

Fundación Encuentro



debates



Encuentro

POR UN CONSENSO SOCIAL EN LA SANIDAD

(2 de diciembre de 1997)

Lugar de celebración:
Fundación Encuentro
C/ Oquendo, 23, 3ª pl.
28006 Madrid

Fundación Encuentro



POR UN CONSENSO SOCIAL EN LA SANIDAD

(2 de diciembre de 1997)

Lugar de celebración:
Fundación Encuentro
C/ Oquendo, 23, 3ª pl.
28006 Madrid

POR UN CONSENSO SOCIAL EN LA SANIDAD
(2 de diciembre, 1997)

Iniciador del diálogo:

1. **Prof. Koldo Echebarría**
Director del Instituto de Dirección y Gestión Pública
ESADE

Relator:

2. **Sr. D. Agustín Blanco Martín**
Redactor Jefe del Informe del
CENTRO DE ESTUDIOS DEL CAMBIO SOCIAL (CECS)

Moderador:

3. **Sr. D. José M^a Martín Patino**
Presidente de la
FUNDACIÓN ENCUENTRO

Participantes:

4. **Sra. D^a M^a José Alende**
Secretaria Federal de Trabajadores de la Salud
CC. OO.
5. **Excma. Sra. D^a M^a Ángeles Amador Millán**
Vocal de la Comisión de Sanidad
GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA
6. **Sr. D. José Luis Barbero Sampedro**
Miembro del Equipo Permanente del
CECS
7. **Ilmo. Sr. D. Jaime del Barrio Seoane**
Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar
DIPUTACIÓN REGIONAL DE CANTABRIA
8. **Sr. D. Antonio Manuel Chueca Sánchez**
Miembro de Equipo Permanente del
CECS

9. **Excmo. Sr. Josep Corominas Busqueta**
Diputado del PSOE por Barcelona
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
10. **Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado**
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo
GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR
11. **Excma. Sra. D^a Blanca Fernández -Capel Baños**
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo
GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR
12. **Dr. D. Ángel García Cubero**
Representante Nacional de Asistencia Colectiva
CONSEJO GENERAL DE MÉDICOS
13. **Excmo. Sr. D. Julián García Vargas**
Consejero Ejecutivo de
EXCEM GRUPO
14. **Dr. D. Jorge Gómez Zamora**
Gerente del
HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS
15. **Sra. D^a M^a del Carmen González Rodríguez -Salinas**
Miembro de la Comisión Ejecutiva
U.S.O.
16. **Excmo. Sr. D. José A. Griñán Martínez**
Diputado del PSOE por Córdoba
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
17. **Dra. D^a Asunción Hernández Martín**
Jefe de la Unidad Radiológica de la
FUNDACIÓN LABORAL DE SERVICIOS ASISTENCIALES (SAS)
18. **Prof. D. Félix Lobo Aleu**
Catedrático de Economía de la
UNIVERSIDAD CARLOS III
19. **Ilmo. Sr. D. Diego J. Martínez Martín**
Jefe del Gabinete Técnico del Subsecretario de Sanidad y Consumo
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
20. **Excmo. Sr. D. Mario Mingo Zapatero**
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo
GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR

21. **Sr. D. Ramón Ortega Atencia**
Secretario Federal de Servicios Públicos
U.G.T.
22. **Ilmo. Sr. D. José Luis Puerta López-Cozar**
Director del Dpto. de Educación y Cultura del
Gabinete del Presidente
PRESIDENCIA DEL GOBIERNO
23. **Sr. D. Pedro Razquín**
Consejero Delegado de
ADESLAS
24. **Dr. D. Eduardo Ródenas de la Rocha**
Director del Dpto. Científico de
BRISTOL-MYERS SQUIBB
25. **Sr. D. Javier Ruiz-Ogarrio Herault**
Miembro del Equipo Permanente del CECS
Secretario del Patronato de la Fundación Encuentro
26. **Dra. Pilar Sanahuja Beltrán**
Directora del
INSTITUT PSICO-MEDIC
27. **Dr. D. José M^a Segovia de Arana**
Presidente del Consejo Asesor de Sanidad
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
28. **Sr. Jaume Serrano Jordán**
Director Médico de
INTERVENCIÓ I PROJETS SOCIO-SANITARIS, S. L.
29. **Sra. D^a Ana del Solar**
Consultora Senior de
BUCK CONSULTANTS
30. **Sr. D. Juan Soto Serrano**
Patrono de la Fundación Encuentro
Presidente-Consejero Delegado de
HEWLETT PACKARD ESPAÑOLA, S. A.
31. **Dr. D. José L. Temes Montes**
Director Gerente del
HOSPITAL REINA SOFÍA
32. **Dr. D. José Trasobares Ortega**
Médico. Gerente del Servicio Médico de
EL CORTE INGLÉS

- 33. Dr. D. Luis Valenciano**
Director General de la
FUNDACIÓN WELLCOME ESPAÑA

- 34. Prof. D. Luis Fernando Vílchez Martín**
Profesor de Psicología de la U.C.M.
Director del Equipo de Encuestas del CECS

GUIÓN

1. La reforma sanitaria como proceso. ¿Sería posible un pacto social? ¿Sobre qué temas?
2. La crisis financiera de la sanidad, ¿qué derechos y obligaciones para los ciudadanos?
3. Descentralización sanitaria y derechos y deberes de los ciudadanos, ¿qué significa la igualdad efectiva?

POR UN CONSENSO SOCIAL EN LA SANIDAD

(2 de diciembre de 1997)

Sr. D. José M^a Martín Patino

Buenas tardes señoras y señores. Muchos de ustedes son ya amigos, por lo asiduos que son a estos debates y el conocimiento que tienen de la tarea de nuestra Fundación. En realidad, tratamos que ustedes estén presentes en la vida social y se hagan cargo de los problemas que los expertos y ustedes mismos pueden ir exponiendo.

Hoy trataremos el campo de la sanidad –que está atrayendo en este momento mucho la atención– con una visión de futuro, pero sin olvidar su presente político y social.

En casi todos los Informes que hemos elaborado nos hemos ocupado del sistema público de salud. Después de la experiencia de los últimos años, y sobre todo de este último, cuando hablamos del diálogo social en el campo de la educación, nos parecía que otro espacio que exigía una revisión y un planteamiento objetivo era el ámbito de la sanidad.

Como ustedes saben, hemos superado las previsiones que teníamos el año pasado en el tema de la educación. Hemos llegado a una declaración conjunta de todas las fuerzas sociales de la comunidad educativa. Elaboramos un documento que está siendo muy bien recibido por los grupos parlamentarios y que puede ser el comienzo de una etapa nueva que lleve la paz a los centros educativos, a la comunidad educativa. Es un primer paso para seguir adelante en el progreso de la calidad de la educación.

Me he preguntado siempre por qué no se podía hacer algo parecido en el ámbito de la sanidad, naturalmente con las distinciones y reservas que se tuvieran que tomar.

En el Informe *España 1997* que estamos preparando, un capítulo está dedicado a la sanidad. Y tiene una intención que no podemos disimular puesto que pretendemos llegar también a un diálogo social. Los partidos políticos lo están intentando, pero indudablemente están sometidos a la dialéctica y a la estrategia del Parlamento. Aunque en este debate estén presentes muchos políticos, aquí lo están a título de expertos, de personas que han estudiado el tema y que podrían ayudar a la sociedad y a la gobernabilidad. La verdadera gobernabilidad es la que mira a los gobernados, no a los gobernantes, que sería gobernación. No tratamos de construir mayorías parlamentarias, sino conseguir que la nave de la sociedad sea gobernable. Muchas de las fuerzas, en pro y en contra de esta gobernabilidad, están aquí representadas, aunque no todas, porque no podemos aspirar a tanto.

Hubiera sido una providencia o una casualidad que se hubieran reunido en este debate todos los ex ministros de sanidad de los 20 años de democracia; hemos estado casi a punto. Tenemos que disculpar la presencia de D. Ernest Lluch –a quien le coincidía este debate con otro

acto– y de D. Alberto Oliart, que tenía otro compromiso y si le da tiempo se unirá a nosotros. Tenemos la promesa de personas tan importantes como D^a M^a Ángeles Amador, D. Julián García Vargas, D. José Antonio Griñán, etc., que pueden animar este debate con conocimiento de causa. Los ex ministros han sufrido esta problemática más de cerca y, por lo tanto, nos podrán descubrir algunas posibilidades para intentar arreglar este asunto.

Ustedes han recibido un documento elaborado por Koldo Echebarría, director del Instituto de Dirección y Gestión Pública en ESADE. Él ha intervenido ya en bastantes comisiones, tanto de sanidad como de otros aspectos relacionados con los servicios públicos y la Administración, para intentar mejorar las Administraciones Públicas y converger con Europa, puesto que la convergencia no es sólo económica sino también social.

El debate tiene unas reglas mínimas: organizado, espontáneo, libre, no hay periodistas, con lo que repercute en su independencia. Como pueden ver por el guión, hemos destacado tres grandes cuestiones importantes para empezar el debate. El “iniciador del diálogo” será Koldo Echebarría, cuya visión completarán el Dr. Segovia y la Sra. Amador. Koldo Echebarría hará una propuesta, que está incluida en ese capítulo que publicaremos, puesto que todavía está siendo revisado y enmendado.

Ustedes tienen unas fichas que pueden utilizar para pedir la palabra, donde matizarán el tema o temas que quieren tratar. Estos debates pretenden ser abiertos y espontáneos, aunque tienen el deseo de ser constructivos y ordenados.

Prof. Koldo Echebarría

En primer lugar, muchas gracias a D. José M^a Martín Patino y a la Fundación Encuentro por haberme dado la oportunidad de elaborar este documento y poder someterlo también a este debate, sin duda, enormemente enriquecedor.

Mis opiniones están ya en el documento. Ustedes lo han recibido y habrán tenido la oportunidad de leerlo. Por lo tanto, no deseo hurtar más tiempo al debate. Simplemente me limitaré a presentar algunas ideas centrales del proyecto.

El documento está enfocado desde el punto de vista de lo que llamamos la relación entre salud y ciudadanía a través de las distintas reformas sanitarias que se han producido en España desde la democracia. Es un tema amplio, complejo y también lleno de posibilidades, susceptible de abordarse desde muy diversas perspectivas.

He elegido conscientemente el camino de explorar las diferentes lecturas de la ciudadanía que pueden derivarse de los dos grandes ciclos reformistas de la sanidad española durante la democracia. Primero, el “ciclo expansivo y universalista” de la sanidad en los años ochenta, que alcanza su hito con la Ley General de Sanidad. Segundo, el “ciclo gerencialista”, que se inaugura con el Informe Abril y que todavía hoy sigue pugnando por abrirse camino en la sanidad española. Además, es forzoso tener en cuenta que ambas reformas se ven atravesadas por un proceso de descentralización territorial de la sanidad, de enormes consecuencias para el presente y el futuro de ésta, sin el que resulta imposible entender las relaciones de los ciudadanos con la sanidad.

Habría que decir, con carácter introductorio, que el referente de ciudadanía para analizar las reformas es probablemente uno de los más adecuados o sugerentes para descubrir a través de las lecturas que evocan estas reformas el orden cultural y político desde el que operan los reformadores. Las lecturas de la ciudadanía son siempre, en principio, intensas en valores y en ideologías. No en vano se puede reconocer que la lucha por la significación de la ciudadanía y sobre todo por la representación de ésta es una de las que más caracterizan los conflictos que lleva consigo la reforma del Estado de bienestar. Esto se expresa en principio simplemente en el lenguaje. Se habla de ciudadanos –ya en sí un concepto evocador de significación–, de pacientes, de usuarios, de clientes, de administrados –quizá más antes que ahora–. Todo este lenguaje permite evocar una cierta confrontación que tiene que ver con la ruptura de los viejos equilibrios que habían perseguido la construcción del Estado de bienestar y que se escenifican en todos los países occidentales.

Dicho esto, voy a referirme brevemente a este significado de la ciudadanía en las distintas reformas, recordando también los grandes retos y lemas, en algún caso, que esto supone.

La primera reforma puede caracterizarse como la reforma que tiene como eje lo que podemos llamar la “ciudadanía social”. Significa un extraordinario progreso en nuestro país en todo lo que tiene que ver con la cobertura de las necesidades sanitarias de la población. Fue un avance enorme comparado con los anteriores en este mismo ámbito a lo largo de este siglo, ya que significa la convergencia progresiva de nuestro país con otros países occidentales respecto a las necesidades sanitarias cubiertas por la población, la calidad de estas prestaciones y, paralelamente, los recursos públicos asignados a la sanidad.

La Ley General de Sanidad es el instrumento legislativo a través del que se hace efectiva esta reforma. Se aspira a un sistema integrado de salud, capaz de poner fin a la anterior fragmentación del aparato asistencial, concibiendo el derecho a la salud como algo derivado de la ciudadanía; es decir, como algo más que un derecho producido simplemente a partir de las contribuciones a la Seguridad Social.

La primera reforma supone también un gran desarrollo de la Atención Primaria, fundamentalmente en el plano asistencial. A pesar, quizá, de una cierta frustración, de una visión más unicomprendida, de la Atención Primaria y, también, una cierta desilusión del ideal comunitario preconizado por los reformadores, con la dificultad o casi no puesta en marcha de los mecanismos de participación a los que aspiraba esta reforma.

Con esta reforma sanitaria se refuerza notablemente la administración sanitaria, en una visión iniciática de la incorporación de las técnicas de gestión a la sanidad. Se basa en construir una superestructura de planificación y control sobre los distintos centros y organizaciones prestadores de servicios, concebida desde la elaboración de normas técnicas, económicas, etc., que pretenden imponerse, en general con poco éxito, en las organizaciones sanitarias.

Esta reforma sigue siendo el referente de los derechos y obligaciones de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario. Para no extenderme, estas ideas están desarrolladas más ampliamente en el documento.

La segunda reforma en buena parte es fruto de las contradicciones financieras del modelo de desarrollo de la sanidad, que está implícito en la anterior reforma. Una reforma que expresa derechos con vocación expansiva, pero que tiene dificultades para evaluar sus costes en prestaciones efectivas.

El punto de inflexión entre ambas reformas hay que situarlo en el Informe Abril. Este documento acoge las tendencias de diversos países occidentales en materia de reforma sanitaria, como la incorporación de la economía de la salud, de la gerencia sanitaria, etc. –en una versión quizá más avanzada– al mundo de la sanidad. Es evidente la influencia de la reforma británica, por ejemplo, en las consideraciones del Informe Abril. Habría que decir, curiosamente, que la Ley General de Sanidad se inspira en la *Law Health Service* a la hora de diseñar la organización sanitaria en nuestro país y lo hace cuando el Sistema Nacional de Salud británico es objeto de una revisión inicial en cuanto a su modelo conceptual por parte del Informe Griffith en 1983, después profundamente reformado a mediados de los años ochenta. El Informe Abril tiene un destino un tanto paradójico. Por una parte, tiene una salida a la luz pública mediatizada por la trascendencia de una propuesta, quizá no la más importante, de la que se hizo probablemente una lectura injusta, puesto que recomendaba el copago de medicamentos por los pensionistas. De hecho, tiene alguna consideración específica para salvaguardar la equidad en esta medida. Pero, como consecuencia de las presiones mediáticas y políticas en la España de 1989 o 1990, esta medida produce formalmente que el Informe Abril se guarde en un cajón.

Paralelamente, la sanidad española ha mirado mucho más para su modelo organizativo a partir de entonces al Informe Abril que a la propia Ley General de Sanidad, que recoge el modelo legal de la sanidad española. Esto también ha supuesto que el Informe Abril, en alguna de sus recomendaciones, haya sido aplicado por las distintas autoridades sanitarias, tanto estatales como autonómicas, de forma gradual o fragmentaria.

En este segundo ciclo, durante la reforma “gerencialista”, quizá la metáfora del ciudadano más utilizada ha sido la del ciudadano como cliente, en el sentido ideológico e instrumental. Por una parte, el ciudadano como cliente tiene claramente una diferencia ideológica en la dimensión privada de la relación de los ciudadanos con el Estado. Esta relación se basa en recibir prestaciones a cambio de pagar impuestos. En cuanto al valor instrumental, el cliente expresa en su concepción propia del mercado alguien con poder de compra; por lo tanto, con capacidad de control sobre las organizaciones que prestan bienes y servicios frente al poder de un productor monopolista.

También esta idea del ciudadano como cliente tiene una doble vertiente que no siempre se reconoce. La idea del ciudadano-cliente expresa el derecho de éste a recibir servicios de calidad. Pero, como consecuencia obligada de esta dimensión privada de la ciudadanía que está detrás de la idea de cliente, muestra también la obligación de participar en la financiación de las prestaciones cuando de ellas se deriva más que una utilidad pública, una utilidad individual, privada (estas dos vertientes están desarrolladas en el documento). Se advierte, en relación con la primera de las dimensiones o el derecho a recibir un servicio de calidad, que a veces se tiende hacia una interpretación restrictiva de estos derechos del ciudadano en relación con la sanidad. Me refiero con restrictiva a lo que un viejo amigo funcionario de la Administración del Estado llamaba la “modernización de ventanilla”. La concepción del ciudadano como titular del derecho a recibir prestaciones de calidad es algo más que modernizar el punto de encuentro del ciudadano con la Administración. Es replantearse profundamente los procesos a través de los cuales se produce la intermediación entre el ciudadano y la Administración. De ahí que iniciativas aisladas en materia de información, de libre elección o de participación se vean frustradas por no ser coherentes con el conjunto de las pautas organizativas, culturales y de prestación que están interiorizadas por el sistema.

El Informe en este sentido recomienda interpretar los derechos del ciudadano a satisfacer sus necesidades bajo la imagen de una escalera, en la que hay que recorrer diversos peldaños para alcanzar la posición más alta, que puede ser mayor o menor en función de las características de los distintos grupos de ciudadanos porque, evidentemente, el acceso a la sanidad depende del nivel

sociocultural de los ciudadanos. La escalera tendrá que ser más larga cuando la necesidad de complementar las posibilidades del ciudadano para el acceso sean diferentes; cuanto menor sea la información de la que dispone el ciudadano, mayor será la obligación de los poderes públicos para complementar esta información. Por ejemplo, para facilitar la influencia o la libre elección.

Por otra parte, la segunda dimensión a la que se refiere el estudio sobre esta vertiente del ciudadano-cliente tiene que ver con temas hoy calurosamente debatidos, como el racionamiento de las prestaciones y el copago de las prestaciones sanitarias. El informe considera tres posibilidades:

— La priorización explícita a través de medidas como el catálogo vigente, a través del Decreto 63/95...

— La medicina basada en la evidencia, a partir de la creación de mecanismos de evaluación de tecnologías, financiación selectiva de medicamentos. Estas medidas se están poniendo en práctica en distintos países.

— Copago por parte de los usuarios, parcialmente vigente en la sanidad española. Se advierte sobre los posibles efectos contradictorios respecto a la equidad. Es posible avanzar en algunos copagos. Y es imprescindible tener en cuenta los efectos que puedan derivarse de los mismos, los costes, no siempre fáciles de resolver, y los incentivos perversos relacionados con la administración de los copagos. A partir de aquí, se deben explorar en particular algunas posibilidades en este sentido.

El documento evalúa lo que se llama “destino incierto” de este tipo de reformas “gerenciales” de los servicios sanitarios. Más allá de la existencia o no de consenso político sobre estas reformas, la relación de la política con la reforma sanitaria en los últimos años es un tanto paradójica en nuestro país. Me produce gran perplejidad observar el comportamiento de los partidos políticos, llegando a pronunciamientos que entiendo políticamente, pero que a veces resultan difíciles de explicar en clave de políticas concretas de orden sanitario. En materia de organización sanitaria, por ejemplo, se advierten iniciativas semejantes en distintas comunidades autónomas de distintos partidos políticos y posicionamientos contradictorios de la oposición a estos partidos sin poder explicar cuáles son las claves ideológicas que se encuentran detrás de estos posicionamientos.

En todo caso, el destino incierto de las reformas va más allá de todo esto. Hay que relacionarlo con la dependencia de estas reformas a otras más profundas y más amplias en el conjunto del sector público, todavía no abordadas, en materia presupuestaria, de recursos humanos, de organización, de articulación de relaciones entre política y gestión, etc. También se explica por la falta de un impulso efectivo de propuestas, de medidas de reforma, asumidas incluso explícitamente en el discurso político. Además se topa con un déficit de la función directiva, de los marcos de responsabilidad gerencial en el sector sanitario. Ha habido en este sentido una lectura restrictiva de la gerencia sanitaria a las técnicas de gestión, cuando la gerencia expresa sobre todo un marco de responsabilidad vinculado a la racionalidad económica y que exige un marco de responsabilidad específico en el que los directivos no vean derivada su legitimidad exclusivamente de la confianza política. El espectáculo de directivos sanitarios desposeídos de sus cargos por razones de turno político expresa en el fondo un problema de legitimación de los marcos de racionalidad económica o conlleva un déficit de institucionalización que pesa mucho sobre el destino incierto de estas reformas.

Finalmente, es evidente –y ha sido un tema abordado profundamente por muchos autores en el orden de la Sociología sanitaria– la escasa consideración que la reforma gerencial ha tenido

por el orden cultural y sobre todo profesional de las organizaciones sanitarias. Se ha concebido demasiadas veces la gerencia como antagónica a la profesión sanitaria y no se ha construido un orden coherente de articulación entre los valores profesionales de la sanidad y los de la economía sanitaria.

Es obligado hablar de la reforma sanitaria relacionada con la descentralización territorial. El sistema sanitario español tiene pendiente cerrar algunos flecos en el modelo de organización territorial que tienen un considerable coste y que, en la medida en que continúen más tiempo abiertos, van a hacer más difícil encontrar una fórmula en relación con algunos temas críticos para completar este modelo.

Me refiero, en primer lugar, a la transferencia del Insalud a las comunidades autónomas. Si transcurre otro acuerdo de financiación se va a hacer definitivamente imposible transferir el Insalud a las comunidades autónomas, debido a lo que esto puede representar financieramente para comunidades como Madrid, por ejemplo. La indefinición permanente del sistema de financiación, a pesar de acuerdos coyunturales, complica más y más la búsqueda de una fórmula racional y duradera, que probablemente pase porque la financiación de la sanidad no sea especial, sino que haya que replantearse más globalmente el conjunto de sistema de financiación de las comunidades autónomas, que es una de las grandes hipotecas de nuestro sistema de descentralización territorial.

También habría que concretar el significado de la igualdad efectiva de derechos y obligaciones de todos los españoles ante la sanidad. Estoy persuadido, aunque no tengo pruebas para ello, de que esta igualdad efectiva en estos momentos no existe y que difícilmente podemos conocer además en qué medida la igualdad es más o menos efectiva. Entiendo que las tendencias centrífugas del sistema han sido muy fuertes y resulta muy difícil con los instrumentos existentes no ya corregir, sino conocer los efectos de las tendencias centrífugas del sistema sanitario sobre el significado de esta igualdad efectiva. Creo, en este sentido, que están pendientes de desarrollo los instrumentos que pueden hacer realidad esta igualdad efectiva en cuanto a su conocimiento y a las medidas necesarias para corregirlo. El ministerio tiene que evolucionar en su papel, ceñido mucho más al de una comunidad autónoma grande que al de un centro eficaz. Esto comporta la disponibilidad de instrumentos que en estos momentos el ministerio no tiene, empezando por los financieros, que le dejan poco espacio para influir sobre el reequilibrio del sistema, pero también por ejercer papeles como el de la planificación, la alta inspección –que rebautizaría como una función de aprendizaje del conjunto del sistema– y, por supuesto, la reforma del Consejo Interterritorial de la Sanidad.

Son suficientes temas, suficientes incertidumbres. Simplemente los he enumerado. Estoy abierto a que mi estudio mejore con sus aportaciones. Muchas de mis opiniones son fruto de un análisis no necesariamente a través de estudios empíricos, pero, en todo caso, trata de desarrollar el debate siguiendo el espíritu de la Fundación Encuentro.

Estamos rodeados de incertidumbres en materia de sanidad, que se hacen cada vez menos soportables para los operadores del sistema a todos los niveles. Es imprescindible aliviar algunas de estas dudas clave. Hay que profundizar en el significado de cuestiones como las que he expuesto en materia de obligaciones y derechos de los ciudadanos ante la sanidad. Los ciudadanos tienen derecho a una cierta perspectiva sobre lo que va a ser el futuro de la sanidad española. También es difícil que los actuales políticos puedan despejar estas incertidumbres sin los actores sociales. Se necesita, más que nunca en nuestro país por la creciente complejidad de abordar reformas, no solamente de orden sanitario sino de cualquier otro sector, crear en la sociedad las coaliciones que hagan posibles estas reformas. Éste es el sentido de la idea del pacto social que efectúa, a partir de este documento, la Fundación Encuentro.

Dr. D. José M^a Segovia

Participar en estos coloquios es un placer y un privilegio por múltiples razones. En primer lugar, se realiza el ejercicio intelectual del diálogo en un medio no comprometido y en el que libremente hablamos todos desde nuestros puntos de vista, nuestra experiencia y nuestras esperanzas. Todo esto es una buena medida para mostrar la satisfacción que siento al participar en este coloquio.

Hablar de sanidad es algo que va teniendo cada vez más adeptos. Esta idea –que tantas veces hemos repetido– de la relación del médico con sus enfermos se ha ido complicando de tal manera que lo que era la asistencia médica se ha convertido en la sanidad, que es el escenario donde cada uno de nosotros va a desarrollar su propia vida, su destino biográfico. Ahí es donde la participación cultural, económica, política, técnica, etc., va siendo cada vez más frecuente y va dando lugar a que la complejidad de los temas sea cada vez mayor. Quiero señalar que somos afortunados en nuestro país puesto que en un tiempo relativamente corto hemos generado una asistencia médica espléndida en cuanto a sus realizaciones y a su dinámica. En este proceso, que ha sido de todos, de varias generaciones, se ha ido engarzando, no sin dificultades, un sistema del que los protagonistas más directos, como los médicos y antiguos enfermos –hoy usuarios– se sienten realmente contentos, a pesar de las grandes dificultades que se mantienen.

La columna vertebral de toda esta evolución se basa en dos polos: el médico (médicos, sanitarios, etc.) y el paciente, el que recibe aquel “producto” (estoy empleando palabras que no me gustan a propósito para expresar realmente mi rechazo semántico y psicológico). Estos dos protagonistas son los que están persiguiendo esta evolución desde una relación simple, paternalista, protectora, en la que el enfermo estaba protegido por el saber del médico. Ahora conocemos lo poco que sabían los médicos que estaban protegiendo a aquel enfermo y los pocos recursos que tenían, a pesar de que hubiera grandes figuras, que no podían hacer apenas nada en comparación con lo que se puede llevar a cabo actualmente. Esa evolución, al convertirse hoy día en esa relación espléndida con una base técnica y también social como es la universalidad y la equidad en la asistencia, ha sido un proceso del cual hemos sido protagonistas, espectadores, beneficiarios y, a veces, perjudicados.

Por esto, en este momento es difícil elegir qué temas pueden ser interesantes en la discusión que ahora se plantea. El documento que nos han entregado es espléndido, muy bien elaborado, sobre todo en la última parte, en la que se observa un gran conocimiento de la realidad actual, no tanto así de la historia.

Se abusa mucho de la palabra reforma, no solamente en la sanidad sino en muchos otros aspectos. Es facilona e inmediatamente la utilizamos como un latiguillo en la expresión verbal. Reforma realmente es introducir algo que va a cambiar un proceso que ya está en marcha. Si aceptamos que esto es una reforma, observamos que hay unos cuantos momentos, si no estelares, sí decisivos en este proceso que ha transcurrido desde aquella pobreza asistencial que existía hace 30 o 35 años en nuestro país hasta la actual situación moderna, técnica, equiparable a la de cualquier país europeo.

¿Cómo ha sido este proceso? Me atrevería hablar, no de tres reformas como decía el Sr. Echebarría, sino de cinco, que se inician cuando en España se instala el Seguro Obligatorio de Enfermedad, cuando los antiguos proletarios empiezan a tener una asistencia hospitalaria, que antes se reducía a la beneficencia cristiana o municipal. Esta protección se va expandiendo progresivamente. Pero hay que insistir en que aquella instalación, modesta al principio, pero que crece

después en recursos económicos a través de los trabajadores, tiene un sistema de organización arcaico (años cincuenta y comienzos de los sesenta): el médico con sus enfermos y el especialista en los sanatorios, que se llamaban residencias. Eso no era la medicina que se inicia después de la Segunda Guerra Mundial, con un desarrollo científico y técnico impresionante. Los recursos del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que iba teniendo cada vez más poder, se gastaban en residencias lujosas, llenas de mármoles, pero que no tenían evidencia de la medicina moderna. Afortunadamente, los políticos de entonces se dejaron convencer por un grupo de médicos ilusionados o ilusos que introdujimos la segunda reforma: la modernización de la asistencia médica con la creación de lo que se llamaron “hospitales jerarquizados”, la formación de especialistas, la introducción de la investigación –que no existía en el país–. Ésta fue la segunda y decisiva reforma, que fue expandiéndose que hay que tener en cuenta. Lo que ocurrió en la transición, no surgió en este período, sino anteriormente.

Por esto, no es justa la idea que aparece en el documento: “La insuficiencia, baja calidad y corporativismo que caracterizaban los servicios sanitarios recibidos del régimen político anterior, sirvieron para crear una ventana de oportunidad política desde la que abordar una profunda transformación del modelo heredado”.

La tercera reforma surgió tras la Ley General de Sanidad. La financiación producida con las cuotas de los trabajadores y de los patronos cambia radicalmente de un sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud.

La cuarta reforma –como se explica en el documento– la provocaron aquellas corrientes de modernidad que aparecen para sustituir la centralización de un sistema que había sido eficaz en el desarrollo expuesto. Y que probablemente no habría tenido esa eficacia en su desarrollo de haber surgido las autonomías y no haberse guiado por el Derecho Administrativo Público. De haberse regido por el Derecho Privado no habría tenido aquella cohesión, aquella introducción de criterios de excelencia y de calidad que hizo cambiar la mentalidad de la asistencia médica. Llegó un momento –como se decía en el Informe Abril– en el que había que sustituir aquel centralismo por una independencia de los gestores, una separación de la financiación de la provisión de servicios, etc.

Cuando se dio a conocer el Informe Abril habían empezado ya a producirse las transferencias autonómicas en materia de sanidad. Pero eso no fue reforma, sino las consecuencias lógicas de un proceso político, de un Estado de las Autonomías. De hecho, la centralización se repitió, porque muchas autonomías repitieron el modelo del Insalud central. Posteriormente, con la influencia de las corrientes modernas que se fijaron en el Informe Abril, empiezan las experiencias, más o menos tímidas, primero en Cataluña, País Vasco, Galicia y después Andalucía.

Esas cinco reformas evolucionan a lo largo de la historia de la sanidad en este país.

Y podríamos tratar otros muchos aspectos, como el corporativismo de los médicos. Si los médicos dirigimos al principio los hospitales y los organizamos fue porque era una relación natural. Cuando en un hospital se reunía un departamento, aquella persona que había sobresalido era a la que se le confiaba la organización del hospital cuando ésta era relativamente simple. A medida que va creciendo, aparece la administración, la economía, los números, etc., y surgen los gerentes. No era un deseo corporativista de los médicos para tener poder sino una evolución natural y lógica de la sanidad.

Es formidable el hecho de que cualquier punto que se toque sobre aspectos de la sanidad de lugar a nuevos temas que tienen valor por sí mismos. La sanidad cada vez es menos política y es

más técnica y eficaz. Las discordancias que pueden surgir son periféricas; no tocan el fondo de la cuestión. En esta evolución es muy importante enfrentar y afrontar los temas que estamos analizando entre todos porque tenemos elementos y conocimientos suficientes en el momento actual –reuniones como ésta son un buen ejemplo puesto que hay expertos, técnicos, gentes con experiencia que exponen sus puntos de vista con soluciones cada vez más confluyentes–. Es un tema difícil, pero apasionante, porque las soluciones están en nuestras manos. Son soluciones propias, que no vamos a copiar, porque afortunadamente la evolución de la sanidad en nuestro país ha sido hecha por españoles que hemos trabajado conjuntamente por el bien común. Esto mismo ocurre con las personas que tienen ahora en sus manos la solución política y profesional.

Excma. Sra. D^a M^a Ángeles Amador Millán

Tengo que decir que no he recibido el documento. Sin embargo, quiero felicitar al Prof. Echebarría por su exposición inicial, ya que es un punto de partida importantísimo para este debate. Alguna matización debo hacer también. No voy a hacer un recorrido histórico, porque no seré yo quien enmiende jamás una coma al Dr. Segovia. Haré una reflexión basándome en este guión que se nos ha facilitado para centrar el debate.

Debo felicitar a la Fundación Encuentro y a su presidente por la organización de esta reunión. La sanidad sigue siendo la primera y más importante de las cuestiones a debate. No está en buen momento el consenso sanitario. No corren buenos tiempos para la lírica. D. José M^a Martín Patino ha demostrado que es capaz de conseguir retos muy difíciles. Por tanto, no descartaría que un consenso que no se ha conseguido en el Parlamento sea posible en estos encuentros, que tal vez sirvan para acercar algunas posiciones, sobre todo si como anuncia el Prof. Segovia las diferencias son más de matiz que de fondo. Espero que tenga razón.

Pero, siendo sincera, debo decir que estamos en un momento difícil en lo que se refiere al consenso sanitario. Es una mala noticia porque la sanidad debería estar por encima de cualquier otra consideración a la hora de debatir políticamente. La sanidad es una cuestión política. Hablamos de un derecho y, por tanto, está muy relacionada con la orientación y el reconocimiento que de ese derecho se quiera hacer desde la autoridad política. Las señas –a mi juicio– no son muy optimistas. Se crearon grandes expectativas sobre un posible gran acuerdo sanitario, sobre un gran pacto político sobre la sanidad. Esto se ha frustrado a lo largo de esta legislatura. Por lo tanto, soy pesimista respecto al futuro de la sanidad.

¿Cuáles son los asuntos sobre los que sería imprescindible el consenso? La subcomisión parlamentaria que ha estado trabajando en el Congreso de los Diputados a iniciativa del Presidente del Gobierno, quien la propuso, y que se constituyó con entusiasmo, porque se aprobó con la unanimidad de todos los grupos políticos, ha hecho algunas cosas bien. Una de ellas fue el índice de los puntos que había que tratar, porque comprendía los grandes problemas de la sanidad. Que no son los que permanentemente se ponen encima de la mesa –coincido con alguna insinuación que se ha hecho aquí–. No pienso que la sanidad necesite permanentemente ser reformada ni que sea tan urgente ni que estemos tan al borde del abismo, como avalan algunos hechos. Sin embargo, hay una cierta pulsión de todos los grupos de opinión, políticos, etc., para hablar de la reforma sanitaria. ¿Es la sanidad el servicio público que peor funciona? ¿A qué responde esta permanente pulsión sobre la reforma sanitaria? ¿Es cierto que la situación financiera de la sanidad es la más dramática y la que más necesita decisiones inmediatas? La reciente discusión sobre la financiación de la sanidad

tampoco avala esa afirmación. Luego, ¿qué ocurre con la sanidad para que exista este permanente cuestionamiento?

Por ejemplo, respecto a algunos problemas difíciles que tiene el sistema sanitario, como los asuntos de personal –coincido con el Dr. Segovia en la tristeza que le produce la semántica moderna, que aceptamos porque nos rendimos, pero no porque tengan razón los que utilizan esa terminología–. ¿No será que la reforma de todo lo que afecta a las relaciones del personal sanitario, de los médicos con su sistema, del sistema con sus médicos, por simplificar mucho, es dónde está el verdadero problema y dificultad del asunto? Si resolviéramos esto, ¿no quedarían muy minimizadas todas las otras reformas en cuanto a los modos de gestión, que se han convertido en el caballo de batalla? El Prof. Echebarría reprochaba a las formaciones políticas que cambian sus opiniones según las ocasiones, y me miraba más a mí que a los diputados del Partido Popular, por el ejemplo que ha escogido, que no es el del “medicamentazo”, puesto que es evidente que se refería a otros, porque éste es el ejemplo más elocuente para ilustrar ese cambio de posición.

Las nuevas formas de gestión, algo totalmente instrumental, se convierten de repente en el nudo gordiano de toda la reforma sanitaria. El ser o no ser de la sanidad está ahora en cómo se organiza un hospital. Esto no es cierto. Las razones son varias. No es fácil el debate y la explicación de cuestiones que a veces son técnico-jurídicas, otras veces la discusión es interesada y en muchas ocasiones se utiliza de manera escandalosa. No me parece bien que si la sanidad es un asunto tan vital para todo el mundo, esto se vuelva en contra para que permanentemente la sanidad sea un arma arrojadiza frente a los pacientes, los individuos, las personas.

Por tanto, algunos aspectos del funcionamiento del sistema sanitario público son muy difíciles de resolver. Tienen unas dificultades extraordinarias de todo orden (técnico, jurídico, político, etc.). Esto hace que estemos convirtiendo algunos problemas en mucho más graves de lo que realmente son.

Habría que hacer un índice sobre cuáles son los asuntos en los que debería haber consenso, porque lo demás es secundario. Que un hospital sea una fundación, un ente público o una empresa pública es un problema de apreciación, pero no es esencial. Sí lo es el modelo de sistema sanitario que queremos. Por esto, el índice de la subcomisión estaba bien hecho cuando apuntaba el debate sobre el modelo de aseguramiento –otra palabra muy fea, que no somos capaces de sustituir–. Ese modelo de seguro público tiene dos ámbitos: uno subjetivo (a quién cubre) y otro objetivo (qué está garantizando). La definición del ámbito subjetivo y del objetivo, es decir, el problema de la universalización y de la definición de las prestaciones que el sistema garantiza, es una cuestión esencial. Y el modelo de seguro público que exigiría –en nuestra opinión– la titularidad y responsabilidad pública, convierte en una cuestión instrumental la organización de la gestión de los centros sanitarios. Sin embargo, algunas veces, por todas esas dificultades que he tratado de enumerar, convertimos lo instrumental en esencial.

¿Estamos de acuerdo en el modelo de sistema, con el seguro público y único, la cobertura universal y las prestaciones que hacen efectivo ese derecho? Tengo que decir, y de ahí mi pesimismo, que creí cuando empezamos a trabajar en la subcomisión que sí lo estábamos. Pero el Grupo Parlamentario Socialista abandonó la subcomisión porque esta apreciación no era cierta; existía el desacuerdo. Y ése es un problema mayor: definir qué sistema sanitario defendemos.

El segundo gran problema es el de la consolidación financiera del modelo. Aquí también existen discrepancias. La inviabilidad financiera es muy discutible. Como no se trata de contraponer las opiniones, hay una metodología inexcusable y que nos conduciría al éxito: poner encima de la mesa las cuentas. Una cosa elemental pero que no se ha hecho. Todo el mundo habla del déficit del sistema pero nadie aporta los datos que demuestren la existencia de ese déficit –para quien

defienda que exista— o su inexistencia —para los que creemos que ésa es una afirmación que no se puede hacer con carácter general para todo el sistema—. Y como aquí intervienen diferentes factores de muy distinta índole: no se conoce el déficit de cada servicio de salud de las comunidades autónomas, no hay un sistema homogéneo de información que permita la transparencia y la valoración objetiva, etc. Deberíamos ser capaces, incluso con las cuentas sanitarias, que son tan complicadas, de clarificar esta cuestión. Parece poco serio que estemos construyendo modelos futuros y analizando los resultados de los del pasado sin el carácter fehaciente que dan las cuentas y su transparencia. No existe el cuadro con las cuentas de todo el Sistema Nacional de Salud o al menos los datos que son relevantes a estos efectos, es decir, los resultados, los déficit, el gasto real, etc.

Por otra parte, debe ser también objeto de análisis el debate sobre el presupuesto, que ha sido y sigue siendo tan atípico, con el “nuevo” modelo, aunque de novedad tiene poco, de financiación para el próximo cuatrienio. Uno de los expertos que compareció en la subcomisión —y quiero rendir una vez más mi tributo de gratitud y de admiración a las personas que comparecieron en esa subcomisión y que hicieron aportaciones importantes—, que no vino a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista, explicaba que la solución no era invertir más dinero en sanidad; es más, poner mucho más dinero puede ser preocupante para el medio plazo del sistema público. Y comparaba la sanidad con un agujero en el depósito de gasolina: la solución no es echar gasolina, sino arreglar el agujero. Sin embargo, parece que nadie le ha hecho caso. El problema no es económico sino saber cuáles son las medidas estructurales y las garantías para que ese dinero extra se utilice y controle mejor y se conozca cuál es su evolución.

De la modernización de la gestión ya he hecho algún comentario. Hemos convertido lo instrumental en categoría en un debate confuso, no sé si intencionadamente o no. No puede ser que el debate se circunscriba a discutir si lo mejor para gestionar un hospital es una fundación o un ente público. Pongo ese ejemplo porque he criticado —y lo sigo haciendo— la fundación como instrumento adecuado para gestionar un hospital. Pero no es un asunto esencial. Sí lo es, por otra parte, que sea de titularidad pública. La adopción del Derecho Privado para gestionar me parece una necesidad de los tiempos, sobre todo porque no hemos sido capaces de adaptar el Derecho Público a las nuevas necesidades de los servicios públicos. Eso a lo que en Alemania hace años que llaman el Derecho Público Privado. Aquí hemos puesto el carro delante del caballo y hemos transformado la Administración y los servicios públicos sin cambiar al mismo ritmo la cobertura jurídica pública y los instrumentos jurídicos se han quedado inadecuados para esa gestión de servicios públicos. Por tanto, adoptar el Derecho Privado para la gestión me parece absolutamente necesario allí donde éste aporta una mejora.

Naturalmente, los fondos públicos serán siempre públicos y necesitarán controles y garantías públicas. La igualdad en el acceso, por ejemplo, a los servicios sanitarios se debe garantizar desde lo público. Es decir, hay una serie de requisitos, de garantías, que hay que preservar y, a partir de ahí, hay que adoptar modos de gestión más eficaces. Negar esto es negar la evidencia, sobre todo para quien tiene la obligación de conocer la dificultad extraordinaria que tienen hoy los servicios públicos sanitarios de dar respuesta a una demanda cada vez más exigente, más informada, más impaciente —por eso ya no quedan pacientes—. Lejos de esa crítica tan dura que a veces se hace a los gestores sanitarios, en muchas ocasiones me han parecido héroes gestionando esos grandes hospitales.

Como decía el Prof. Segovia, todo el mundo repite el discurso de la separación entre provisión y financiación. Se reincide en temas en los que se ha logrado un cierto consenso. No estoy segura de que cuando los repetimos sepamos todos de qué estamos hablando. La prueba es que cuando se pone en práctica, cuando se crea una fundación, la separación entre la provisión y la

financiación se materializa de tal forma que el presidente del Insalud, que es el financiador, es el presidente del patronato, que es el máximo órgano de gobierno de la fundación; a los restantes miembros los nombra y separa libremente la misma persona. Por tanto, como no creo que las cosas se hagan por llevar la contraria ni a mala idea, entiendo que hay una cierta dificultad en poner en marcha este modelo que teóricamente todos repetimos desde hace años pero que a la hora de la verdad no es tan fácil de articular.

Por tanto, hay mucho que avanzar en la modernización de la gestión, aunque no me parece que sea éste el motivo de discordancia, salvo que con la modernización de la gestión se oculte la transformación del modelo. Ahí sí surgen las discrepancias. Aunque no es el momento de desarrollarlo, no entiendo por qué se han tomado algunas decisiones importantes en materia colateral al amparo de estas nuevas organizaciones.

Otro punto sobre el que considero que sería imprescindible lograr el consenso es en cómo se cierra el modelo sanitario. Es indiscutible que habría que completar las transferencias en materia sanitaria a todas las comunidades autónomas. Pero, a la vista del nuevo marco de financiación que se aprobará en el Parlamento para los próximos cuatro años, esas transferencias son inviables. No parece que ni Madrid ni ninguna otra comunidad autónoma del territorio Insalud esté en condiciones de recibir las transferencias con ese modelo de financiación. Por tanto, éste es otro motivo de preocupación, porque era poco discutible que las transferencias, en la medida en que fueran viables desde el punto de vista financiero, había que hacerlas. Y así surge otra discrepancia: si se van a hacer las transferencias como el Gobierno había anunciado, ¿por qué se inicia esta reforma tan profunda de los hospitales y de los centros? La transformación del Insalud y de los hospitales no es un asunto de meses sino de años. Por tanto, no entiendo por qué se aborda esta reforma en profundidad de la gestión del plan estratégico del Insalud con unas transferencias a la vista en esta legislatura.

Una vez transferido el Insalud, habría que redefinir las competencias de la autoridad sanitaria del Estado. Es evidente que el Ministerio de Sanidad no existe por tener la responsabilidad del Insalud, a pesar de que éste sea el asunto que ocupe un gran porcentaje de la actividad y todas las energías del ministerio. Pero para gestionar el Insalud, y sobre todo transitoriamente, no hace falta un ministro. Por tanto, ¿cuál es el papel del Ministerio de Sanidad sin el Insalud? Aquí también existen motivos de preocupación de cara al consenso. Por ejemplo, si hay una competencia poco discutible ésta es la de la autoridad sanitaria en política farmacéutica. La decisión de transformar la Dirección General de Farmacia en una agencia, rebajando el rango de la autoridad sanitaria a la de subdirector general e introduciendo la financiación privada para sostener esa autoridad del Estado nos parece una decisión equivocada. La autoridad sanitaria del Estado es fundamental en el Gobierno central. Es más, habría que redefinir algunas competencias para atraer a la autoridad sanitaria del Estado alguna transferencia que en la situación actual plantea no pocos problemas –y me estoy refiriendo al ámbito de la salud pública, por ejemplo–. Habría que discutir seriamente cuál es la situación de las competencias en salud pública y si es bueno que el ministerio siga igual o convendría reforzar o volver a traer al ministerio alguna de esas competencias. Tampoco parece que se esté en una buena disposición para abordar este asunto con la orientación que exige un acuerdo de principio para no caer en un debate escandaloso, ruidoso e inútil.

Éstos son los puntos que considero que exigen un consenso, que sin él va a ser difícil que se avance y que están en un mal momento.

Sr. D. José M^a Martín Patino

Muchas gracias por esta intervención. Le concedo un momento de réplica al Prof. Koldo Echebarría.

Quiero recordarles que pueden tomar todos ustedes la palabra en cuanto la pidan mediante las fichas que pueden encontrar en la mesa.

Prof. Koldo Echebarría

Gracias por los comentarios y las observaciones.

Quiero decirle al Dr. Segovia que retiro esa frase que le ha parecido injusta y que en modo alguno he tratado de molestar a los protagonistas de un esfuerzo sin duda relevante en cualquier época por mejorar la sanidad y en unas circunstancias muy difíciles.

Por otra parte, es justo tener en cuenta también que hay una intensidad muy diferente en la construcción del Estado de bienestar español, tanto en lo que se refiere a sanidad como a otros sectores, antes y después de la democracia. El volumen de recursos que se incorporan, el énfasis político que se pone en las prestaciones, etc., cambia sustancialmente. Se acentúa una tendencia que diría que se inicia antes del Seguro Obligatorio de Enfermedad; habría que hablar del Instituto de Reformas Sociales de principios de siglo, de la importación... Citando a Tocqueville, en el museo de las instituciones públicas hay muy pocos originales y muchas copias. Nuestro modelo sanitario incorpora buena parte de esas copias, mejora algunas y tiene el pie forzado en otras. No es malo importar siempre que las instrucciones que se importen se adapten a las circunstancias. Esto no ha ocurrido en España y así nos luce el pelo en materia autonómica.

Es lícito preguntarse por qué en España se habla tanto de reformas, por qué se suceden las reformas. Fundamentalmente porque no se ponen en práctica en muchos ámbitos. Nuestra diferencia con respecto a Europa –ya lo decía Ortega– no es que no se diseñen reformas, sino que no se ponen en práctica. Éste es el problema que tenemos al hablar de la reforma de la sanidad o de otras reformas. Estamos perpetuando un discurso que no ponemos en práctica.

Estoy de acuerdo totalmente con D^a Ángeles Amador en que la polémica sobre las formas de gestión es un falso debate, porque no trata sobre los modelos organizativos. En todo caso, el debate sobre modelos organizativos podía versar sobre la separación de funciones, de la que se habla pero no se pone en práctica. No se ha producido ninguna efectiva separación de funciones entre financiador y proveedor. Se ha hablado mucho pero en ningún momento se ha logrado un cambio del sistema de incentivos por el que se repercutan los riesgos sobre los proveedores. En todo caso, se ha reunido información sobre los costes relativos de diferentes agentes sanitarios, pero sin que ninguna consecuencia se haya puesto en práctica. Se puede hablar de un debate sobre modelos organizativos cuando se trata de marcos de responsabilidad, de institucionalización de la gerencia, de una articulación diferente entre racionalidad económica y racionalidad profesional y cuando se piensa en pautas de incentivos, culturales y de reparto de poder en el conjunto del sistema sanitario.

Evidentemente, los recursos públicos necesitan controles. No creo que los controles uniformes y burocráticos, característicos del sector público, sean la mejor garantía para los recursos

públicos. Tenemos un problema de reconversión de nuestro marco normativo y de nuestra propia concepción del control en el sector público, que tan malos resultados ha dado desde mi punto de vista, como todos podemos recordar, en los últimos años. Esta reconversión no se ha hecho. Se ha pretendido hacer más de lo mismo, léase ley de contratos, legislación presupuestaria u otras reformas que, en lugar de resolver problemas, los están agravando.

Comparto todo lo dicho sobre el modelo de descentralización. También estoy de acuerdo en la necesidad de atraer transferencias al Estado de las comunidades autónomas en el ámbito de la salud pública. Creo que es un problema muy mal resuelto.

Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado

Quisiera comenzar mi breve intervención con un agradecimiento formal a esta casa y una felicitación por el documento al Dr. Echebarría y a la convocatoria de esta reunión, que resulta, a mi juicio, muy importante. Todos los esfuerzos en este momento son pocos en materia sanitaria, pues es un sector que afecta a la totalidad de la población española y que consume además un volumen muy importante de nuestros Presupuestos Generales del Estado.

Quisiera poner de relieve, sin embargo, que hay alguna cuestión del documento que considero que no es rigurosamente cierta. No estoy del todo de acuerdo respecto a que en el Sistema Nacional de Salud existan inseguridades. En cualquier caso, pudiera existir alguna incertidumbre, quizá las propias de un sector que está permanentemente en cambio, que es tan dinámico, que tiene tantos agentes, que afecta, en definitiva, como decía, a todos los ciudadanos. Sinceramente, creo que nunca antes ha habido más seguridad en un sector como el sanitario. El propio acuerdo parlamentario de la subcomisión del Congreso de los Diputados, que aporta una enorme legitimidad en la medida en que ha sido aprobado en la Cámara Baja, por tanto, en un foro que responde a la representación de la soberanía nacional, me parece enormemente importante. Especialmente cuando ese foro ha sido absolutamente permeable, abierto a todos los sectores que han querido volcar de una forma coherente y razonable aquellas ideas o propuestas que pensaban que podía mejorar este sector sanitario.

No me parece que sea un sector que “presente enormes inseguridades” porque:

— Han sido aprobadas leyes a lo largo de estos 18 meses en la Cámara Baja casi por unanimidad, como la de nuevas fórmulas de gestión, que ha permitido el desarrollo de las fundaciones.

— Se acaba de firmar un acuerdo de financiación en el Consejo de Política Fiscal y Financiera de enorme transcendencia para la sanidad española. Es importante desde el punto de vista económico, pero creo que tiene implicaciones que van mucho más allá, puesto que va a suponer una inyección económica para nuestro sistema sanitario sin precedentes, prácticamente 380.000 millones más, en un año de austeridad presupuestaria: no hay que olvidar que estamos en un momento en el que España se está incorporando de una forma definitiva a la Unión Monetaria Europea. Por esto, ese incremento de casi un 10% de recursos adicionales me parece vital.

— Es un sistema que se está reformando y que además está tomando la dirección o líneas generales que han adoptado otros países de nuestro entorno que también han reformado su sistema sanitario como Reino Unido, Francia, Alemania, Holanda, Italia... Estos países han realizado

modernizaciones en sus sistemas sanitarios con unas tendencias bastante similares respecto a lo que nosotros hemos aprobado en el ámbito parlamentario.

— El Insalud, el instituto que gestiona la mayor parte de la sanidad española, ha aprobado, por primera vez en la historia de nuestra reciente democracia, un plan estratégico, que será presentado a la sociedad española en muy pocas semanas, que es un extraordinario instrumento de gestión, en la medida en que desde un análisis de los problemas plantea soluciones a éstos y sirve para homogeneizar el trabajo de los distintos interlocutores de este sector, como referente para todos estos agentes.

Decía M^a Ángeles Amador que “no son buenos tiempos para la lírica”, en el sentido de que no era fácil el consenso parlamentario. Soy de los que opinan que si mientras toda una orquesta está tocando una pieza, el trombón se dedica a desafinar o a tocar otra pieza distinta a la que tocan todos los demás, evidentemente no es fácil componer una obra. Sinceramente, pienso que ha sido una auténtica pena que el Grupo Parlamentario Socialista no haya querido dar su opinión en el ámbito parlamentario. Estoy absolutamente abierto a que hoy, en este foro si es necesario y en tantos otros como se convoquen, nos diga cuál es su modelo o las fórmulas que ellos contemplan como necesarias. Seremos permeables y absolutamente dialogantes para adoptar aquellas cuestiones que sean razonables para avanzar en nuestro sistema sanitario. Desgraciadamente, no lo han querido hacer en el ámbito parlamentario, puesto que no se han querido sentar a dialogar las posibles reformas que contempla el texto. No es que se hayan opuesto, ni siquiera han querido dar su opinión. Por tanto, me encantaría conocer su alternativa, las diferencias respecto del modelo que proponemos. Puede que estemos de acuerdo en algunas cuestiones y que algunas enmiendas se puedan incorporar al documento. Conozco lo que están haciendo algunas comunidades autónomas donde el Partido Socialista está gobernando y soy consciente de que siguen las mismas líneas adoptadas por este Gobierno y otros Gobiernos de la Unión Europea.

En cualquier caso, estoy seguro que nadie quiere que la sanidad se quede como está. No lo digo yo, lo dicen las encuestas. Los barómetros sanitarios de este país ponen de manifiesto que hasta un 80% de los ciudadanos quieren que se cambien algunos aspectos del sistema sanitario. Además, todos los grupos parlamentarios estuvieron de acuerdo. Se aprobó una proposición no de ley para crear esta subcomisión por unanimidad. Esto significa que todos los grupos consideraban que había cuestiones susceptibles de ser mejoradas.

Comentaba también la Sra. Amador que no existían datos. Desgraciadamente, los que hemos trabajado en el ámbito de la gestión en el sector sanitario sabemos perfectamente que eso es cierto. Se han perdido unos años muy importantes en lo que se refiere a la inversión en los sistemas de información sanitarios. ¡Qué más necesario en un sector que gasta tanto dinero que tener información sobre los estados económicos! Pues bien, desde 1986 en que apareció la Ley General de Sanidad nadie se ocupó de valorar la importancia que tenían los sistemas de información. Y le pondría un ejemplo claro para que se entienda. En 1996, cuando se produce el cambio de Gobierno y se pretenden conocer los datos de las listas de espera, se piden éstos a los hospitales y resulta que los datos que envían no son rigurosos, no son fáciles de medir y, en algunos casos, no reflejan la verdad. Esto ha complicado la situación de las listas de espera y la posterior puesta en marcha de posibles mejoras.

En definitiva, como decía al principio, no creo que exista inseguridad. Todos en este país compartimos –y se ha dicho por activa y por pasiva– los valores de nuestro sistema. Hay que mantener los aspectos positivos, mejorar los no tan buenos y hacer avanzar nuestro sistema. Por tanto, el texto del acuerdo de la comisión parlamentaria es un buen guión, un trabajo satisfactorio, que ha sido respaldado por la mayoría absoluta del Congreso de los Diputados, por cuatro grupos

parlamentarios muy importantes. Es una pieza de música y todos los que estamos aquí y otros muchos más agentes del ámbito de la sanidad española tienen que ayudar a construir la letra de esa música para completar la obra. Y una vez más, y no me voy a cansar ni ahora ni nunca de decirlo, invito a quienes en su día no lo suscribieron a que lo hagan, con la posibilidad de incorporar cuestiones que sean distintas porque, ténganlo seguro, estamos dispuestos a valorarlas y a incorporarlas en lo que de razonable tengan.

Excmo. Sr. D. Josep Corominas Busqueta

O se logra el consenso o no se avanza en el camino de la sanidad. El tema sanitario es un asunto político de gran calado, porque afecta a todos los ciudadanos del país. En este sentido, todos los ciudadanos deben poder opinar qué elementos consideran fundamentales.

La primera cuestión que se planteaba era si sería posible este pacto social. Pienso que la intervención que me ha precedido demuestra que en este momento no es posible, porque difícilmente con estos planteamientos se puede llegar a un consenso. Sería bueno que después de este encuentro fuera más fácil. No se puede, para llegar a un acuerdo, empezar a echar elementos contradictorios unos encima de otros. Nadie discute que los acuerdos parlamentarios tengan legitimidad democrática, pero otra cosa es que tengan legitimidad social. Es decir, cuatro grupos parlamentarios representan menos ciudadanos que los que no han firmado el pacto. Por lo tanto, desde el punto de vista del conjunto de los ciudadanos del país, la representación mayoritaria en votos no ha suscrito el pacto. Con esto no quiero decir que sea ilegítimo.

Deberíamos buscar cuáles son los elementos e intentar comprender las razones de los otros para llegar a un consenso. Si no es así, desde el punto de vista social, será muy difícil.

Estoy de acuerdo en que hay inseguridad. Si se habla con los ciudadanos, se observa que no se sabe hacia dónde se va. Ha habido tal cantidad de informaciones parciales, de afirmaciones y de contrainformaciones, que resulta difícil saber cuál es la línea argumental por donde debe discurrir. Sería bueno para alcanzar este pacto social que se marcaran unos parámetros concretos, que se definieran de manera unívoca para que no hubiera después posibilidad de interpretaciones distintas y se pudiera consultar a la mayoría de las entidades, de las personas, de los colectivos, etc.

En este sentido, dudo que haya acuerdo entre las distintas Administraciones sobre cuál es el futuro, porque a veces se olvidan o no se tienen en cuenta diversos elementos. Por ejemplo, cuando se habla del modelo catalán, no es que éste sea un modelo definido y claro. La mejor definición para mí del modelo catalán es que no es un modelo, sino un conglomerado de cuestiones que tiene su razón de ser y que creo que no es aplicable en otras partes del territorio. Es decir, en Cataluña en el momento de la transferencia, en 1981, hay una realidad determinada, que no es la misma que existe en otras comunidades autónomas españolas. Por tanto, hay que empezar poniendo en marcha una serie de modificaciones del sistema que hacen que se avance en una línea determinada. Así, no había prácticamente camas públicas del Insalud. A diferencia de lo que sucedía en el resto de España, el 60% de las camas hospitalarias en Cataluña no eran del Insalud. O se hacía tabla rasa y se empezaban a construir camas, con el despilfarro económico que eso representaba, o se utilizaban las que había. Esto produjo unas determinadas formas de gestión. Por lo tanto, cuando se utiliza este elemento para decir que hay que repetir lo hecho en Cataluña porque es lo ideal y es lo reformado, estamos cambiando de realidad. Por eso señalo que estos elementos no son los fundamentales sino que habría que buscar los principios que forman el sistema.

Se plantea la cuestión de la reforma. A mí el término reforma no me gusta particularmente porque sugiere que hay que cambiar las cosas. En todo caso, hablaría de mejora. Debemos mejorar el sistema, pero no reformarlo. El Prof. Segovia señalaba que hubo momentos en los que se produjeron cambios sustanciales en la forma en que estaba funcionando la sanidad. El modelo que ahora tenemos del Sistema Nacional de Salud se debe potenciar y mejorar, porque hay aspectos mejorables, pero no debemos cambiarlos. El concepto de reforma se presta a que algunos piensen que se van a cambiar cosas sustanciales.

Quería indicar al Sr. Echániz que discrepamos en la definición de los conceptos. Difícilmente nos podremos poner de acuerdo si no aclaramos estos conceptos previamente. No es fundamental discutir sobre la forma de gestión sino sobre cuáles son los elementos básicos que definen el sistema: debe haber equidad, solidaridad, cómo se mantiene que cualquier ciudadano en cualquier parte del país tenga el mismo nivel de atención y cómo se garantiza esto, etc. A partir de aquí, se debe diseñar un modelo.

Ilmo. Sr. D. José Luis Puerta López-Cozar

En primer lugar, quiero agradecer a la Fundación Encuentro la amabilidad que ha tenido invitándome a colaborar en esta reunión.

Me gustaría, si me lo permiten, saber hacia dónde vamos. Es decir, si se pretende tener varias reuniones para conseguir consensuar un documento que sea de utilidad para nosotros y, mucho mejor, para los ciudadanos. Si es de esta forma, convendría, desde el principio, por tener un mínimo de método, que nos pudiéramos poner de acuerdo sobre los temas básicos que vamos a tratar, que creemos importantes. Si no es así –y lo digo con todo el cariño y respeto–, podemos vernos inmersos en una discusión entre nuestros amigos los diputados, que sería perfecto, pero no estaría de más que el resto de los participantes pudiéramos también participar. Por lo tanto, deberíamos consensuar un pequeño índice de aquellos temas que consideremos importantes.

Esto es sólo una sugerencia y estoy a su disposición para lo que ustedes decidan.

Sr. D. José M^a Martín Patino

En efecto, no sé si llegaremos a firmar un documento, porque es una cuestión muy comprometida y necesitaríamos tiempo para consensuarlo y para determinar qué tipo de documento sería y a quién iría dirigido, como hicimos en el caso de la educación. Pero sería bueno que tuviéramos esa orientación que acaba de proponer el Sr. Puerta. No se puede excluir ninguna intervención, pero sí se puede señalar alguna dirección, determinar los puntos que podrían ser objeto de discusión o consenso, subrayando aquellos en los que estamos de acuerdo y aparcando de momento los que producen disenso para un ulterior encuentro.

Sra. D^a M^a José Alende

En primer lugar, quiero agradecer la invitación a este debate. Me congratulo de que existan iniciativas de estas características, puesto que permiten, sin luz ni taquígrafos, que nos expresemos con claridad. Sin embargo, da la sensación de que estamos ante un público que nos va a votar y hacemos campaña.

Es posible y deseable un pacto en la sanidad. Ha sido posible conciliar a todos los grupos parlamentarios y a los agentes sociales en la consolidación del sistema de pensiones, tema que estaba sometido a grandes tensiones producidas por agentes importantes como la banca. ¿Cómo no va a ser posible que entre todos y todas podamos plantear elementos comunes de defensa del Sistema Nacional de Salud, para mejorarlo y consolidarlo? Creo que es posible.

Además, el consenso debería producirse sobre cuatro ejes importantes.

En primer lugar, el aseguramiento. En nuestro país se ha consolidado un aseguramiento administrativo que no tiene ningún sentido desde la aprobación de la Ley General de Sanidad. Éste tenía cierta razón de ser cuando existía un Sistema de Seguridad Social y cada una de las cotizaciones se desviaba a MUFACE o al Sistema de Seguridad Social. En el momento en que la Ley General de Sanidad ha configurado un Sistema Nacional de Salud financiado fundamentalmente por los Presupuestos Generales del Estado y exclusivamente de éstos a partir del año 2000, gracias al pacto de pensiones, no tiene razón de ser la convivencia de dos aseguramientos. Se debe tender al aseguramiento único y público. El problema a la hora de plantearlo son las resistencias que puede provocar ante determinados colectivos a los que se aspira a ser punto de referencia político y sindical. A veces los sindicatos también jugamos –y me autocritico– a determinado clientelismo, que es lógico y forma parte del marco en que competimos.

Por lo tanto, me gustaría saber si cuando hablamos de aseguramiento único y público nos estamos refiriendo a lo mismo todos y todas. Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad no se ha dado ni un solo paso a la hora de cortar o limitar el aseguramiento a través de las mutuas, a pesar de que somos conscientes de que se produce un fenómeno cuando menos paradójico. En primer lugar, el mutualismo administrativo, a través de los conciertos que mantiene con ADESLAS, ASISA, etc., financia el 84% de las aseguradoras privadas. En segundo lugar, los que se acogen inicialmente al mutualismo administrativo, que son jóvenes y no tienen ningún tipo de patología, casi siempre eligen el aseguramiento MUFACE, pero cuando van avanzando en su edad y sus patologías empiezan a ser preocupantes, eligen la Seguridad Social, agravando su coste, por dos razones: el sistema sanitario les ofrece mayores garantías y si se jubilan no tienen que pagar el 30% en la farmacia, que es la cantidad que tienen que abonar si están en MUFACE.

También sería bueno concretar nuestra opinión sobre el aseguramiento subjetivo. Es cierto –y lo decía uno de los contertulios– que hay que observar cómo está configurado el Sistema Nacional de Salud. En éste no existe equidad y, dependiendo de cada comunidad autónoma, el ciudadano tiene unas prestaciones u otras. No se ha conseguido que las inversiones sanitarias fueran ajenas a las presiones políticas que en un momento determinado se dan a la hora de generar inversión en una comunidad autónoma frente a otra, en un ayuntamiento frente a otro, en un área sanitaria frente a otra, etc. Por lo tanto, habría que decidir cuáles son las prestaciones que tiene que dar el conjunto del sistema y cuáles son estas prestaciones. No es lo mismo hablar de prestación de recursos del sistema que de prestación farmacológica. Son cuestiones que habría que intentar delimitar.

En cuanto al tema de la financiación, es fundamental ver exactamente qué pacto de financiación se debe garantizar, más allá de las presiones que se ejercen sobre el sistema. Se debería conseguir un pacto de financiación de una duración superior a la del período legislativo que permita el mantenimiento saneado del Sistema Nacional de Salud.

La Ley General de Sanidad y el modelo que ha propiciado tiene un elemento tremendamente negativo: ha potenciado la descentralización del sistema –aspecto muy positivo– pero dejando muy desvertebrado el papel del Ministerio de Sanidad. Las comunidades autónomas asumen las transferencias de casi todos los recursos, tienen capacidad para gestionarlos y el papel del ministerio ha quedado absolutamente desdibujado.

Si sobre cada una de estas cuestiones, somos capaces de explicar qué es lo que planteamos, sería posible o deseable –aunque a veces se confunden los deseos con la realidad– intentar trabajar en la línea de un pacto que consolidara un sistema que, desde todos los parámetros macroeconómicos que se mida, es un buen sistema.

Excmo. Sr. D. Julián García Vargas

No quería intervenir precisamente por la proximidad de la participación de los señores diputados. Este debate no puede convertirse, como ha dicho la Sra. Alende, en una conversación parlamentaria adicional. Aunque no estoy dedicado ahora a la política, el carácter de “ex” siempre se proyecta. Y no me siento en absoluto parte de este gremio, entre otras cosas porque cada vez estoy menos inclinado a opinar sobre la sanidad y su organización. Conforme pasa el tiempo, más claras tengo algunas ideas y menos me atrevo a expresarlas. Dado que nuestro país es hiperdemocrático, opinar con cierta independencia es extremadamente peligroso. Este hecho ha generado una receta de opiniones políticamente correctas sobre cualquier tema que hace que la inmensa mayoría esté en contra de los que no opinan de acuerdo con esa receta. Por lo tanto, como vamos a tener algún tiempo, iré dosificando mis opiniones.

He aprendido algo a lo largo de estos años: cualquier discusión sobre el sistema sanitario llega muy difícilmente a conclusiones porque es un tema tan sumamente sensible que inmediatamente genera reacciones contrapuestas que asustan. Éste será el primer obstáculo a salvar si se quiere conseguir un documento que sirva para generar el consenso.

Al Sr. Echániz le debo decir que, efectivamente, en los últimos tiempos hay menos inseguridad en el sistema sanitario porque ya no oigo las opiniones de la persona que ustedes tenían para explicar lo que iban a hacer en sanidad cuando estaban en la oposición, ya que no tiene ninguna responsabilidad en este terreno. Coincidió con él en algunas ocasiones y oía argumentos que me parecían tan increíblemente imposibles de realizar que ahora, que veo que no los llevan a cabo, me produce una enorme tranquilidad. En eso creo que ustedes han avanzado mucho.

Al mismo tiempo, generar el consenso a través del Parlamento no es fácil, por no decir imposible. El Parlamento es una caja de cristal y todo lo que allí se hace debe tener una inmediata publicidad. Por lo tanto, es difícil expresarse sin unas enormes cautelas. No entendí muy bien por qué se hizo la ponencia parlamentaria. No era la primera vez que se planteaba. Si se decidió en otra ocasión no hacer una ponencia parlamentaria fue precisamente por esas limitaciones del Parlamento. Por eso surgió una comisión, en la que trabajó muy eficazmente el Prof. Segovia, que asustó mucho por sus reflexiones y conclusiones.

Así que, si alguien se queda fuera de las ponencias parlamentarias, no es porque no quiera participar sino seguramente porque la dinámica o el marco en el que se va a desarrollar esa comisión no es considerada la más propicia.

En cuanto al documento, pienso que es muy válido para empezar una reflexión que sirva para el consenso. Me gusta mucho como está redactado porque carece de pasión. Es una gran virtud. Además, es original el enfoque, puesto que contrapone el “modelo gerencial” y el “modelo profesional”. Todos los que hemos tenido alguna responsabilidad en este terreno hemos sufrido esa contraposición. Y me gusta la conclusión de que ninguno de los dos modelos va a imponerse al otro. Lógicamente, habrá más contenido de “modelo gerencial”, pero el “modelo profesional”, por la propia naturaleza del sector, tiene que subsistir en muchos aspectos. Y me ha parecido especialmente interesante el análisis de la descentralización en las comunidades autónomas, porque es la primera vez que lo veo escrito. Además, está muy bien expresada la necesidad de coordinación, como aparecía ya en la Ley General de Sanidad, aunque es un asunto que se ha quedado detrás de otras consideraciones y, por lo tanto, no se ha implementado.

Por último, quiero decir que estoy de acuerdo en la separación de las dos fases de la reforma. A mí me toco el cambio de las dos; estuve en la primera y en parte de la segunda. Ahora la situación está mucho mejor, sobre todo con los sindicatos, puesto que comparten cierto espíritu general. Cuando fui responsable del Ministerio de Sanidad, todos los viernes había manifestaciones. Ahora paso por el Ministerio de Sanidad y no hay nadie, por lo que todo debe ir bien. Esto mismo ocurre cuando voy a los hospitales. Y me alegro.

El sistema tiene una tendencia consustancial al déficit. Hay una regla universal en sanidad: cuanto mejor se hace, más cuesta. Por lo tanto es muy difícil que los controles financieros al uso se puedan aplicar. Y los controles sociales son muy vagos. Por eso, todo sistema sanitario tiende al déficit. Pueden establecerse mecanismos que hagan que el sistema se autorregule –y el documento habla de algunos– pero aún así es muy difícil evitar que siempre haya que poner algo más. El sistema tiene un carácter dinámico –y esto será una de las dificultades del consenso– porque siempre está avanzando (prestaciones nuevas, mejores...). Éste es un principio que todos tenemos en la cabeza pero que cuesta mucho articularlo políticamente puesto que es muy difícil hacerlo socialmente. No tenemos todavía la experiencia suficiente que dan los muchos años; no ocurre como en otros sistemas más maduros en los que ya se ha experimentado mucho y los ciudadanos son conscientes de esa experimentación y de su limitación.

Termino diciendo que si a los ciudadanos se les pide ayuda para mantener la universalización y el sistema tal como está configurado ahora y con las prestaciones actuales, que en mi opinión son excelentes, éstos la darán.

Dr. D. Ángel García Cubero

Tengo que dar mi más sincera enhorabuena al Prof. Echebarría por su estudio. Comparto totalmente la opinión del Prof. Segovia, pero deseo referirme a reformas concretas, como la reforma de 1964. Esta etapa la vivimos muchos médicos, entonces muy jóvenes, entre los que tuve la gran suerte de encontrarme. Éramos un grupo de médicos que se les puede llamar médicos de hospital con una tremenda vocación, deseosos de participar en esta dura lucha para mejorar la calidad asistencial.

Me gusta trabajar desde el punto de vista político profesional. No pertenezco a ningún partido político; soy totalmente independiente y voto según mi libre conciencia; como les digo, estuve muy activo en esa segunda reforma, la llamada reforma de 1964. Mi hospital era mi casa. Les recuerdo que nuestro horario era de nueve de la mañana a seis de la tarde; los sábados de nueve de la mañana a una de la tarde; y el domingo íbamos a visitar a lo que ustedes ahora llaman “usuarios” y no pacientes.

El primer paso para conseguir el consenso sería utilizar una terminología única, que debería ser utilizada por todos los ciudadanos españoles.

El consenso social en el tema de la sanidad es extremadamente difícil porque –como D. Julián García Vargas dijo– es un déficit continuado. Este hecho ya lo señaló el Prof. Laín Entralgo en 1964 en una conferencia, a la que asistí durante mi período de formación de médico interno y residente en mi hospital, donde dijo que la técnica era ilimitada. Fíjense ustedes lo que esto significa. Recuerdo que para el diagnóstico, pro ejemplo, de una sinusitis hacíamos una radiografía de senos y en el momento actual para el mismo diagnóstico se realiza un escáner, con el elevado incremento de coste que esta técnica supone.

Otro tema que me gustaría tratar es la situación actual de los hospitales. ¿Existe masificación en los hospitales? ¿Por qué no preguntan ustedes a los médicos y a los pacientes? Los hospitales están totalmente masificados, porque no hay una estructura adecuada de acceso de los pacientes a los centros de referencia. Un 70%-75% de los pacientes que acuden a los hospitales pueden recibir asistencia digna y científica en los Centros de Salud, pero siguen llegando a los hospitales. Entonces, me gustaría, respecto a este consenso social en la sanidad, que este grupo defina claramente si aceptan la existencia de una masificación en los hospitales. Es muy sencillo: pregunten a los pacientes y a los médicos.

Perdonen ustedes que les hable de estos temas, aunque estoy interesado en el *case-mix*, en los GRD, etc., que la moderna gestión de los hospitales nos intenta imponer a los médicos que nos dedicamos a una actividad estrictamente profesional y médica. Desde luego consideramos la gran importancia de esta moderna gestión de los hospitales pero con la participación de los médicos.

Y la masificación se puede solucionar mediante consenso, aunque sea muy difícil lograrlo. En este país, determinados grupos sociales tienen el privilegio de poder elegir entre compañías aseguradoras de asistencia sanitaria y la Seguridad Social, como los Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad Judicial. El 87% de los funcionarios –dos millones– elige el sistema de aseguradoras. ¿Por qué? Para evitar esta gran masificación de pacientes en los hospitales, muchos de estos pacientes deberían ser atendidos por aseguradoras.

Somos partidarios de que los ciudadanos, dependiendo de su nivel de renta, participen en el déficit de la sanidad mediante el sistema copago. Elijan ustedes el procedimiento, pero la participación económica en relación con el nivel de renta sería beneficiosa para evitar este déficit que la sanidad sufre.

Estoy aquí como representante del Consejo General de Médicos; en un Pleno del Consejo General realizado antes de las últimas elecciones generales, un representante muy importante del Partido Popular nos dio una información exhaustiva de la reforma sanitaria que este partido iba a realizar si conseguía el gobierno. Esta información duró aproximadamente unas cinco horas y actualmente los médicos estamos esperando todavía poder constatar estas reformas.

Perdonen que haya hablado como médico de base, como médico de hospital y como médico que ama la medicina.

Excma. Sra. D^a Blanca Fernández -Capel Baños

Quería agradecer, como todos los participantes, que me hayan invitado.

Quiero sacar el debate del ámbito parlamentario, porque no me parece oportuno, ya que sería monopolizarlo. Si algo tienen de grande estas fundaciones es que son punto de encuentro de intelectuales que tratan un tema. Y cuando hablo de intelectuales no me refiero a cantantes sino a gente de teoría, que es lo que es un intelectual. Hoy las palabras se han devaluado tanto que caeríamos en aquello que decía Confucio sobre que cuando las palabras pierden su sentido, se ha perdido la libertad. Pero hay algunas palabras que me gustan y que creo que son posibles siempre. Por ejemplo, la palabra consenso. Siempre se puede llegar a un consenso mientras exista una posición de oferta y otra de cesión de algunos de nuestros propios planteamientos en beneficio de una causa o bien mayor.

Y quería sacar el debate del ámbito parlamentario porque aquí hay representantes de otros sectores que tienen tanto que aportar a la sanidad como podemos hacerlo los que hemos sido, por una circunstancia u otra, llevados al Parlamento en un momento determinado.

Quiero felicitar también al Prof. Echebarría por su trabajo, que conozco muy bien, pues tengo el honor de ser alumna de ESADE.

Hay una pregunta que se ha planteado antes de la intervención del Dr. Cubero que estaba deseando contestar respecto a si había algo que reformar en el sistema sanitario. Pienso que siempre hay algo que reformar. Y en un sistema dinámico como éste, que no tiene una base estable, que está siempre en continuo movimiento, siempre tendremos que estar abiertos a actitudes que nos vayan a llevar a un lado u otro porque no van a depender de nosotros, ni de los que se llaman usuarios, que son pacientes, ni de los que se llaman proveedores, que somos los trabajadores de la sanidad, los médicos o las enfermeras, como queramos llamarles. Intentemos centrar también el aspecto lingüístico.

Yo esperaba que se trataran algunos puntos que el Dr. García Cubero ha dejado abiertos. Quisiera que hablaran esos representantes del mundo de la medicina desde diferentes ámbitos porque si hay algo que reformar en el sistema sanitario, y no me refiero a la cobertura, que no está en peligro, ni a la accesibilidad del sistema, que todos estamos de acuerdo que debe ser accesible y permeable a todo el mundo y en igualdad de oportunidades, ellos lo conocen. En algunos países europeos como Reino Unido, Francia, Suecia, Holanda, etc., se han planteado una serie de cuestiones que han tenido más o menos éxito. Se han vertebrado una serie de situaciones en aras a conseguir una mayor satisfacción, recibiendo la mejor calidad sanitaria posible que puede ofrecerse desde un sistema público. Nadie cuestiona que no tienen que ser siempre los sistemas que todos tenemos en mente como el sistema integrado u otro tipo de sistema, sino que pueden ser diferentes. Por esto, me gustaría, ya que he oído la intervención de un médico en el sentido puro –yo también soy médico–, escuchar los argumentos que tienen los médicos y los representantes de otros sectores sociales más en contacto con los enfermos. Es importante en cuanto a generar esa implicación del médico a una mayor responsabilidad en su capacidad de decisión dentro del sistema sanitario, que

es algo sobre lo que hoy casi no se discute. En algunos sistemas sanitarios la responsabilidad se ha diluido casi totalmente.

Además, nuestro sistema, igual que el resto de sistemas sanitarios, tiene unos objetivos movibles, que no son fáciles de diseñar. Al igual que siempre va a existir una mayor demanda de tecnología, etc., ni siquiera va a ser fácil poder planificar desde un servicio cómo va a quedar la lista de espera si el radiólogo no puede saber cuántos escáner o cuántas ecografías le van a pedir. No se le puede marcar como objetivo que tenga un mes de lista de espera si no sabe que demanda va a tener. Es decir, son cuestiones que siempre existirán, yendo ya casi al plano de lo anecdótico. El sistema se está moviendo constantemente por lo que nosotros tendremos que meternos en ese ritmo, en esa orquesta –no sé si con trombón o con flauta travesera– e intentar entre todos, con la experiencia de otros países y con nuestra propia reflexión, que funcione. Ésta es la idea fundamental.

Dr. D. José M^a Segovia de Arana

La discusión es tan animada que merece la pena hacer, aunque sean brevísimas, algunas consideraciones.

Existe un consenso: la fuerza de los hechos, la evidencia de la evolución del proceso. Independientemente de lo que opinemos, con acierto o desacierto, ahí está y es sobre lo que quiero insistir.

El gran problema de todos los sistemas sanitarios actuales es la disociación entre el coste de los cuidados de salud y la demanda que se produce. Cuando en 1942 Lord Beveridge puso en marcha el *National Health Service* en Inglaterra hizo una declaración tremendamente ingenua: a medida que la población sea más sana, habrá menos demanda de asistencia médica y ahorraremos dinero. Justamente, todo lo contrario. Un compatriota nuestro, el antiguo conseller Trías, sintetizó este hecho en una frase muy gráfica: el éxito nos arruina. A medida que la población está más sana, consume más asistencia médica; a medida que la población vive más tiempo, la vejez aumenta.

En la última reunión del Consejo Asesor de Sanidad que tuvimos en junio, el ministro Romay analizó que había que separar lo que era la asistencia social de los ancianos de la asistencia sanitaria. En el hospital que he dirigido durante mucho tiempo, el promedio de edad de los ingresados era de 60-62 años. No era un hospital de agudos. Una cama costaba entre 40.000 o 50.000 pesetas y estaba siendo ocupada por el viejecito que estaba solo, aunque tuviera también una artritis que servía de pretexto. Habría que separar claramente la asistencia sociosanitaria, que es más justa, más humana y tiene la ventaja de que cuesta menos. Este hecho se ha recogido en la ponencia de una manera muy clara y nítida.

Sería bueno que consiguiéramos que nuestros políticos, educadores, sociólogos, etc., inculquen a la sociedad la idea de que la Seguridad Social no se utiliza para resarcirse de unos impuestos o cuotas que pagó, sino que es necesaria la equidad, la solidaridad, el empleo adecuado de los recursos.

Y repito una anécdota que vi una noche en mi hospital. Pasaba por una planta donde estaban las enfermeras tomando café y una de ellas tomó una jeringuilla de plástico para mover el azúcar del café. Esa jeringuilla no valía nada, pero esta acción indicaba una actitud. O aquella enfermera que tiraba una sonda, que valía 8.000 o 10.000 pesetas, porque no costaba nada. La

conciencia del gasto, esto que a todos nos atenaza, es muy reciente, tal vez cinco o seis años. Antes no nos dábamos cuenta, primero porque no era tan caro y, segundo, porque había más recursos. Y la solución está en la educación sanitaria y en la conciencia del médico.

Y quiero decir dos cosas alentadoras. Primero, la asistencia médica se va desplazando, justamente porque es buena en el momento actual, del hospital sofisticado, tecnificado, terciario, hacia la Atención Primaria. Éste es un hecho que debemos resaltar porque nos ha costado mucho trabajo hacer los centros de salud. Hay centros modélicos, hay médicos de familia magníficos que trabajan corporativamente, con un sentido internista extraordinario, que presumen de ser médicos internistas. Ese desplazamiento se va produciendo. Y ya hay especialistas que, aunque dependen del hospital, trabajan fuera de él y tienen unas interconsultas. La población está mucho mejor asistida que antes. Los hospitales, a medida que esta teoría vaya avanzando, tendrán una efectividad mayor.

Una de las corrientes más interesantes de organización hospitalaria es el Instituto, como lo llaman en Cataluña. El Hospital Clínico de Barcelona es realmente un modelo en este aspecto. La realización de áreas o de unidades es un tema que va a ser estudiado en la próxima reunión del Consejo Asesor de Sanidad, donde trataremos monográficamente esta tendencia en la que está la mayor efectividad de los recursos de que disponemos.

En cuanto a las personas mayores, buenas noticias para los que ya tenemos una cierta edad, puesto que se va observando que la preparación para las últimas décadas de la vida está incidiendo en la menor frecuencia de la demanda asistencial. Uno de los últimos números de una revista demuestra como en Estados Unidos las personas de más de 80 años tienen una calidad de vida mucho mejor que la que tenía hace 10 años ese mismo grupo poblacional. Se lo deben a medidas basadas en la medicina preventiva, la educación sanitaria, el estilo de vida, etc.

Tengamos paciencia, pongámonos de acuerdo porque creo que las cosas pueden arreglarse con estas medidas, que, como ven, son producto de la propia evolución de la medicina y de la propia evolución cultural de la sociedad en que vivimos.

Sra. D^a M^a del Carmen González Rodríguez -Salinas

Quiero agradecer la invitación para participar en este debate en el que podemos hablar y profundizar sobre los temas que nos preocupan. También quiero felicitar al Prof. Echebarría por su documento, porque ha centrado muy bien los temas, está muy bien expresado, de manera comprensible y ha centrado en la parte final extraordinariamente los problemas a los que debemos enfrentarnos de una manera muy esquemática, pero también muy precisa.

En cuanto al tema del modelo, tengo una preocupación. La Ley General de Sanidad lleva funcionando 11 años desde que se aprobó. Todavía hay muchos aspectos que no se han desarrollado con profundidad, por lo que quizá se han producido estos problemas que estamos tratando hoy. Todo tiene su tiempo. Pero en esa Ley General de Sanidad se define un modelo de Sistema Nacional de Salud, cuya financiación es vía impuestos. Y en el año 2000, toda la financiación tendría que ser a partir de los impuestos. Y existe una cierta distorsión. Últimamente, en los foros donde se debaten estos temas de la economía de la salud sale unido a esto el tema MUFACE y la libre elección. Y enlazándolo con lo que está incluido en el documento sobre la “falacia” de la libre elección, que está muy bien expresado porque cuáles son las premisas para que podamos hablar

sinceramente de la libre elección del ciudadano. Sería importante poder llegar al consenso sobre de qué modelo estamos hablando. Nos decantamos por el modelo del Sistema Nacional de Salud y modelo de seguro público financiado vía impuestos, con una serie de prestaciones básicas y otras complementarias –no nos negamos a hablar–. Pero deben quedar muy claras las prestaciones básicas y la cobertura universal para todos los españoles. También dice la Ley General de Sanidad que el sistema sanitario público debe cubrir esas prestaciones y que el sistema privado es complementario.

Además, nuestro modelo defiende la solidaridad y la equidad. Y éste es uno de los problemas actuales. Aunque se puede acceder a toda esa serie de prestaciones que están en el catálogo, no hay equidad en el acceso. Esto lo sabemos bien los que trabajamos en los centros sanitarios. Y es una cuestión sobre la que habría que profundizar y mejorar. ¿Cómo podríamos llegar a un acuerdo sobre la equidad? ¿Cómo se mide? ¿Qué recomendaciones se harían para poder establecer unos criterios básicos sobre qué queremos decir con equidad sobre todo en el acceso?

Además, hay que desarrollar la conciencia cívica. El sistema sanitario es un bien del Estado de bienestar. Todos los interlocutores sociales deberíamos, aunque no sea nuestro papel, insistir sobre la necesidad de desarrollar más la conciencia cívica respecto a los bienes que tenemos, entre ellos el sistema sanitario, que es de todos y hay que cuidarlo. Debemos ser conscientes de su coste, desde los profesionales sanitarios hasta la población. Es un tema que realmente me preocupa porque he vivido la experiencia en otros países donde la conciencia cívica del bien del Estado de bienestar es mayor que en nuestro país.

Excma. Sra. D^a Ángeles Amador Millán

Me gustaría hacer hincapié en una idea inicial que expuse, referida a la sostenibilidad financiera del sistema. No cabe duda que el sistema tiende a generar déficit y a gastar por encima de lo disponible. Pero cuando dije que el sistema debe ser defendido en cuanto a su viabilidad financiera, estoy haciendo una valoración más compleja.

Naturalmente, hay que contrarrestar esa tendencia deficitaria del sistema con una eficiente gestión, con medidas racionalizadoras, con la educación del propio paciente y con la conciencia de gasto a la que se refería el Prof. Segovia, que no sólo falta en los profesionales que trabajan en la sanidad sino también en los propios usuarios de los servicios públicos. En España tenemos una carencia de cultura de lo público. Éste no es un problema de sanidad, es general. Nos falta esa cultura que envidio tanto a los anglosajones: la conciencia de que lo público es lo más nuestro y lo pagamos todos, puesto que el ciudadano es el que sostiene el sistema sanitario con sus impuestos. El paso siguiente es reconocerse en él y pensar que es propio y, por tanto, hay que utilizarlo bien. Cuando un paciente acude a una consulta privada y tiene que esperar, una sala de espera llena de pacientes y que le hagan esperar es un signo de distinción y de la calidad del médico; cuando un paciente espera en una sala pública, es un signo de mala gestión, de mala organización, aunque el médico sea el mismo. ¿Cómo se explica esta apreciación tan diferente? ¿Por qué somos tan exigentes al coger un transporte público y tan tolerantes con los taxis de Madrid? Porque nos falta cultura de lo público. Ésta es una labor pedagógica que hay que hacer, no sólo con relación a la sanidad, pero en este campo mucho más. Es sintomático el ejemplo de la jeringuilla, pero también podemos recordar miles de ejemplo desde la perspectiva del paciente. Hay que luchar contra esa tendencia del crecimiento del gasto por encima de lo razonable.

Pero no creo que el sistema se muera de éxito porque funcione bien. Creo que es un objetivo extraordinariamente importante. Hay que tener en cuenta la rentabilidad social del sistema sanitario. Es fácil echar una ojeada a los Estados Unidos y ver cuánto se gasta allí y con qué resultado. Lo que se gasta en el sistema sanitario público español, considerando qué prestaciones garantiza, qué nivel de calidad está dando y a quién atiende, es un coste razonable. En sanidad casi se gastan cuatro billones de pesetas, pero esto no significa que sea muchísimo dinero. Exige una gestión muy cuidadosa y una serie de medidas que no es el momento de enumerar. Pero, sostengo que es un coste razonable y eficaz.

Finalmente, y el Prof. Segovia lo ha mencionado, el tema de los servicios sociosanitarios, que efectivamente está en las conclusiones de la subcomisión, es una cuestión importantísima. Es fundamental ese deslinde para no mal utilizar los recursos e ingresar en un hospital de agudos a aquellos pacientes que estarían mejor en una residencia asistida. Pero hay una conclusión que me preocupa y de la que discrepo: incentivar a las familias para que cuiden de las personas enfermas, de los enfermos crónicos y de las personas mayores. Devolver esa función a las familias es injusto. También soy de las que cree que un Estado no puede ser más solidario de lo que es la sociedad que lo integre. Por lo tanto, hay obligaciones familiares, personales, sociales que no se pueden transferir al Estado, pero no necesitan incentivación fiscal. Hay que cuidar de los mayores, pero en la medida en que se pueda, aunque desde luego no por incentivos fiscales. No vayamos a suplir nuevamente una red pública o concertada, una red eficaz, con el esfuerzo de personas concretas que soportan una carga enorme, que además suelen ser las mujeres, que son las que históricamente han suplido las carencias de un Estado de bienestar. El estudio sobre las desigualdades sociales en España que ha publicado recientemente el Ministerio de Sanidad demuestra que el grupo de población que peor se siente de salud son las mujeres entre 35 y 55 años. La explicación lógica es el esfuerzo que supone su situación. Por lo tanto, este asunto ha de ser abordado con seriedad. No caigamos en el recurso fácil de reconocer a las familias el esfuerzo que hacen con sus enfermos. No nos engañemos, puesto que es una obligación colectiva. Cuando una familia o una persona asume este hecho es porque quiere, puede y seguramente no necesite incentivos fiscales. Esto no quiere decir que esté en contra de los incentivos fiscales, pero me parece una trampa reducir ingresos públicos cuando éstos deberían garantizar esa red, que es una necesidad urgente habida cuenta de nuestra pirámide de población.

Prof. Koldo Echebarría

Más preocupante que la viabilidad financiera del sistema es identificar aquellos criterios que permitan su sostenibilidad. El núcleo de la discusión en torno a esta reforma tal vez no esté tanto en determinar si defendemos un sistema de aseguramiento público universal financiado vía impuestos, sino cuál es el significado de ese sistema. Básicamente, ¿qué derechos produce el sistema y qué tipo de obligaciones genera para los ciudadanos? Esta argumentación posiblemente sea el núcleo del debate, lo que significa la reforma, no solamente de la sanidad, sino de otros servicios del bienestar en nuestro país y en otros.

Y se puede analizar la experiencia comparada en dos sentidos: los efectos de la reforma y los efectos de la no reforma. En lugar de tomar como ejemplo un país como Suecia o el Reino Unido, donde distintas intencionalidades y consensos políticos sobre el Estado de bienestar han reformado el sistema en un sentido que garantiza su sostenibilidad, podemos fijarnos en Italia, país en el cual el aseguramiento ha dejado de ser gratuito puesto que se exigen copagos por encima de un cierto nivel de renta. Un efecto que no me gustaría ver en nuestro país porque es posible la

sostenibilidad financiera del sistema si se adoptan ciertas decisiones o se ponen en marcha algunos mecanismos. Es aquí donde la discusión sobre cuestiones como el modelo organizativo es relevante. Después de entender los mecanismos institucionales a través de los cuales se producen estas prestaciones, se garantizan y financian estos derechos, se deben buscar alternativas en nuestro contexto o incluso en contextos diferenciados dentro de España, garantizando un mínimo denominador común. Puede que la solución catalana no sea la misma que la del País Vasco, Andalucía u otra comunidad autónoma; podrían ser modelos organizativos distintos.

Hay que reconocer, por debajo de las leyes que defienden nuestros derechos y los decretos que los concretan y que son saludables y deseables y por encima también de los profesionales e incluso de los gerentes, la relevancia en la organización sanitaria del modelo organizativo como intermediario del proceso de satisfacción de las prestaciones. En términos generales, los economistas, los políticos, los profesionales de las más diversas ramas tienden a poner en segundo plano la importancia de la organización. Pero son las organizaciones las que intermedian, las que al final, a través de sus sistemas de incentivos, de sus ordenes culturales, de sus mecanismos de distribución de poder, hacen efectivas los derechos del bienestar. Por tanto, el núcleo del debate es reconocer la reforma organizativa como foco de la reforma, desde la base de una comprensión de lo que el sistema queremos que dé y que pida a los españoles. De hecho, donde explotan las contradicciones de la reforma del Estado de bienestar es en la reforma organizativa –como es lógico–, porque es ahí donde están establecidos los equilibrios de todo tipo de órdenes que están insertos en las organizaciones del bienestar.

Sinceramente, creo que no hemos entendido el alcance de la reforma organizativa. Hemos valorado la reforma muchas veces desde prejuicios ideológicos, automatismos económicos o lógicas profesionales, sean las de los médicos o las de los gerentes. Pero no hemos entendido la relevancia de la organización como olla en la que se cuecen los distintos órdenes y, queramos o no, producen unas inercias. Y el sistema no es sostenible con la inercia organizativa que tiene. No nos podemos permitir duplicar en siete años el presupuesto sanitario del país, aunque éste pueda ser en última instancia un juicio político, y puede ser aceptable, porque si el país decide dedicar el doble de los recursos a sanidad, lo puede hacer, sacándolo de otros ámbitos.

Éste es también el debate de la equidad, que es producto de las organizaciones al final. Curiosamente, voy a ser padre dentro de poco y he hecho un experimento empírico relacionado con la equidad de las prestaciones que han recibido todo un círculo de amistades en relación con la asistencia al embarazo y al parto. Y he calculado el coste de esta asistencia. El diferencial entre distintos sistemas (públicos o privados, distintos privados, diferentes comunidades autónomas, distintos centros sanitarios dentro de la misma comunidad autónoma) se acerca a 1 a 10. Muchas veces hay un gran diferencial entre los servicios prestados en la misma comunidad autónoma. En el País Vasco, por ejemplo, las pruebas diagnósticas que se hacen a una embarazada son distintas dependiendo del territorio. Por otra parte, no son más numerosas en el sistema privado que en el público. El récord lo tiene el sistema público, por lo menos en uno de los exámenes que he analizado. Es decir, una prestación puede comportar diferencias muy grandes en términos de equidad, sin que estén justificadas por razones patológicas o diferentes situaciones clínicas de las personas que la reciben. Creo que en esto manda la inercia. Y hay que intentar corregirlo en la medida de lo posible.

Las prestaciones profesionales tienden a ser diferentes. Y creo que esto es bueno. Debemos aceptar grados diferentes de prestación en función, entre otras cosas, del buen criterio que tenga el profesional a la hora de enfrentarse a una persona. Es cierto que debe respetarse un mínimo común denominador. Y es una exigencia de ciudadanía para todos los españoles, como puede haber demandas distintas no por debajo de este mínimo común denominador pero sí por encima,

probablemente en las comunidades autónomas. Es legítimo que una comunidad autónoma que políticamente quiera gastar más en sanidad que en educación lo haga, invirtiendo más y ofreciendo prestaciones superiores siempre que sea a costa del resto de los españoles. Y puede ser también una decisión razonable por parte de un hospital, respetando ese mínimo común denominador, como lo es de hecho en un médico. Piensen ustedes que la prestación finalmente es un proceso de coproducción. Los niveles socioculturales más altos obtienen mayores prestaciones porque son capaces de mediar mejor con el profesional médico, se informan más, contrastan el diagnóstico con el de otro profesional, no son pasivos ante lo que les brinda el profesional. Probablemente sean los propios médicos los que reciben mejores prestaciones porque conocen mejor el sistema y son capaces de gestionar mejor su intermediación. Y esto también significa evidentemente coste.

Yendo al tema de la articulación de las lógicas profesionales y las lógicas gerenciales, diría que la articulación necesariamente pasa por algo en lo que hay que avanzar, y se está haciendo, como decía el Dr. Segovia, por una parte, por la gerencialización del profesional, por la conciencia del coste del profesional, porque el profesional interprete en términos de prestación la relevancia económica de las distintas alternativas que tiene, y por otra, por la profesionalización de la gerencia, por la sanitización de ésta. No hay una gerencia *full season*, para todas las estaciones. El concepto de gerencia como un saber genérico universalista es falso. Hay buenas gerencias en función de que se adapten a las circunstancias específicas de las organizaciones y al entorno en el que viven. Y en este sentido, una gerencia sanitaria que se comparta con la profesión médica es imposible. Y esto no solamente requiere formar de otro modo a los profesionales sino también a los gerentes, legitimarlos y reclutarlos de forma diferente. Hay que seguir avanzando en este sentido.

Dr. D. José Trasobares Ortega

Soy un triste y vulgar pobre médico de escalera. Probablemente lo que diga tiene escasísimo interés. Me estoy mareando porque les oigo hablar de la sanidad, sanidad, sanidad... Y me están haciendo considerar si no será cierto que la salud es un estado transitorio que no conduce a nada bueno. No lo sé.

La única cosa tranquilizadora que he oído se lo debo agradecer a la Sra. Amador y a su contrincante político. Muchas gracias por tranquilizarme y asegurarme que voy a seguir cobrando pensión y a tener servicios sanitarios. Estoy a un paso del Inverso y me tranquiliza. El otro día el Sr. Barea dijo que nos suscribiéramos planes de pensión. El ministro salió inmediatamente al quite.

La sanidad es un trípode compuesto por el Estado, eso que llaman hoy usuario y el personal sanitario.

Parece que el Estado no es buen gestor. Este hecho está universalmente admitido que el Estado es un precario gestor. Y a las pruebas me remito. Cada vez que entra un partido político a gobernar lo primero que hace es privatizar. Buena prueba de esto es que casi todos los servicios públicos son enormemente deficitarios. No producen beneficios. Y es que, como dicen los economistas, el que tiene un lápiz tiene una mina.

El Estado tampoco ha sido un buen gestor en el campo de la sanidad. No hay más que observar nuestra pintoresca red hospitalaria. Hay hospitales que están situados entre una línea férrea y una autovía, que no ha funcionado hasta que no se ha invertido mucho dinero; otros hubo que derribarlos después de construidos porque no cabían los aparatos de rayos; en otro se dieron

cuenta de que los enfermos percibían un ruido horroroso y hubo que poner doble ventana. Y que decir tiene de los trasplantes, hoy en día los médicos, los “clientes” estamos obsesionados. Si se observan las estadísticas, los únicos que pasan de un millar son los de riñón, los demás se pueden contar por centenas y escasas. Se trasplantan hígados en Murcia, en Córdoba, en Madrid, en Barcelona, en Sevilla, etc., ¿se conseguirá así eficacia o reducir costo? Creo que no.

Por otra parte, como decían M^a Ángeles Amador y el Dr. Segovia, tenemos poca tendencia a valorar nuestros servicios públicos. Han referido anécdotas pintorescas. Yo les puedo contar otras. Si alguien tiene interés que se acerque por las lavanderías que tiene la Seguridad Social y pregunte la cantidad de material sanitario que recoge semanalmente metido en las batas, en las sábanas, etc. Y esto vale dinero.

En cuanto a los otros dos pies del trípode, tengo la sensación de que a uno se le ha halagado en demasía y con el otro se ha contactado demasiado poco. El personal sanitario, que siguiendo el criterio vigente en este momento se le podría llamar “personal usado” puesto que lo utiliza el usuario, no está motivado. Hemos oído a un compañero que no ha sido demasiado explícito porque, como ha dicho el Sr. García Vargas, cuando se habla en público a veces uno tiene que cortarse la lengua, pero lo que quería decir es que no se está motivado. Y este hecho se produce por muchas razones. La primera y principal es porque no está motivado económicamente. Por lo tanto, a pesar de que tenga una aptitud fabulosa, la actitud deja mucho que desear. Cuando uno llama a un megahospital –otro error organizar hospitales de 1.500 camas con 7.000 empleados– es un milagro conseguir averiguar dónde está el Dr. Pérez.

No se atiende a la reactualización del personal sanitario, no me refiero al de los hospitales, porque éste permanentemente lo hace. Pero el personal de base no se actualiza, por lo que no siente interés. Alguien puso el ejemplo de la espera en una consulta privada y esta situación suele ser cierta. Los médicos, todos los técnicos, tenemos dos vertientes: una técnica y otra comercial. Uno puede ser un magnífico técnico y un mal comercial y no ganar nada; otros son muy buenos comerciales y malos técnicos y viven; si se unen las dos vertientes, se consigue el máximo. Y no olviden que cuando una persona va a un médico privado lo hace voluntariamente.

No quiero hacer una defensa a ultranza de la privatización. La privatización, en líneas generales, y en Estados Unidos lo saben, no asume todos los riesgos. He oído decir que muchos funcionarios se afilian a MUFACE y lo abandonan rápidamente, puesto que cuando tienen una gran intervención acuden a la Seguridad Social, que es la que paga la prótesis, la que hace el trasplante.

También hay que concienciar al personal sanitario de que cuando actúa gasta. Un triste médico de escalera como yo tiene un talonario al portador, las recetas de la Seguridad Social.

Y al usuario o paciente, hay que decirle claramente que no pertenece a un Estado-placenta, fuente inagotable del maná. Hay que concienciar al ciudadano sobre los límites de una sanidad, que, por otra parte, es un buen sistema.

Ilmo. Sr. D. Jaime del Barrio Seoane

Quería incidir en algunas cosas que se han dicho. Principalmente en el hecho de que en estos momentos existe una desigualdad de prestaciones en todo el territorio. También existe desigualdad en los prestadores, donde englobo a todo el personal sanitario. El personal sanitario de

las 17 comunidades autónomas tiene diferente contrato, sueldo base, complemento, etc. Es muy difícil trabajar consensuadamente a escala del Estado, cuando el ministerio a este nivel ha hecho dejación de sus funciones. Me preocupa el futuro desde una comunidad autónoma pequeña, Cantabria, no transferida, porque esta situación de desigualdad se va agravando. Y, lo que es peor, no sabemos realmente la situación en la que nos encontramos.

Acepto el déficit. Soy consciente de que el déficit en un servicio público va a existir siempre. Lo que me preocupa es no saber dónde está, a cuánto asciende, cómo se ha generado, si está subiendo o bajando, si está controlado, etc. Es decir, no cuánto sino cómo se genera y si vamos a ser capaces de controlarlo e identificarlo.

Se ha dicho que cada vez más la medicina está centrada en lo técnico y menos en lo político. Querría y pediría, no a nosotros, porque fácilmente podemos llegar a un consenso esta noche, sino a quien tiene capacidad que intentara llegar a un consenso porque están obligados y es necesario. Probablemente se empezaría con un consenso de mínimos.

Antes se ha dicho que el ministerio debe reforzar su papel futuro. Para mí, la salud pública es un ejemplo de lo que no debiera hacer el ministerio. Se transfirió con un criterio economicista puro, es decir, no comportaba dinero y fue fácilmente transferida. Pero algunos ámbitos de la salud pública no debieron haber salido nunca del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ahora va a ser muy difícil que las comunidades autónomas, puesto que es un mosaico de 17 comunidades autónomas, pierdan esa competencia. Por lo tanto, bien a través del Consejo Interterritorial o bien el propio ministerio en su futura definición debe buscar ese consenso.

Desde una comunidad no transferida, pequeña como la cántabra asistimos con bastante recelo, miedo e incertidumbre a la evolución de la situación del Sistema Nacional de Salud en los próximos años. Está muy bien que haya más dinero. El debate sobre cuánto nos toca a cada uno es falso. Me preocupa el déficit que se sigue generando pero que no sabemos dónde ni cuánto ni si realmente se puede llamar déficit o cómo se puede llamar y cuáles son los mecanismos y los sistemas de información para controlarlo. Habría que avanzar mucho más en los sistemas de control, de información, de gestión, etc.

Termino diciendo que soy médico, me encanta la medicina, llevo 15 años de médico internista en un gran hospital, echo en falta el ejercicio de la medicina, pero me encanta también la gestión. No es incompatible la gestión con el amor a la medicina.

Sr. D. José M^a Martín Patino

El tiempo ha avanzado mucho. Como máximo, podemos alargar el debate hasta las nueve y media.

Hemos desbrozado fundamentalmente un aspecto trascendental del sistema sanitario como es el de la gestión. La historia, los avances y la reforma del sistema quedaron medianamente claros con la exposición que hizo el Dr. Segovia en el capítulo de uno de nuestros Informes. Ahora nos interesaba contribuir a crear un consenso social. Esto es algo que nosotros planteamos y que promoveremos desde el Informe. Queremos lograr un documento base –como hicimos también con la educación– que reúna a los distintos sectores del sistema sanitario para ver si es posible llegar a

ese consenso, si el tiempo lo permite y si los señores diputados también son propicios a que las fuerzas sociales hablen a lo largo de las sesiones que podamos tener.

De todos modos, pueden proponer, y ésta es una idea que me acaba de sugerir el Sr. García Vargas, enmiendas al capítulo redactado, que es todavía un borrador, para mejorarlo y plasmar aquellos elementos –que era la primera pregunta que hacíamos esta noche– habría que incorporar necesariamente para lograr un consenso.

Sr. Jaume Serrano Jordán

Quería comentar un aspecto que concierne a los derechos y deberes de la Administración con respecto a empresas que estamos interviniendo en gestión de servicios públicos. La Administración pide unos mínimos de prestaciones y hay que cumplirlas, pero, por contra, los pagos a estas empresas siempre se hacen tarde, por lo que se encarecen los servicios o disminuyen las prestaciones. En este sentido, si la Administración acortará el plazo los pagos, las prestaciones serían más y mejores.

Uno de los costes sanitarios importantes será el envejecimiento de la población. Respecto a este tema se debe ser imaginativo. Hay que intentar intervenir en programas de asistencia domiciliaria ágiles, con tecnologías nuevas que den tranquilidad, seguridad y disminuyan los costes y las aportaciones de personal, como la teleasistencia, los carruseles de medicación automática, etc. En este sentido, nosotros estamos participando en una experiencia concreta en una Administración local, cerca de Barcelona, donde la Administración paga parte de los servicios sociosanitarios, pero da opción a que las personas puedan contratar o aumenten la contratación de otros servicios paralelos. Y la experiencia es buena.

También quería hacer una defensa de los equipos interdisciplinarios, que el Prof. Echebarría recoge en su magnífico documento. Hay que acabar con la idea de que el médico lo es todo. Prevenir, cuidar y curar lo pueden hacer también otros muchos profesionales sociosanitarios, que pueden participar en estas acciones redundando así en el beneficio y en la disminución de las complicaciones.

Sr. D. Félix Lobo Aleu

La propia práctica de esta Fundación y de este debate puede orientar acerca de los objetivos de nuestra tarea. Hoy hemos estado analizando los problemas de la asistencia sanitaria y de la salud sin ira y con estudio. Propagar esta técnica de abordaje de los problemas de la sanidad y defenderla es muy importante. La experiencia que se ha mencionado del Informe Abril no se tendría que volver a repetir, porque fue una pena que un mal tratamiento informativo colocara este informe y sus propuestas en una posición verdaderamente difícil. Defender que el sistema sanitario español puede ser objeto de estudio tranquilo, sereno y profundo no está de más. Y me refiero no sólo a la tranquilidad o serenidad sino también al estudio. En muchas ocasiones oímos declaraciones o afirmaciones que tiene poca base en la realidad y en las propuestas científicas. Por lo tanto, aquí veo una primera orientación para llegar a ese concierto social que la presidencia de la Fundación defiende.

También es importante tender puentes entre las dos culturas, entre los médicos y profesionales sanitarios y la cultura de profesionales de otros ámbitos como pueda ser la gestión, la economía, el derecho, etc. He observado notas de nostalgia en algún médico cuando se ha referido a los gestores. Ni en ese sentido ni en el inverso se debe producir esa nostalgia. Creo que no hay un espectáculo más brillante que una buena organización multidisciplinar en funcionamiento. En una organización tan compleja como es el sistema sanitario realmente lo que hace falta es sumar técnicos y conocimientos y no restarlos. De manera que, esta reunión, con invitados provenientes de diversos ámbitos y con distintas formaciones, es un punto de vista interesante que debería defender el informe para el futuro.

Algunos puntos de la discusión me han llamado la atención. Se ha hablado de diversas reformas, de distintas mejoras a lo largo del tiempo... Participo totalmente del análisis que ha hecho el Prof. Segovia. Me gustaría recalcar también, como él ha hecho, la importancia de la reforma de la Atención Primaria en España en los últimos años, que supuso un cambio notable. También hemos olvidado una no tan pequeña reforma o mejora como fue la integración de redes públicas, que durante mucho tiempo fue uno de nuestros grandes problemas del que ya nadie se acuerda porque fue resuelto. Estas dos mejoras o reformas no deberían olvidarse, especialmente la primera.

También querría referirme, porque me atañe profesionalmente como es obvio, a la tendencia al déficit que el Sr. García Vargas ha mencionado. Ha habido además una interesante observación de la Sra. Amador. Efectivamente, en sanidad hay una tendencia al crecimiento del gasto que deriva –como ya se ha dicho– de los avances tecnológicos. Soy un optimista tecnológico. Señalaría, para los que tienen mucho miedo al déficit, que es un problema de corto plazo. En el corto plazo y en momento de depresión económica hay que restringir los gastos. Esto no es imposible. Se ha hecho. Y la experiencia de diversos países muestra que en el corto plazo se puede controlar el gasto sanitario y con un éxito notable cuando las circunstancias generales del país han obligado a ello. Y nuestro país en algún momento demostró experiencia en este sentido. En el largo plazo es más difícil. Pero estoy tranquilo porque en el largo plazo también las economías de mercado demuestran que son capaces de crecer mucho y de manera, sino sostenida, con ciclo que van ajustándose a una línea de tendencia creciente. Por lo tanto, no tendría un temor excesivo a los déficit futuros de sanidad. Como en muchos otros campos, son abordables por la razón humana. Y frente al crecimiento de la tecnología, que quizá no está en la razón sino en la imaginación, tenemos las bendiciones del crecimiento económico que, si lo vemos con el *zoom* ampliado, nos ha proporcionado medios para mejorar la vida, al menos en los países desarrollados de economía de mercado.

Y, por último, mencionaría algunos temas para el futuro documento. No estoy absolutamente seguro –y lo digo con la mejor voluntad– que el estudio, que me parece muy interesante, en su estado actual sea el mejor instrumento para el objetivo que con él se pretende. Si estamos hablando de concierto social, quizá habría que simplificarlo e ir a cuestiones concretas. Me interesa mucho, por ejemplo, la conciencia del gasto, que es un gran problema español. No deberíamos olvidar, como desgraciadamente sucede en las discusiones de la sanidad, los temas de salud pública, que no son de asistencia sanitaria. A mí me afecta mucho el tabaquismo y el alcoholismo. Creo que son dos problemas sanitarios importantísimos en nuestro país. Trato con jóvenes continuamente y me entristece y preocupa extraordinariamente el hábito del tabaco, absolutamente difundido entre los más jóvenes y especialmente entre las chicas, y también los problemas con el alcohol. Por tanto, creo que los temas de salud pública no deberían estar excluidos de este documento, y entre ellos estos dos que menciono.

Dr. D. José L. Temes Montes

Quiero decir que el documento me parece magnífico. Abarca muchos temas, están bien condensados y que es un buen punto de partida.

Pero me interesaría en este momento enlazar un poco con lo que el Dr. Segovia decía. En la medicina española han existido algunos hechos importantísimos. La extensión de la red hospitalaria de la Seguridad Social y el sistema educativo de los médicos ha hecho que este país tenga un sistema sanitario de alta calidad, perfectamente comparable con los de nuestro entorno y bastante eficiente.

Un ciudadano gasta poco más de 100.000 pesetas anualmente en sanidad; es decir, la mitad de lo que cuesta el seguro de un coche medio. Y con unas prestaciones prácticamente ilimitadas. Me niego, porque llevo mucho tiempo ejerciendo la medicina, a que nos cuelguen el sambenito de que somos absolutamente ineficientes. No es así. Se ha creado un sistema con muy buena calidad, perfectamente comparable con otros sistemas y con un coste bastante razonable si lo comparamos con el seguro de un coche, por ejemplo.

Tampoco creo que necesite demasiadas reformas. Si es un sistema que tiene una calidad elevada y que no es muy caro, cuanto menos lo reformemos mejor. Las bases de ese sistema están en la Ley General de Sanidad, que no está abolida ni hay intención de hacerlo: el aseguramiento único, la financiación pública, la universalidad, etc.; es decir, se define lo que es nuestro Sistema Nacional de Salud. Estoy absolutamente de acuerdo en que hay que profundizar en temas que, como decía la Sra. Amador, son accesorios, como los relativos a la gestión. Se pueden discutir una serie de alternativas. Se puede incluso buscar financiación externa a la pública para hacer posible la evolución del sistema sanitario público. Pero en ningún caso es necesario reformas las bases fundamentales del sistema. Además, la historia nos dice que en los países europeos que se han propuesto o hecho grandes reformas en los sistemas sanitarios ha habido una importante contestación social. Por lo tanto, es razonable que haya ajustes, que se profundice en la gestión, pero no es el momento ni existe un problema económico acuciante que nos obligue a reformar de prisa y casi con calzador un sistema sanitario que es el mejor servicio público que tiene el país. Les pido que repasen la educación, la justicia, etc. Profundizar en esta cuestión es meter los dedos en un engranaje que, con sus problemas, que es difícil negar que los tiene, pero que son menores y fundamentalmente de gestión, está funcionando de una manera bastante satisfactoria. Nuestro sistema está dando iguales o más prestaciones que los de los países de la Unión Europea y no es más caro, incluso es mucho más eficiente que sistemas como el americano que gastan más del doble que nosotros.

En resumen, no es un problema acuciante de la sociedad española entrar en una reforma en profundidad del sistema sanitario público. Habría que mantener los principios básicos que están en la Ley General de Sanidad y seguir trabajando como hasta ahora en las fórmulas de gestión.

Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado

Quisiera romper una lanza en este momento en favor de la palabra reforma. Sinceramente me siento reformista de aquellas cosas que no funcionan bien. Evidentemente, reformar para mejorar y no para empeorar y desde luego para que el sistema sanitario sea el mejor servicio

público que tenga el país. La peor aportación que podíamos hacer a nuestro sistema sanitario es dejarlo como está. Desgraciadamente presenta muchos problemas que es necesario abordar sin tardanza.

Partimos con una ventaja importante, puesto que tenemos una base de partida común. Creo que todos los grupos parlamentarios estamos de acuerdo en que el sistema sanitario público es un eje vertebrador muy importante de nuestro Estado de Derecho, que es una conquista de nuestra sociedad, un factor social de cohesión enormemente valioso, que se ha construido a lo largo de muchas generaciones y con un gran esfuerzo. Por lo tanto, estamos obligados a preservarlo en sus cuestiones esenciales y, desde luego, a mejorarlo. También estamos de acuerdo, por lo que parece, en cuanto a los objetivos –por eso se aprobó aquella proposición no de ley por unanimidad–. Quizá lo más difícil sea consensuar los instrumentos. Existe un antecedente importante en el ámbito parlamentario que es el Pacto de Toledo. Por lo tanto, creo que es posible llegar a ese acuerdo. Desde luego, hace falta una importante voluntad política –que no sé si existe– para anteponer una cuestión que es de Estado a los propios intereses, legítimos, pero menores, de los partidos políticos. En cualquier caso, soy optimista.

Por otra parte, la posibilidad de apoyar a los ciudadanos o familias que a su vez dan soporte a las personas de la tercera edad no significa, como es evidente, que se tenga que suplir una necesaria red sociosanitaria. Se trata, en definitiva, de tener un instrumento más que permita que el componente económico no sea un inconveniente a la hora de la solidaridad intergeneracional. Es una medida social, que ya funciona en otros países, que se ha abordado con absoluta seriedad porque la calidad y los resultados de esa atención son mejores en el ámbito familiar que en otros lugares. Pero no es suplir la red sociosanitaria, puesto que ésta es necesaria. Además, esa iniciativa forma parte de una batería de medidas de apoyo a otros colectivos más desprotegidos de nuestra sociedad, como las viudas, las familias numerosas o los huérfanos. Cuestiones que se están adoptando o se han adoptado ya en el Presupuesto General del Estado para el año próximo.

Quisiera acabar subrayando algo esencial. Esta reforma sanitaria que se ha abordado en el Congreso de los Diputados podía haber sido legítimamente tratada de una forma unilateral por parte del Gobierno. Sin embargo, se ha brindado la oportunidad a lo que a mi juicio es el órgano más importante de la representación de la soberanía nacional. Y se ha hecho para intentar generar un debate objetivo, frío, sosegado, con seriedad, con un referente esencial como es el Pacto de Toledo. Además, se ha creado una subcomisión que ha escuchado y leído atentamente las aportaciones de muchísimos expertos, algunos están aquí representando a sus organizaciones, otros han sido expertos internacionales, varios ministerios, todas las comunidades autónomas que tenían algo que decir en esta materia, colegios profesionales, sindicatos, industria, etc. Todos ellos han volcado su análisis, su conocimiento de la situación, su experiencia y sus posibles soluciones. Esto dio lugar a la elaboración de varios documentos, a un debate enormemente enriquecedor y a la elaboración de las conclusiones que en este momento están a disposición del pleno de la Cámara para que sea aprobadas y surtan efectos.

Por lo tanto, quisiera repetir que hemos contado en los últimos 15 meses en este país con una ocasión única para la reforma y el consenso en materia de sanidad. Sinceramente, creo que es un magnífico instrumento para el acuerdo, que además no está cerrado, sino que es dinámico, como lo es el sector, abierto a otras visiones para lograr si cabe un mayor acuerdo. Desde luego, y creo que reflejo la inquietud del resto de los miembros de mi grupo que están presentes aquí, recojo ese guante que el presidente ha lanzado para que seamos capaces en este foro y en todos los que sean necesarios de llegar a un acuerdo extraparlamentario –sería curioso que fuéramos capaces de ponernos de acuerdo aquí y no en el Parlamento–. En nombre de mi grupo expreso la disposición

absoluta a llegar a ese acuerdo y a todos aquellos que sean positivos y que nos hagan avanzar en este sector que es esencial para nosotros.

Ilmo. Sr. D. Diego J. Martínez Martín

Gracias por la invitación y por facilitar la presencia del Ministerio de Sanidad y Consumo en este debate.

¿Es posible un pacto social en sanidad? Para el Ministerio de Sanidad y Consumo, por supuesto, es posible, y como adelantaba el Prof. Segovia, queremos entender que el consenso social sobre nuestro modelo sanitario existe. Algo distinto es que no hay sido posible llegar a formalizar ese consenso en el ámbito parlamentario por unanimidad; recientemente hemos logrado un acuerdo unánime respecto a la financiación sanitaria con las comunidades autónomas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo pretende desarrollar los mandatos de la subcomisión parlamentaria con un espíritu abierto al diálogo con todos los grupos sociales, profesionales, políticos, etc., con el fin de alcanzar sucesivos consensos en la materia. La reforma sanitaria no es un hito señalable y aislable en el tiempo; es un esfuerzo de aproximación constante de las organizaciones sanitarias a las demandas sociales. Ello permite múltiples oportunidades de acuerdo y desacuerdo; de ahí que el Ministerio de Sanidad espera que existan nuevas oportunidades para consensos públicos y para pactos sociales.

En cuanto a lo que señalaba el diputado Corominas sobre consensuar unas bases mínimas, pienso que éstas están relativamente bien precisadas en el Acuerdo que se aprobó, por mayoría, en el seno de la subcomisión parlamentaria.

Se plantearon cuatro grandes capítulos, que van a ser las cuatro líneas prioritarias de la acción del ministerio: el ámbito del aseguramiento y prestaciones; el de la financiación; el de la organización y gestión; y el modelo territorial. No voy a extenderme, pero quiero señalar algunos puntos concretos que podrían ser reflejados en el documento final de este debate.

En materia de aseguramiento, el documento parlamentario es bastante explícito en la continuidad de la definición del aseguramiento sanitario público como universal, público, único y no contributivo. Aunque da un sesgo importantísimo, a mi juicio, a la definición del derecho a la salud, que ha venido siendo concebido como un derecho al acceso a prestaciones, es decir, de contenido prestacional, y que en el Acuerdo parlamentario se trata como un derecho de contenido sustantivo.

Es evidente que el debate y el futuro consenso pasarán porque se definan por ley los contenidos y los caracteres básicos de ese aseguramiento; y no simplemente que el derecho a la salud sea un mero derecho de acceso a las organizaciones sanitarias, como hasta ahora. El derecho a la salud deberá estar garantizado en su contenido. Por esto, no enfatizaría la organización sanitaria como elemento mediático o intermedio que define este derecho, sino sobre la base de decisiones políticas que tome el Parlamento; en esa línea entiendo que se traduce el Acuerdo parlamentario. La iniciativa del Gobierno irá en un inmediato futuro, en esta misma legislatura, a promover una reforma normativa de definición del aseguramiento sanitario en estos términos reafirmando el carácter universal, público, único y no contributivo, como un derecho sustantivo de

contenidos propios, sancionados por ley, y no estrictamente como un derecho prestacional, limitado, de hecho, por las organizaciones sanitarias, como ha sido hasta ahora.

En materia de financiación sanitaria, las líneas directrices en las que existe un consenso social sobre suficiencia, estabilidad y equidad han quedado relativamente bien recogidas en el pacto unánime con las comunidades autónomas que se alcanzó el 27 de noviembre de 1997.

Es cierto que un debate sobre cuáles deben ser los requisitos de un modelo de financiación cuatrienal afecta a múltiples factores. Es posible que los factores de equidad territorial –como se ha dicho– puedan corregirse con la existencia de dotaciones específicas para determinadas finalidades, por ejemplo, para infraestructuras.

Lo cierto es que el punto de partida del nuevo Acuerdo, la distribución capitativa, es el mismo que el del Acuerdo anterior (94/97), y diría que derivado del mismo. Existe una unanimidad grande en la fijación de la población protegida como el elemento fundamental de la determinación de la financiación sanitaria en nuestro país.

Es indudable que la financiación sanitaria tiene un reto a medio y largo plazo, que es el de la viabilidad o el surgimiento constante de déficit económicos. La solución estable a ese reto, según señala el documento parlamentario –y ése es el espíritu y el deseo del Gobierno–, pasa por estudiar la posible integración a medio y largo plazo de la financiación sanitaria en el conjunto de la financiación autonómica ordinaria. No hay que disociar, como ocurre ahora, el ente financiador (el Estado) del ente de gasto (los servicios de salud de las comunidades autónomas), sino establecer una corresponsabilidad en muchos terrenos, que podría llevar también al campo de la corresponsabilidad fiscal –como señala Koldo Echeburúa–, entre las entidades responsables de la asistencia y las de la fijación de los recursos necesarios.

En organización y gestión, entiendo, como se ha dicho aquí, que las propuestas del documento de la subcomisión parlamentaria son “lugar común”, pero lo son en el mejor sentido de la palabra, en la medida en que traducen un espíritu que ha estado en los políticos, en los reformadores y en los responsables del sistema sanitario desde las conclusiones de la Comisión Abril. En lo que quizá más incida el Acuerdo es en la idea de que definitivamente habría que dar una solución a la situación de la regulación del personal estatutario. Por tanto, se debería, indeclinablemente y en un breve plazo, disponerse de un nuevo marco regulatorio de las relaciones del personal, que tiene una importancia esencial, como ha señalado la diputada Amador.

Por último, el modelo territorial. Se han señalado algunas cuestiones de debate sobre el ámbito de las competencias estatales y autonómicas. No es prudente en opinión del ministerio plantear una alteración del régimen de distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. Por contra, sería bueno desarrollar completamente el modelo de descentralización territorial previsto en la Constitución y detallado en la Ley General de Sanidad. Pero los plazos, los tiempos de desarrollo, no son cifrables mediante compromisos estrictamente políticos, sino en función de su posible desarrollo práctico. En ese sentido, bajo el criterio de que se haga en el menor plazo posible, el cierre del modelo territorial, o “en plazo fijo” –como dice la subcomisión parlamentaria–, la perspectiva de los ministerios de Sanidad y Consumo, de Administraciones Públicas y de Economía sería en torno a la finalización del actual modelo de financiación sanitaria, en el año 2001 o 2002. Durante este cuatrienio se avanzará en las transferencias a aquellas comunidades autónomas que ya han asumido estatutariamente esa competencia, como Aragón o Castilla-La Mancha.

Éstas son las líneas de desarrollo que el ministerio abordará en el inmediato futuro. Y lo hará siguiendo el espíritu y la letra del pacto parlamentario. Se intentará alcanzar, en todas estas materias, el diálogo social, político e institucional con las comunidades autónomas. Se seguirá construyendo, en definitiva, un sistema que ha sido fruto de aportaciones históricas –como ha señalado el Prof. Segovia– y sobre el principio –y esto es importante señalarlo– de que los elementos esenciales del sistema (unidad, universalidad, equidad) han de permanecer.

La propuesta parlamentaria no es propiamente una reforma del sistema sanitario –aunque esta palabra la usemos unos u otros con diferente carácter–, sino una propuesta de consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, de mantenimiento en esencia de este sistema que es percibido por la población como un elemento de cohesión social y que ha de ser preservado. Lo demuestran, evidentemente, los esfuerzos financieros y políticos realizados por el Gobierno en los últimos dos años.

Sr. D. José M^a Martín Patino

El tiempo nos está asediando ya. Solemos terminar con un esfuerzo del relator por recoger la sustancia de las intervenciones, según las preguntas y los objetivos que perseguíamos en el debate. D. Agustín Blanco es el director adjunto de nuestro equipo, a quien hemos encomendado esta labor tan difícil.

Sr. D. Agustín Blanco

En primer lugar, de prácticamente todas las intervenciones se puede entresacar una valoración positiva general de lo conseguido en la sanidad española. Lo que no obsta para que se detecten determinadas incertidumbres que acechan hoy a la sanidad española y respecto a las que parece claro que es necesario un consenso político y social que permita afrontarlas.

En relación con los ámbitos donde debe desarrollarse este contexto, se han señalado básicamente cinco:

— **El modelo sanitario.** Con tres puntos básicos: el seguro público único, la universalización y la definición de las prestaciones.

— **La consolidación financiera del sistema.**

— **La modernización de la gestión.**

— **El cierre del modelo sanitario.**

— **El papel del Ministerio de Sanidad sin el Insalud.** ¿Cuál va a ser su función en un contexto de descentralización total o de cierre del modelo sanitario territorial?

Antes de llegar a la discusión acerca de estos consensos, hay un paso previo que es lo que he denominado “cuestiones lingüísticas”. Ha sido bastante frecuente la alusión a la terminología que se está utilizando en este ámbito. Existe insatisfacción por parte de muchas personas ante el uso que se hace de los términos, pues en el fondo reflejan también unos cambios importantes en este sector no siempre bien asumidos. Además, antes de abordar los posibles consensos, hay que

ponerse de acuerdo en las definiciones. Esto es importante puesto que existe una evidente discrepancia en la definición de conceptos como “reforma”, “aseguramiento” o “prestaciones”.

Muchas intervenciones se han centrado en el problema económico de la sanidad. Una afirmación polémica del Sr. García Vargas, compartida por varios oradores, se refería a que el sistema tiene una tendencia consustancial al déficit. Cuanto mejor se hace, más cuesta y más se gasta. Para solucionar este problema se resalta como aspecto fundamental la adquisición de una conciencia del gasto por parte de todos los agentes implicados en el sistema, tanto de los profesionales como de los usuarios. También ha de desarrollarse la conciencia cívica del coste del Estado de bienestar y la cultura de lo público.

Otras intervenciones no estaban de acuerdo con que existiera esta tendencia consustancial al déficit, es decir, que hubiera una inviabilidad clara del sistema tal y como está planteado en la actualidad. La Sra. Amador sostiene que no está justificada la afirmación de la inviabilidad financiera del sistema, porque el coste del sistema sanitario español en perspectiva comparada es razonable y eficaz porque ya que su rentabilidad social –y éste es el punto fundamental de análisis– está demostrada. El Sr. Lobo sostenía que no se debería tener un temor excesivo a los déficit porque el crecimiento económico a largo plazo podría corregir o solucionar algunos de estos problemas.

Respecto a la importancia del tema económico en la sanidad, el Sr. Echebarría introdujo un punto de vista diferente. Para él, el núcleo del problema no es la viabilidad económica del sistema actual, sino la capacidad de la organización como intermediario para satisfacer las necesidades de los ciudadanos. En este sentido, son las organizaciones –en sus palabras– las que hacen efectivos los derechos del bienestar; por tanto, el núcleo del problema está en otro sitio. Recondujo el debate por esos derroteros.

Éstos son los grandes núcleos del debate. También me gustaría destacar algunos temas puntuales interesantes que se han tocado:

- El tema de la salud pública, en el sentido de que debería ser competencia del ministerio y tendría que tenerse mucho más en cuenta.
- La importancia de la potenciación de la asistencia sociosanitaria.
- Las grandes diferencias territoriales que existen en la sanidad pública española.
- La falta de motivación de los profesionales del sistema sanitario.

Sr. D. José M^a Martín Patino

No creo que esto sea el final de este debate o encuentro. Intentaremos en el capítulo de nuestro Informe recoger las aportaciones que aquí se han hecho. Sobre todo, queremos lanzar una llamada al consenso político-social como aquí se ha dicho. Nuestra Fundación sólo se mueve en el campo social. Sabemos que son los políticos y los grupos parlamentarios los que deben decidir. Nos gustaría ayudar a lograr los dos consensos, pero sobre todo al social, que es el campo en el que nos movemos.

Muchas gracias.