelto nuestra imagen deteriorada por el espejo de la crisis y de la realidad.

Pero, además, el paso del tiempo es inexorable e inevitable. Un estudio de la Cátedra McKinsey and Cia y FEDEA, “Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario” pone en cifras una sospecha que, a estas alturas, ya compartirán Vds. conmigo: nuestro principal problema no es qué ha ocurrido ya, cuál ha sido la evolución del sistema, eso es historia y está en libros y hemerotecas, sino qué va a ocurrir inevitablemente y qué hacer para garantizar los logros, pese a los cambios, ajenos a nosotros, que se van a producir. A medio plazo, más allá de los aspectos financieros, la calidad y la equidad del sistema también se resentirán si no se introducen cambios estructurales.

En 10 años, la demanda de servicios sanitarios habrá crecido de forma muy importante, los recursos dedicados no serán suficientes con los actuales niveles de productividad y el gasto sanitario podría llegar a duplicarse y superar una brecha de financiación de más de 50.000 millones de euros.

- 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años, lo que supone que más de 10 millones de personas tendrán un coste sanitario entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población.

- 6 de cada 10 españoles padecerán una enfermedad crónica, lo que incrementará de forma importante los recursos destinados a estos pacientes, que suman más de 70% del total del gasto sanitario en la actualidad.
- Además, los nuevos tratamientos y tecnologías (avances en genética molecular, cirugías menos invasivas, medicina personalizada, etc.) habrán fomentado una mayor demanda, al hacer posibles nuevas intervenciones y tratamientos.

En 10 años, los recursos sanitarios no serán suficientes si continuamos con el modelo de productividad actual:

- La saturación hoy es muy alta. En atención primaria, los pacientes son asignados con un promedio de aproximadamente 6,5 minutos al médico de familia, las tasas de ocupación en los hospitales públicos superan el 80% y las listas de espera siguen siendo el único suspenso que recibe la Sanidad (70% de la población la considera su principal causa de insatisfacción).
- Con los niveles de productividad actuales, en 10 años podrían faltar entre 15.000 y 20.000 médicos, especialmente en atención primaria y pediatría.
- Los costes de los tratamientos se dispararán en los próximos años alcanzando niveles muy superiores a los actuales. Por ejemplo, se estima que los costes por paciente y año de los tratamientos oncológicos pasarán de los actuales 20.000-50.000 a los 70.000 euros aproximadamente.

Todo esto dará lugar a un crecimiento acelerado del gasto sanitario, que en 10 años podría verse duplicado.

- Más del 50% del gasto público de las CCAA se destinará a la sanidad.
- Cada español deberá trabajar al menos 30 días al año para cubrir el coste del sistema sanitario público tal y como funciona hoy.
- Además, hay un dato escalofriante. En el 2050 se estima que el 60% de la población será mayor de 65 años, con enfermedad crónica o dependiente y el 40% restante será menor de 16 años y por tanto, y si se me permite la expresión, “improductivo”.

Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que hay elementos causantes, propulsores y dinamizadores del gasto sanitario enormemente numerosos e inevitables en muchos casos y que los agentes supuestamente encargados de la contención del mismo tienen enormes dificultades para realizar esta labor.

Según un estudio de Pfizer, desde hace décadas, la economía de la salud viene desarrollando propuestas y modelos que tratan de hacer compatibles las aspiraciones de equidad y los objetivos de mejora de la salud con los criterios de eficiencia y optimización derivados de la evaluación económica de las prestaciones sanitarias. Aunque añadiría yo que está claro que sin mucho éxito.

Es necesario asegurar una correcta utilización de los recursos por parte de todos los agentes. La oportunidad es considerable y es preciso aprovecharla desde este momento para hacer un replanteamiento conceptual y recordar que la gratuidad total y absoluta puede no resultar factible. Además, lo que no cuesta nada al recibirlo, no suele ser suficientemente valorado.

La solución no puede limitarse al ámbito económico, sino que se requiere la responsabilización de todos los agentes implicados (pacientes, profesionales y gestores) para revertir esta tendencia.

Siendo muy reduccionista, pero aceptando el reto de hablar hoy ante los mayores expertos en Sanidad de nuestra Región, hay determinados problemas o “nichos” de gasto a afrontar con inmediatez y una justa reivindicación de solución de los mismos. Si bien es cierto que no es la materia en la que me quiero extender, también lo es que no quiero obviarlos y que merece la pena puesto que, más pronto que tarde habremos de afrontarlos.

En primer lugar, el Turismo Sanitario que proveniente de países del entorno europeo, llega a España a “disfrutar” a coste cero de nuestros servicios sanitarios porque en sus países suponen un elevado coste. Ejemplos llamativos serían, las prótesis de cadera que se implantan a ciudadanos del Reino Unido o los abortos gratuitos que se practican a las ciudadanas rumanas y de otros países del Este, o el ejemplo de Ceuta, al que van a parir gratis las mujeres del norte de África pagando ingentes cantidades a las mafias que las llevan.

En segundo lugar, la Inmigración Irregular que procedente de países menos desarrollados que el nuestro, hemos estado asistiendo gratuitamente en la última década sin requisito alguno y que ha producido además lo que los expertos denominan el “efecto madre” que consiste que cada inmigrante trae consigo 4,5 personas más, lo que supone para las

políticas sociosanitarias de nuestro país un gravamen imposible de asumir, con la paradoja, en algunos casos de prevalecer su derecho a la asistencia sobre el de los ciudadanos españoles.

Otro aspecto que quiero comentar es la inexistencia o incumplimiento, en algunos casos, de protocolos diagnósticos o guías terapéuticas. En este sentido quiero aludir al uso o abuso de pruebas innecesarias como consecuencia de la exigencia de los usuarios que lleva a la práctica de una medicina defensiva que multiplica los gastos sin mejorar la calidad de la asistencia.

Por otro lado, el gasto en medicamentos per cápita en España es un 40% superior al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal. El 70% de las recetas se concentran en un 20% de la población que está exenta de pago (pensionistas). El mismo segmento de edad en sistemas donde se debe contribuir con un 30% del coste (por ejemplo, todos los funcionarios públicos en MUFACE), consumen un 40% menos.

Existen también importantes áreas de mejora mediante la implantación de modelos de servicios compartidos entre los distintos niveles asistenciales para la disminución de costes y el incremento de la eficiencia y la optimización de la calidad. Un ejemplo de ello lo constituyen los modelos de concesión público-privada para servicios no sanitarios que han dado hasta ahora buenos resultados. Pero más allá de esto, la entrada de este modelo en áreas de soporte a la asistencia clínica como los servicios de imagen o de análisis clínicos compartidos entre varios centros que se han puesto ya en marcha en diferentes áreas, han supuesto un ahorro significativo de los costes.

Otra solución puesta en marcha es la colaboración pública-privada en conciertos para la disminución de listas de espera quirúrgica.

En el estado actual de las cosas, sería deseable alcanzar un gran pacto de estado para conseguir que los recursos para salud y políticas sociales sean finalistas discriminadamente.

En este pacto, habría que replantear la cartera de servicios actualmente vigente de modo que esta fuera única para todo el Estado e incluyera únicamente las prestaciones, servicios y tecnologías que hayan demostrado suficientemente su eficiencia y rentabilidad en términos de salud.

Al igual que de una vez por todas hay que implementar un sistema Socio – Sanitario que resulte eficiente en la situación demográfica que estamos viviendo y en la que nos queda por vivir.

En cualquier caso, está claro que los pacientes deberán adquirir una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema y esta será la teoría que desarrollaré al final de mi intervención; los profesionales sanitarios, deben actuar como catalizadores del cambio y ayudar a logra un mayor equilibrio entre los objetivos de calidad y eficiencia del sistema y los gestores y administradores tienen que asegurar la utilización más eficiente y equitativa de los recursos públicos puestos a su disposición.

Como dice José Ignacio Wert, sociólogo y actual Ministro de Educación, “Remover las resistencias sociales a las reformas necesarias, pasa en primer lugar por tenerlas claras y consensuadas y hacerlas inteligibles y en segundo lugar, por dotarlas de mecanismos compensadores, por evitar que las mismas adolezcan de asimetría social o sean percibidas así”. Sin duda, esto es más fácil de decir que de hacer, puesto que lo más probable es que al emprender los cambios no se encuentre una disposición favorable en los agentes implicados, pero aun así el esfuerzo por lograr una base amplia de comprensión al menos y de complicidad idealmente, parece del todo indispensable.

Las líneas de actuación han sido descritas y pormenorizadas en innumerables ocasiones, pero la resistencia al cambio ha sido insalvable hasta la fecha. Hay grandes economistas de la salud, de todas las ideologías y planteamientos que serían capaces, sin duda alguna, de realizar un listado inteligente, acertado y exacto, de los cambios que requiere el sistema, pero aquí, inicialmente, necesitamos más pedagogos del sistema económico que economistas. Según el Dr. Rafael Pacheco, está claro que “...no es previsible una disminución en el nivel de exigencia, ni tampoco en el hábito consumista de la población. Si seguimos practicando mayoritariamente una utilización cómoda y poco sensata de la atención sanitaria, pretendiendo cada vez mayor seguridad y esperando del sistema sanitario logros que no están entre sus verdaderos objetivos, pronto se alcanzará un deterioro irreversible”.

Qué vamos a necesitar con certeza: un cambio de paradigma cultural, otra manera de comprender el sistema e incluso de aprehenderlo. Desconozco si alteraremos un tipo de financiación u otra, si las circunstancias nos conducirán a un modelo de asistencia hospitalaria o a un modelo de primaria o a otro, lo que si se percibe con claridad y algo ya hemos adelantado, es la necesidad de un nuevo rol de los agentes del sistema sanitario. Los políticos hemos de ser enormemente autocríticos y realistas y los profesionales, solidarios y generosos. Aunque está claro que “humanamente” todos, de un modo u otro, “suspendemos” en el uso del sistema: los políticos, los profesionales y los usuarios. Los datos indican que una de las claves para asegurar la sostenibilidad, por tanto, es aumentar la responsabilidad e implicación de pacientes, profesionales y gestores.

Aunque está claro que son los pacientes los protagonistas del sistema y por tanto, deben ser los protagonistas del cambio. La Fundación Biblioteca Josep Laporte y el Foro Español del Paciente definen “paciente activo” como “el paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar su enfermedad. El concepto de paciente activo está vinculado al de apoderamiento de los pacientes. Este último término define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud y establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden”. Y, por qué no aplicar este concepto al conocimiento del sistema sanitario y al grado de correponsabilización del ciudadano en su sostenibilidad? ...

El paciente activo también puede participar en la gestión efectiva y eficiente de su tratamiento. Puede y debe ser copartípe en el cambio del modelo, conocer y participar en la reflexión sobre el Sistema a la que nos están empujando los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, tecnológicos, educativos y laborales. Se habla y se habla mucho de salud y de sanidad pero ¿adecuadamente? Tener más información, esencia de nuestros días, ¿implica tener buena información?

Primero, garanticemos esas fuentes de información, está claro, pero, fundamentalmente, aprendamos a tener una auténtica relación democrática y no paternalista con nuestros pacientes.

Durante este tiempo, mientras preparaba este discurso, he tenido ocasión, no solo de leer en profundidad a los expertos que ya he citado anteriormente a lo largo del desarrollo del mismo, sino que he leído todo lo que se ha escrito, en muchos casos como artículos de opinión, sobre quiebra y sostenibilidad del sistema sanitario, copago, tasas disuasorias, utilización de servicios, viabilidad del sistema, en fin, un compendio bastante extenso de opiniones, unas veces cualificadas y otras no, sobre la insostenibilidad de nuestro SNS si no hay una actuación urgente dirigida a la contención del gasto y refinanciación del mismo.

También he tenido el honor y la suerte de poder debatir profusamente sobre este tema con el Dr. Armando De Lucas Hurtado, de la Cátedra de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid, así como con diferentes expertos de nuestra región y fuera de ella en materia económica, en sostenibilidad y en resistencia al cambio.

Todos ellos me han ayudado a refirmarme en la teoría propuesta en este discurso de la necesidad de un cambio profundo de modelo cultural, de un cambio en el que participen, como ya he indicado anteriormente, los actores de este cambio: los usuarios, los profesionales, los gestores y políticos. Al igual que hoy los nuevos medios de comunicación nos alertan de

manera inmediata en el caso de una pandemia o una catástrofe meteorológica, también serían la herramienta encargada de difundir el modelo de cambio que estamos proponiendo.

Conclusiones

Cuando estudié mi licenciatura aprendí y no he olvidado, que los seres humanos basamos la realización de nuestro trabajo en dos grandes “RR”. Remuneración o Reconocimiento. La Remuneración siempre nos parece insuficiente y más en estos tiempos en que se ha visto menos cavado nuestro poder adquisitivo. Sólo nos quedaría el Reconocimiento como instrumento de satisfacción en las tareas que a cada uno le correspondan.

Pongámoslo en marcha, no seamos parcos a la hora de prodigar reconocimientos ante lo bien hecho.

Los países que han emprendido reformas, incluso los que lo han hecho a partir de una cierta resistencia de sus opiniones públicas, si han sido capaces de explicarlas, han conseguido al final que se entiendan y esa es una condición esencial para que se acepten.

Las circunstancias no son precisamente favorables. Pero al mismo tiempo es imprescindible que estas reformas que son tan penosas como inevitables puedan contar, si no con el entusiasmo, al menos con la comprensión de la ciudadanía.

La sociedad española vive un momento de frustración anímica que posiblemente tenga detrás la sensación de haber vivido engañada y, en algunos casos de haber sido presa demasiado fácil del engaño. Salir de ella exige un impulso por parte de todos en la dirección de la sinceridad en el fondo y la claridad en la forma.

¿Qué hay que hacer?. En palabras de Tony Judt, historiador, escritor y profesor británico que sus dos últimos años de vida, y con una esclerosis lateral amiotrófica, con la ayuda de amigos y familiares, escribió un último libro llamado “*Algo va mal*”, en el que sintetiza los malestares contemporáneos y sus raíces: “Repensar el estado, reestructurar el debate público, rechazar la tramposa idea de que todos queremos lo mismo, y replantearnos la vieja cuestión de William Beveridge: bajo qué condiciones es posible y valioso vivir, para los hombres en general”.

También se apoya en Tolstoy para advertirnos de que “no hay condiciones de vida a las que un hombre no pueda acostumbrarse, especialmente si ve que a su alrededor todos las aceptan”.

Es una tarea espinosa, llena de dificultades, porque lo que corresponde proponer es un programa si no de sangre, y necesariamente de lágrimas, si, sin duda, de sudor.

Y la disposición a aceptarlo, el estado mental de sumir eso, no va a tener lugar si no se consigue al mismo tiempo construir un relato de sacrificios compartidos y de sacrificios consentido. O sea, si no se buscan bases desde las que añadir una adenda al contrato social mediante el cual todos aceptemos que para que las cosas mejoren todos debemos hacer renuncias y asumir la parte que nos toca de la responsabilidad colectiva. Que para encontrar una nueva forma de vivir mejor, todos debemos aceptar un principio de diferimiento de las recompensas, de sacrificios inmediatos de alguna parte de aquellas.

Esto exige que el cambio venga marcado por un importante número de gestos encaminados a restituir lo más rápido posible la parte más dañada de la moral colectiva.

El cambio de verdad que tiene más reformas dolorosas que placenteras que proponer, sólo resulta aceptable si es honrado, justo y tiene detrás la promesa veraz de un futuro mejor.

Pero no olvidemos que nuestra meta tiene que seguir siendo prevenir la enfermedad, curar lo que pueda curarse, cuidar lo que no pueda curarse y ayudar a morir en paz.

Aprendí de D. Manuel Fraga Iribarne, a lo largo de mi vida política y los años que tuve el honor de compartir con él en el Senado de España, que hay dos maneras de finalizar una intervención pública: una larga y otra corta. Yo voy a utilizar la larga. Queridos amigos, muchas gracias por escucharme.

Bibliografía

Abellán Perpiñán, J.M. Y Sánchez Martínez, F.I. *Copago Sanitario: ¿sabemos de qué estamos hablando?* Art. La Opinión 04.2012

Beltrán A., Forn R., Garicano L., Martínez M.M., Vázquez P. *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario.* Cátedra FEDEA-McKinsey. Madrid, 2010.

Clarasó, N. (1899 – 1985) escritor español de variados registros y guionista de cine y televisión.

Fernández Díaz, A. Y De Lucas Hurtado, A. *Política Económica: modelos y coyuntura.* Cátedra de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid.

Fundación Pfizer. *Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frente a la viabilidad financiera del sistema de salud.* 2011.

Gil V., Barrubés J., Álvarez J.C., Portella E. *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario.* Antares Consulting S.A. Barcelona 2010

Grinspun, D. *Un país con buenas enfermeras será más feliz* Art. La Vanguardia. 02. 2012.

Judt, T. *Algo va mal.* TAURUS 2010. Londres 1948 – Nueva York 2010. Historiador, profesor especialista en Europa.

Mas N., Cirera L., Viñolas G. *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canda: implicaciones para el caso español.* IESE Business School Universidad de Navarra. Documento de investigación DI-939. Nov. 2011. Rev.2/2012

Pacheco R., *La tasa sanitaria no es forzosamente insolidaria.* En Actualidad del Derecho Sanitario. Nº 190, pag. 61-64, 2012.

Wert J.I. *Los españoles ante el cambio.* FAES. 2012