

La sanidad hay que pagarla

> **LUCES LARGAS**

Jordi Sevilla



Menuda la ha liado esta semana el presidente murciano por decir, en público, lo que casi todos reconocen en privado: necesitamos un gran pacto nacional para decidir «cómo pagamos lo que tenemos que pagar», ya que, en la situación actual, «los servicios básicos no pueden ser soportados, sólo, por el Presupuesto de una región o de una nación». La mejor prueba de ello es el déficit y la deuda pública existentes hoy.

Referido a uno de los principales servicios básicos, la sanidad, tenemos que empezar por reconocer dos cosas: nuestro Sistema Nacional de Salud no es caro, pero tampoco es gratis. El conjunto del gasto sanitario español –público (73%) y privado (27%)–, ofreciendo una cobertura universal de bastante calidad, representa el 9% del PIB, justo por debajo de la media europea y lejos de EEUU. Pero no es gratis, ya que lo financiamos mediante impuestos generales, algún recargo finalista y un copago de los medicamentos por parte de los usuarios en activo. Y, sin embargo, no llega.

Proyectando los datos estimados hasta 2005 por el Grupo de Trabajo creado al efecto en el Ministerio de Sanidad, el estudio *Diez temas candentes de la sanidad española para 2011*, elaborado por PWC, señala que tenemos hoy un déficit acumulado en el conjunto del Sistema de 15.000 millones de euros, al que hay añadir las facturas en los cajones. Un déficit que se reparte por CCAA gobernadas por todos los partidos.

El problema no es nuevo. En varias ocasiones anteriores se ha elaborado un plan extraordinario para limpiar el déficit sanitario y poner el marcador a cero, junto a la adopción de medidas para evitar que vuelva a ocurrir. Y, sin embargo, ocurre. La última vez fue en septiembre de 2005, cuando tuvimos que aprobar en la Conferencia de Presidentes una aportación extraordinaria desde el Gobierno central a las CCAA para paliar sus deudas sanitarias.

Se sabe desde hace tiempo que el coste de la sanidad tiende a crecer de manera inevitable debido al envejecimiento de la población, los avances tecnológicos y la demanda infinita de salud (bienestar) conforme aumenta nuestro nivel medio de renta. Si añadimos

que en torno al 48% del gasto sanitario son retribuciones al personal, tenemos una combinación explosiva de elementos capaz de absorber todos los recursos que se quiera dedicar. Por ello hay que poner reglas objetivas que limiten el ritmo de crecimiento del gasto, diseñar sistemas de financiación del mismo que sean proporcionales a la tendencia creciente e implantar incentivos que estimulen la eficiencia y el ahorro en las decisiones sanitarias, incluidas las médicas.

Es mucho lo que se ha avanzado por ese camino en los últimos años, siendo numerosos los ejemplos existentes de gestión orientada a la reducción del coste, tanto en el área operacional como clínica, en hospitales y en servicios autonómicos de salud. Pero la persisten-



Un médico atiende a un paciente enfermo en un hospital. / REUTERS

cia del déficit y la deuda, más allá de los recortes de ingresos que han tenido lugar estos dos últimos años, evidencia que por ese camino no resolveremos el problema. No sin reforzarlo con otras medidas de alcance sistémico que sólo se pueden adoptar por amplio consenso en la Conferencia de Presidentes, previo informes del Consejo Interterritorial de Salud y del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Pensar que prohibiendo el debate, descalificando a quienes señalan el problema o escondiéndose detrás de grandes palabras retóricas, la deuda sanitaria desaparecerá por ensalmo, es cometer un error y, todavía peor, confundir a los ciudadanos. De entrada, las insuficiencias financieras recurrentes y los recortes presupuestarios actuales están teniendo ya dos efectos muy negativos: una demora media en los pagos a los proveedores sanitarios de 600 días, con los consiguientes efectos lesivos sobre el empleo en muchas de estas empresas y un deterioro

perceptible de la calidad del servicio en forma de listas de espera, retrasos en la incorporación de nueva tecnología y reducción efectiva de las prestaciones.

No hacer nada, por tanto, es la peor de las opciones. La que más perjudica a nuestro sistema sanitario público. Seguir impulsando medidas, mecanismos e incentivos tendentes a mejorar la eficiencia en el uso de recursos públicos sanitarios, incluyendo la gestión del personal, es obligado. Y hay mucho campo por recorrer en esa materia. Pero sin una reforma general del modelo, todo lo que hagamos chocará, pronto o tarde, con limitaciones presupuestarias que quedarán desbordadas de nuevo en forma de déficit.

Hay que reformar, pues, el sistema sanitario público en su conjunto, incorporando tres elementos: primero, la cronicidad creciente de pacientes envejecidos cuyo tratamiento adecuado no debe hacerse desde centros pensados para enfermos agudos. Este es un cambio estructural mayor. Tratar en un hospital a un enfermo crónico no sólo es mucho más caro que hacerlo en centros socio-sanitarios especializados, o en casa asistido, sino que es peor para el paciente. Y las próximas décadas veremos aumentar de manera imparable el número de enfermos crónicos y pluripatológicos, para cuya adecuada atención no estamos preparados.

Segundo, reforzar la gestión profesional en los centros en busca de la eficiencia sometida a contratos programa y evaluación de resultados. Tercero, plantearse cómo financiamos todo esto. Una parte se resolverá por mejoras en la financiación autonómica (sobre todo, en desplazados), ahorros por eficiencia y menores gastos por la promoción de hábitos de vida saludables (tabaquismo, obesidad...).

Pero una parte tendrá que venir de otro lugar. O bien reducimos el catálogo de prestaciones gratuitas, o subimos impuestos, o creamos tasas finalistas (como la que existe sobre gasolineras), o trasladamos gasto de otras partidas presupuestarias, o incrementamos lo que paga el usuario directo, bien por servicios especializados, bien por atención hotelera, bien por prestación farmacéutica, graduándolo o no por nivel de renta, para gestionar la demanda en función de las posibilidades financieras.

Las opciones son múltiples. Pero todas requieren un Pacto de Estado para ver cómo pagamos lo que tenemos que pagar y para mejorar la gobernanza del sistema evitando desigualdades injustificadas. Nadie puede rehuir este asunto porque la sanidad pública, para que sea sostenible, hay que pagarla.

> **LECTURA**

Cómo investigar las redes sociales del ciberespacio

B. P. R.

Estas alturas de la web 3.0 ya nadie duda de que para comprender la realidad social de nuestro tiempo no se puede obviar lo que ocurre en el ciberespacio. Que internet y lo que las personas dicen y hacen en la Red no es menos importante que lo que dicen y hacen en el mundo real. Ahí ha nacido la netnografía, una nueva disciplina que pretende estudiar las formas de sociabilidad en las comunidades y redes sociales *on line*. Internet –los foros, blogs, chats y grupos donde los usuarios no sólo se comunican sino donde también vuelcan, cada vez más, datos sobre su propia vida privada– es una enorme fuente de información, tan útil para la ciencia como para la economía, la gestión empresarial y la investigación de mercados.

Miguel del Fresno, profesor de la Uned y experto en marketing, trabaja en el campo de la reputación *on line*, donde aplica los métodos de la etnografía trasladados a la Red. En *Netnografía*, Del Fresno explica el origen de este campo multidisciplinar que califica de «teoría en construcción», así como sus métodos y sus posibilidades de desarrollo. A estas alturas, hay que insistir, no puede considerarse el ciberespacio –o la cibercultura– como algo exótico –o *freak*–. Tampoco la netnografía, un arma para acceder a «esferas hasta ahora ocultas, minoritarias o difíciles de localizar» que, sin embargo, han encontrado en internet un auténtico «acelerador social».



'Netnografía'
Autor: Miguel del Fresno
Editorial: Editorial UOC
Precio: 11,50 euros

Cuenta Expansión Negocios, la cuenta para que autónomos, comercios y pequeñas empresas se hagan grandes.

Sabadell