

Fundación Encuentro



debates



Encuentro

## FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

*(Madrid, 1 octubre, 1996)*

Casino de Madrid  
Salón Real  
c/Alcalá, 15 (Madrid)

Fundación Encuentro



**FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO**  
*(1 de octubre, 1996)*

Casino de Madrid  
Salón Real  
C/ Alcalá, 15

# FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

(1 de octubre, 1996)

## Iniciador del diálogo:

1. **Dr. D. José M<sup>a</sup> Segovia de Arana**  
Presidente del Consejo Asesor del  
M<sup>o</sup> de SANIDAD Y CONSUMO

## Relator:

2. **Sr. D. Max Ebstein**  
Periodista  
Consejero Delegado de  
DGI CONSULTORES, S.A.

## Moderador:

3. **Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**  
Presidente de la  
FUNDACIÓN ENCUENTRO

## Participantes:

4. **Excma. Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Amador Millán**  
Vocal de la Comisión de Sanidad  
GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA
5. **Sra. D<sup>a</sup> Catalina Andrés Arranz**  
Secretaria de la  
FUNDACIÓN ENCUENTRO
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. Agustín Blanco Martín**  
Redactor Jefe del Informe del  
CENTRO DE ESTUDIOS DEL CAMBIO SOCIAL (CECS)

9. **Excmo. Sr. D. Alejandro Cercas Alonso**  
Secretario de Relaciones con la Sociedad del P.S.O.E.  
Diputado por Cáceres en el Congreso
10. **Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Charro Sánchez-Tabernero**  
Jefe de Protocolo de la  
FUNDACIÓN ENCUENTRO
11. **Sr. D. Antonio Manuel Chueca Sánchez**  
Miembro de Equipo Permanente del  
CECS
12. **Excmo. Sr. Josep Corominas Busqueta**  
Diputado del PSOE por Barcelona  
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo  
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
13. **Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado**  
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo  
GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR
14. **Sra. D<sup>a</sup> Salce Elvira González**  
Secretaria Ejecutiva de  
CC.OO.
15. **Excma. Sra. D<sup>a</sup> Blanca Fernández-Capel Baños**  
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo  
GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR
16. **Prof. D. Carlos R. Fernández-Liesa**  
Director de la  
RESIDENCIA DE ESTUDIANTES “FERNÁNDEZ DE LOS RÍOS”
17. **Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Jiménez Ruedas**  
FUNDACIÓN ENCUENTRO
18. **Excmo. Sr. D. Jesús Gómez Rodríguez**  
Diputado de C.C. por Las Palmas  
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo  
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
19. **Dra. D<sup>a</sup> Asunción Hernández Martín**  
Jefe de la Unidad Radiológica de la  
FUNDACIÓN LABORAL DE SERVICIOS ASISTENCIALES (SAS)
20. **Hnble. Sr. Rafael Hinojosa i Lucena**  
Diputado del  
PARLAMENT CATALÁ

21. **Excmo. Sr. D. José Jiménez Cillarejo**  
Presidente de la Sala Quinta del  
TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIA
22. **Excmo. Sr. Joseph López de Lerma i López**  
Vicepresidente Tercero del  
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
23. **Prof. D. Félix Lobo Aleu**  
Catedrático de Economía de la  
UNIVERSIDAD CARLOS III
24. **Excmo. Sr. D. Carlos López Riaño**  
Ex Delegado del Gobierno para el  
PLAN NACIONAL SOBRE DROGA
25. **Sra. D<sup>a</sup> Elena Martínez de Muguía**
26. **Excmo. Sr. D. Mario Mingo Zapatero**  
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo  
GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR
27. **Dr. D. Alfonso Moreno González**  
Presidente del  
CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
28. **Ilmo. Sr. D. Rafael Peñalver Castellano**  
Director General de Salud Pública  
JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
29. **Sra. D<sup>a</sup> Victoria Prego de Oliver y Tolivar**  
Periodista
30. **Ilmo. Sr. D. José Luis Puerta López-Cozar**  
Director del Dpto. de Educación y Cultura del  
Gabinete del Presidente  
PRESIDENCIA DEL GOBIERNO
31. **Sr. D. Juan Manuel Reol Tejada**  
Director de Asuntos Técnicos Farmacéuticos  
FARMAINDUSTRIA
32. **Sra. D<sup>a</sup> Regina Revilla Pedreira**  
Directora de Relaciones Exteriores  
MERCK SHARP & DHOME DE ESPAÑA
33. **Dr. D. Carlos Revilla Rodríguez**  
Doctor en Medicina  
Presidente de la  
FUNDACIÓN “CIENCIA, DEMOCRACIA Y SOCIEDAD”

- 34. Sr. D. Javier Ruiz-Ogarrio Herauld**  
Miembro del Equipo Permanente del CECS  
Secretario del Patronato de la  
FUNDACIÓN ENCUENTRO
- 35. Sr. D. Juan Soto Serrano**  
Presidente-Consejero Delegado de  
HEWLETT PACKARD ESPAÑOLA, S. A.
- 36. Ilmo. Sr. D. José Antonio Souto Ibáñez**  
Director General de Aseguramiento, Financiación  
y Planificación de la Consejería de Sanidad  
JUNTA DE ANDALUCÍA
- 37. Dr. D. José Trasobares Ortega**  
Médico. Gerente del Servicio Médico de  
EL CORTE INGLÉS
- 38. Dr. D. Luis Valenciano**  
Director General de la  
FUNDACIÓN WELLCOME ESPAÑA
- 39. Excma. Sra. D<sup>a</sup> Matilde Valentín Navarro**  
Consejera de Sanidad de la  
JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
- 40. Excmo. Sr. D. Pedro Vaquero del Pozo**  
Diputado de I.U. por Granada  
Vocal de la Comisión de Sanidad y Consumo en el  
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
- 41. Prof. D. Luis Fernando Vilchez Martín**  
Profesor de Psicología de la U.C.M.  
Miembro del Equipo Permanente del CECS  
Director De TAISS INVESTIGACIÓN, S.L.

**Preguntas para el debate sobre**  
**FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO**

*(1 de octubre, 1996)*

1. En todos los países desarrollados se están introduciendo reformas en su sistema sanitario por motivaciones diferentes, aunque las principales son las económicas. El gasto en Sanidad supone actualmente en España un 7,6% del PIB. ¿ Cree que debería aumentar en los próximos años? ¿Podría hacerse sin elevar los impuestos?
  
2. La financiación pública del S.N.S. se hace, fundamentalmente, por aportaciones del Estado (71%) y el resto (29%) por cuotas de la Seguridad Social. ¿Cree que esto es adecuado? ¿Debería ser financiado en su integridad por impuestos? Por el contrario, ¿habría que dar más peso a las aportaciones de la Seguridad Social?
  
3. ¿Es conveniente establecer catálogos de prestaciones sanitarias? ¿En qué medida? ¿Con qué criterios?
  
4. ¿Cómo y por quién debe hacerse la evaluación de las nuevas tecnologías que se introducen en el S.N.S.?
  
5. ¿Sería posible mantener la gratuidad completa de los servicios, como viene ocurriendo hasta ahora, salvo en los medicamentos? Por el contrario, ¿deben participar los usuarios en la financiación directa del S.N.S.? ¿En qué modalidades?:
  - a) Medicamentos
  - b) Consultas
  - c) Urgencias
  - d) Algunas tecnologías
  - e) Hospitalización
  - f) Otros servicios

6. ¿Hasta qué punto los nuevos modelos de organización-gestión del S.N.S. como el mercado interno, la competencia regulada, el mayor énfasis en la asistencia extrahospitalaria o el incremento de la Medicina preventiva pueden influir en el gasto sanitario?

--- 0 ---



# FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

*(1 de octubre, 1996)*

**Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Presidente de la  
FUNDACIÓN ENCUENTRO

Buenas noches, señoras y señores, queridos amigos.

Algunos de ustedes ya conocen este Foro desde el curso pasado y del anterior, cuando celebramos más de una docena de debates. Este año hemos incorporado algunas innovaciones que son fruto de la experiencia ya obtenida. Fundamentalmente, la Fundación Encuentro tiene como fin el que aprendamos o hagamos un esfuerzo para escucharnos más. No queremos llegar a soluciones o a declaraciones que exijan algún tipo de formulación al Gobierno, a un determinado estamento de la sociedad o al Parlamento. Pretendemos que haya un poco más de "oído" en este país del que existe, más sensibilidad, consecuencia, quizás, del hecho de que no nos enseñaron música bien, lo que nos diferencia de regiones y países que tienen más sensibilidad para el oído. La sensibilidad hacia la palabra es lo más importante para la convivencia. Nosotros perseguimos fundamentalmente este fin.

Dicho esto, queremos que todos puedan hablar y que dediquemos la mayor parte del tiempo a escuchar la palabra de los que aquí se sientan en torno a esta mesa. Este propósito no es fácil de llevarlo a la práctica, sobre todo cuando algunos intentan volver al pasado, contar su propia historia o la explicación de un problema al que el ponente ya ha hecho alusión, porque ha centrado en él su tema. En el debate de hoy, vamos a tratar de ser más rígidos para intentar hablar del futuro, de las soluciones que aquí se nos presentan, lo que cada uno piensa sobre cuál es la orientación que se debería tomar. Por eso, hemos introducido en los debates una nueva figura, la del "relator", en este caso, el Sr. Max Ebstein, que aunque ha estado dedicado especialmente a la banca y a los negocios financieros, tiene una innata vocación periodística; es un hombre práctico, tal vez porque ha estado mucho tiempo viviendo en Estados Unidos o porque se le ha pegado algo de su tierra, Valencia. Queremos que el sentido práctico presida este debate. Intentamos que, al final del debate, nos haga un resumen de lo que fundamentalmente se ha dicho en las intervenciones.

Seguiremos el orden riguroso de las preguntas en el debate. Para pedir la palabra, pueden seguir dos procedimientos: bien, utilizar las tarjetas que tienen delante y dárselas a una azafata; o bien, a tenor de lo que hayan oído en cada punto, levantar la mano y hablar de ese tema, no del siguiente ni del anterior. Con esto intentamos imponer un poco de orden en las intervenciones para que no se mezclen y no se produzca la sensación de que todo el mundo ha hablado, pero se ha dicho poco.

El Dr. Segovia de Arana es suficientemente conocido. Cometería una audacia tremenda si pretendiera presentárselo a ustedes, que trabajan la mayoría en el mismo sector. Es una de las personas que más han intervenido en la solución de los problemas de la Sanidad pública en España. Su carrera es meritoria, no sólo por su ciencia y sus consejos, sino por su práctica médica, de gerencia hospitalaria y de organización de la Sanidad, que le acreditan sobradamente. El Dr. Segovia es un colaborador del informe

que -como ustedes saben- hacemos todos los años, en el cual pretendemos dar una interpretación de la realidad social del país; la Sanidad, evidentemente, estará siempre presente en este informe. Él dirige la parte relacionada con la Sanidad y el bienestar de la salud de dicho estudio.

Este año, los debates estarán fundamentalmente centrados en torno a los temas tratados en el Informe de 1995 y en los que estamos preparando para el de 1996, algunos de ellos muy avanzados ya y que les presentaremos a su consideración en este Foro. Precisamente, dicho Informe es fruto de consultas, de debates, de seminarios y, también, pretende ser un instrumento de futuros debates en el discurso público, no del discurso parlamentario, sino de todo lo que entendemos por discurso público en una nación que está muy poco habituada a discutir seriamente sus problemas comunes. En el Informe de este año, estamos haciendo un estudio sobre la diferencia que hay entre la cultura de la protesta y la de la reclamación. Es un tema muy estudiado en otros países; aquí no está tan cultivado, porque tal vez es menos practicado. Evidentemente, una madurez cívica en una democracia es la de saber protestar adecuadamente y saber elegir y utilizar tanto los instrumentos que propone el sector público como las instituciones privadas para reclamar nuestros derechos. Una reclamación puede, aunque sea individual, representar los intereses de la colectividad. Este tema también lo trataremos en estos debates, junto al tema de las autonomías, al que dedicaremos uno o dos debates, sobre todo a su financiación.

Después de esto, cedo la palabra al Dr. Segovia de Arana, que nos presentará el tema que trataremos hoy.

# DEBATE

**Dr. D. José M<sup>a</sup> Segovia de Arana**

Antes de iniciar esta presentación, quiero decirles que ésta es la primera vez que intervengo en un encuentro de este tipo y, aunque estoy acostumbrado profesional y universitariamente a hablar en público y a debatir ideas y conceptos, ésta es una forma nueva, original, que tiene su atractivo. Por otra parte, la enorme categoría que tienen ustedes en este tema hace más difícil este esfuerzo que voy a hacer para presentarles una síntesis sobre el momento actual de la Sanidad, que será fundamental para la discusión que estableceremos más tarde.

Es sabido que dentro de los profundos cambios que en la sociedad española se han producido en las últimas décadas, los que se refieren a la asistencia médica son uno de los más importantes, aunque no siempre percibidos por la sociedad española. Sin embargo, los que hemos dedicado toda nuestra vida biográfica y profesional a este sector sí hemos notado los cambios tan radicales que se han ido produciendo y que quisiera sintetizar en pocas palabras.

Se ha pasado de una asistencia médica tradicional, clásica, histórica, de la relación simple entre médico y enfermo a formas más complejas de la asistencia médica, que ya no es solamente la asistencia puramente curativa, la medicina sanadora, la medicina para cambiar el curso de la enfermedad, sino que ha ido ampliándose hacia formas nuevas. De la idea inicial de la medicina curativa se ha pasado a un concepto actual de Sanidad que es como un gran escenario donde la sociedad española se desenvuelve y donde cada individuo de esa sociedad va a poder desarrollar su propia vida, su propio destino, a través de este concepto de salud que después iremos comentando. Es decir, este cambio de una simple relación de la asistencia médica hacia formas complejas de la Sanidad es el gran fenómeno social de nuestro tiempo, especialmente en España - aunque también se ha producido en otros países desarrollados-, ya que este desarrollo ha sido muy singular por las peculiares características que han existido. Quisiera tener la fortuna de poder explicar las grandes líneas de este cambio.

La medicina sanadora, la medicina curativa, se ha apoyado fundamentalmente en el conocimiento de la enfermedad. El método anatomoclínico o la comparación de lo que el enfermo tenía en vida con lo que después en la autopsia se podía ver, el concepto del mecanismo de la enfermedad o fisiopatología y el aislamiento de las causas que producían la enfermedad son los tres grandes pilares que han estado moviendo a la medicina curativa. A medida que se iban conociendo más estos mecanismos de la enfermedad pudo prevenirse la enfermedad, es decir, aparece la medicina preventiva, que va adquiriendo cada vez mayor importancia. Pero, los cambios producidos en los índices de salud de la población -la disminución de la mortalidad infantil, la prolongación de las expectativas de vida, la desaparición de muchas enfermedades infecciosas agudas, etc.-, aunque ayudados por la medicina, deben mucho a la mejor nutrición, al aumento de la cultura, a la mayor seguridad de la sociedad, a cambios políticos, etc. Es decir, es necesario tener en cuenta que esta importante evolución no solamente se ha debido al tratamiento de la enfermedad

o a la prevención de ésta, sino que también han colaborado otros factores culturales, económicos, etc.

Cuando una sociedad va desarrollándose, paradójicamente, se produce un fenómeno en el cual la sociedad española está inmersa: cuanto más sana está la población, cuantas menos enfermedades existen, cuando el individuo tiene una expectativa de vida mayor, hay más consumo de asistencia médica. La asistencia médica, de tipo curativo, en los países subdesarrollados es muy elemental. Por ejemplo, recuerdo que cuando era médico de la Casa de Socorro de Madrid, en las salidas que hacíamos, apenas había hospitales donde pudiéramos desplazar a los enfermos que veíamos. Ahora existen grandes hospitales, pero son insuficientes precisamente por esa mayor demanda de asistencia médica que se produce. Esto es necesario tenerlo muy en cuenta, porque cuando se critica tanto esta evolución espléndida de la sociedad española, se olvidan sus orígenes, la precariedad que existía, no solamente de métodos y de recursos materiales, sino también de conceptos, de ideas, de solidaridad, de generosidad. Es muy importante señalar esta paradoja aparente, este deseo de una sociedad industrializada como la nuestra, porque tiene sus fundamentos históricos como estamos viendo.

Y en este desarrollo de las sociedades industrializadas se va produciendo una mayor demanda hacia formas cada vez más exigentes de la medicina. Por supuesto, ya no podemos prescindir de los trasplantes hepáticos y de corazón o de los grandes tratamientos con "Interferon" de las hepatitis crónicas. Pero la evolución de estas sociedades, que exigen además una mayor libertad en cuanto al funcionamiento -y será otro de los temas que tendrán ustedes que debatir-, da lugar a márgenes y franjas de marginación y de pobreza que, evidentemente, es necesario tener también en cuenta.

Por otra parte, otro factor sociológico esencial es la prolongación de la vida, las expectativas de vida, el hecho de que un mayor número de población acceda a edades cada vez más avanzadas. Probablemente, éste es uno de los fenómenos más inquietantes de la sociedad actual: el envejecimiento progresivo de la población, que tantas connotaciones tiene -será un tema que desarrollaremos en otro debate-. Los ancianos, además de sus enfermedades invalidantes, padecen otros procesos sociales como el aislamiento, la quiebra de la familia, la dependencia, la soledad, que muchas veces se traducen en fenómenos médicos y exigen una hospitalización en nuestros grandes hospitales de agudos, con los costos tremendos que supone, cuando las soluciones son de tipo sociológico, más baratas y más justas. Este fenómeno sociológico del envejecimiento hay que tenerlo en cuenta cuando se discuta el tema del encarecimiento progresivo de los costes de la Sanidad. El consumo de medicamentos y de asistencia médico-sanitaria de los ancianos es -como saben ustedes- cinco, seis u ocho veces mayor que el de la población normal.

¿Cuáles han sido los dos grandes factores que han influido en la transformación de la asistencia sanitaria? Por un lado, la evolución científico-tecnológica de la medicina. Este desarrollo científico trepidante se produce después de la II Guerra Mundial, cuando en Estados Unidos se invierten grandes cantidades de dinero en investigación científica; el dinero que no hacía falta emplearlo ya en la contienda bélica va a los hospitales donde se desarrolla una medicina científica poderosísima, produciéndose una eclosión fantástica de los métodos de diagnóstico y terapéuticos con su acompañamiento tecnológico. A este crecimiento tremendo de la medicina pudimos hacerlo frente en España con un desarrollo hospitalario apropiado y con una preparación adecuada de nuestros profesionales. Es necesario y justo decir que si no se hubiera seguido aquel cambio hubiéramos caído en una colonización del extranjero respecto a los beneficios que la medicina estaba produciendo. Este desarrollo científico y tecnológico se ha potenciado especialmente por el desarrollo de la red hospitalaria que, en comparación con la que existía antes de la Guerra Civil e inmediatamente después de ésta, ha sido una fortuna, un don del cielo que

pudiéramos disfrutar de una red hospitalaria moderna, con personas capacitadas para hacer frente a esa evolución.

Las últimas décadas han visto el desarrollo de la medicina especializada hospitalaria. Afortunadamente se está evolucionando, sin abandonar esas conquistas tecnológicas de la medicina especializada, hacia formas extrahospitalarias -les brindo a ustedes la idea-. La asistencia extrahospitalaria -el aumento de la atención primaria, el crecimiento de la cantidad y calidad de la Medicina de Familia y Comunitaria, la transposición de la tecnología hospitalaria (la resonancia magnética, la medicina computarizada, etc.)- permite que, junto a la mejor formación de nuestros profesionales, vayan disminuyendo los costes de la asistencia hospitalaria y se produzca un equilibrio, venciendo aquella diferencia inicial.

También el desarrollo de la medicina especializada, que ha tenido su sede en los hospitales y que se sigue manteniendo en este lugar, ha producido profundos cambios en la estructura de las profesiones sanitarias, especialmente en la de los médicos. Este colectivo sanitario, que sigue teniendo el privilegio de la responsabilidad del diagnóstico y del tratamiento, ya no actúa de una manera independiente al viejo estilo liberal sino que se ha ido convirtiendo en un trabajo cooperativo, en equipo, multidisciplinario, dando lugar a la calidad a la que antes me refería. Esto hay que señalarlo también porque a veces se hacen interpretaciones erróneas. Este cambio en la estructura interna de la profesión médica, de las profesiones sanitarias, es debido exclusivamente al desarrollo científico y tecnológico y no a imposiciones políticas o burocráticas.

La evolución científico-tecnológica ha sido uno de los grandes motores de este cambio que ahora estamos analizando, con las consecuencias en el encarecimiento de la asistencia sanitaria, que es el tema de este debate.

El otro gran impulso ha sido la colectivización o socialización de la asistencia médica dentro del concierto del Estado de bienestar, que surgió en las *Krankenkassen* (cajas de enfermedad) de Bismarck en el siglo pasado. Todos ustedes conocen la evolución del Estado-providencia, que procede de los Estados nórdicos, de la socialdemocracia sueca de los años treinta, que dio lugar al Estado de bienestar para vencer la crisis económica de 1929 y potenciar el consumo público. Ese Estado de bienestar, que provocó reformas en las pensiones, en la asistencia médica, etc. -cambios que son irreversibles-, ha sido otro de los grandes factores que, junto con la evolución científica y técnica de la medicina, han dado lugar a la situación actual. Estos dos grandes motores del cambio, que al principio eran independientes, incluso hostiles, en el momento actual se han ido complementando de una manera armónica, de tal forma que esa evolución científica no podría hacerse sin la idea de la colectivización de la asistencia médico-sanitaria, con los ingredientes de equidad, de solidaridad social, de universalización que evidentemente son los que predominan. Esa idea absolutamente científica de la compenetración de un sistema con otro ha sido lo que ha dado lugar en nuestro país a ese desarrollo que, históricamente, ha sido muy positivo.

El sistema sanitario español, a través del Seguro Obligatorio de Enfermedad primero, la Seguridad Social después y el Sistema Nacional de Salud por último, tiene unas peculiaridades que no tienen otros desarrollos similares en los países de nuestro entorno. El sistema público asumió generosamente dos grandes factores que han sido fundamentales: la formación especializada, posgraduada, de los médicos y el desarrollo de la investigación científico-médica, algo que no existía, por lo menos de una manera fehaciente en nuestro país. Y esta medicina pública, inicialmente, se desarrolló mediante las cuotas de los trabajadores a través de la Seguridad Social, quienes financiaron inicialmente los sistemas del desarrollo científico, de la investigación médica, cosa que en Inglaterra, Francia o Alemania no había ocurrido, sencillamente porque no les

había hecho falta ya que tenían otros sistemas. El desarrollo de la medicina hospitalaria, de la medicina científica, de la medicina colectivizada a partir de estos dos grandes factores: la investigación científica y la formación de los profesionales, es algo que corresponde genuinamente al desarrollo del sistema sanitario español.

Pero, actualmente, aparece un problema que es común a todos los países desarrollados: los costes crecientes, insoportables, de un sistema asistencial que no puede hacer frente ya a la demanda de una población cada vez más sana, pero más exigente de cuidados asistenciales y, además, a los costes progresivos de un desarrollo tecnológico que es imparable, porque no se puede prescindir de las posibilidades existentes. Entonces, aparecen las limitaciones, el catálogo de prestaciones sanitarias, las restricciones en los medicamentos, la evaluación de las nuevas tecnologías, etc. Éste es un problema común a todos los países desarrollados que, de una forma u otra, tienen que solucionar porque este centralismo, que ha favorecido el desarrollo de las posibilidades que existen en nuestro país en cuanto a asistencia médica, ya no sirve porque es una maquinaria rígida que no puede ofrecer el dinamismo, la competitividad que venía produciendo. Así, aparecen intentos de reforma, estudios, etc., que son conocidos en nuestro país y que están en el ánimo de todos, ya que se intenta mantener un *status* y una situación a la que el español no puede ni quiere renunciar, pero con unos costes, no más reducidos, pero más escasos, dentro de este Estado-providencia que sin ninguna duda está claramente establecido.

Mientras no cambie la actitud del individuo de esta sociedad hacia formas cooperativas, hacia una idea activa de la salud, no pasiva a la espera de que el Estado-providencia nos lo dé todo, será inútil cualquier esfuerzo. Debemos conseguir un concepto activo de salud, no solamente de ausencia de enfermedad, no solamente un estado de bienestar social y físico como dice la OMS, sino una escala de valores personales, porque la salud es algo personal, algo propio, algo que tenemos que hacer nosotros. Como dice el profesor Diego Gracia, el estado de salud es la apropiación del propio cuerpo, la idea personal sobre el estilo de vida en cooperación con el medio ambiente, con la sanidad, en definitiva, con la sociedad, con la cual tenemos que contar para que las soluciones futuras tengan presente la participación del individuo. Si no hay participación, si no hay conocimiento ni educación sanitaria o cultural, las fórmulas que los políticos adopten en cada momento serán completamente inútiles. Se sabe que la salud es un bien personal y que la Sanidad es un bien colectivo, es un escenario que tenemos que cuidar enormemente. Debemos empezar a buscar soluciones -que ustedes seguramente ahora van a apuntar- para que los políticos tengan una información adecuada en el momento de tomar decisiones.

**Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Muchas gracias. Como han podido oír, el Dr. Segovia ha hecho una síntesis espléndida.

No tratamos de hacer un juicio del pasado, sino tratar el problema concreto de la financiación de la Sanidad. Como ustedes saben, se acaban de presentar los Presupuestos Generales en el Parlamento, dando lugar a un debate en la prensa y de intervenciones políticas. Aquí hay especialistas que nos pueden sugerir ideas para solucionar el problema de la financiación de la Sanidad.

Las preguntas están redactadas por el mismo Dr. Segovia. Propongo a debate la primera de ellas:

**"En todos los países desarrollados se están introduciendo reformas en su sistema sanitario por motivos diferentes, aunque los principales son los económicos. El gasto en Sanidad supone actualmente en España un 7,6% del PIB. ¿Cree que debería aumentar en los próximos años? ¿Podría hacerse sin elevar los impuestos?"**

**Hnble. Sr. Rafael Hinojosa i Lucena**

Primero, agradecer la invitación que amablemente me han hecho para estar esta noche aquí.

Quiero abrir el fuego para que los demás se animen. No tengo mucho que decir, pero siendo el primero incentivo a los demás a corregirme.

Contestando a la primera pregunta, creo que el gasto debería aumentar y aumentará en los próximos años por las causas que ha expuesto el Dr. Segovia. Por dos razones fundamentales: primero, porque todo ser humano tiene una mayor esperanza de vida, especialmente los europeos y más los españoles, que vamos en eso -creo que en lo único- por delante del resto de los europeos. Por tanto, es evidente que si a los 65 años tenemos una esperanza media de vida de 18 años, es lógico que estemos más tiempo utilizando el sistema sanitario y, por lo tanto, el costo crecerá. La segunda razón es porque se producirán nuevas enfermedades; hace unos años no sabíamos que existía el sida, hace unos años hubo una intoxicación grave que tuvo consecuencias en una población de más de 20.000 personas. Se pueden producir nuevas enfermedades y nuevas tecnologías para su tratamiento como -ya se han citado- las resonancias magnéticas, las hemodiálisis, que -como saben los especialistas- cuestan mucho. Como nos dijo un día la ministra de Sanidad, aquí presente, un activo gasta 6.000 pesetas al año pero un pasivo 60.000. Por lo tanto, el gasto es imparable.

Y este gasto no aumentará sin elevar los impuestos, bien los indirectos o directos o bien creando un impuesto específico como el que tienen nuestros vecinos franceses. Si aumenta el gasto y no aumenta muchísimo el número de cotizantes habrá que recurrir lógicamente a la renta.

**Excmo. Sr. D. Jesús Gómez Rodríguez**

Soy diputado y pertenezco a la Ponencia de Sanidad. Y no por deferencia a este acto, pero no me quiero curar en salud, prefiero decir que cualquiera de los presentes me puede dar veintidós vueltas y media sobre el tema que nos ha reunido. Procedo del mundo de la economía y de las finanzas y llevo tres meses estudiando Sanidad. Reconozco que tengo, no una congestión pulmonar, pero sí una congestión cerebral de la cantidad de temas tan impresionantes y sugestivos que se están planteando y que se nos plantearán en el seno de la ponencia que he mencionado.

"En todos los países desarrollados se están introduciendo reformas en su sistema sanitario por motivos diferentes, aunque los principales son los económicos...". Brevemente tengo que decir, por lo menos como criterio que es aceptado por todos, que dentro del Estado de bienestar las conquistas sanitarias y de salud son incuestionables, irreductibles y, además, progresivas por las razones que especificaba el Dr. Segovia en su magnífica introducción: el

aumento de población, el alargamiento de la vida, las nuevas técnicas, etc. Por lo tanto, el gasto sanitario tiene que seguir aumentando, pero es deseable que no rebase el incremento de la tasa de rendimiento nacional, sino que tenga ese límite.

Toda Europa está buscando medios para reducir el gasto sanitario. ¿Cómo? ¿Se hace por la vía de la reducción en el capítulo de gastos o aumentamos los ingresos, ya sean ingresos directos, indirectos o tasas? Tendríamos que analizar los gastos sanitarios en estos grandes capítulos: gastos de personal, funcionamiento de la medicina (adquisición de bienes y servicios), transferencias a las siete comunidades autónomas que tienen competencia y prestaciones, donde está el gran meollo.

No voy a tratar el primer capítulo. Sé que la clase médica española ha ido progresando en formación. También estoy de acuerdo en que para conseguir la reducción del gasto hay que continuar la formación y actualización de la clase médica y no sólo de ella, sino de todo el sector humano que tiene relación con la medicina.

En cuanto al segundo aspecto, la adquisición de bienes y servicios, se pueden reducir muchos gastos de administración que van desde los más elementales de la luz o el agua a gastos de funcionamiento. No soy amigo de la "privatización dominical" de la Sanidad, pero soy partidario de la implantación en la medicina de criterios empresariales de Derecho Mercantil en la gestión pública, no para dominar, sino para gestionar, para conseguir unos modelos de costo presupuestario, para lograr determinar las cifras de costos.

En cuanto a las transferencias a las comunidades autónomas, no creo que tenga relevancia. Si se redujeran en las comunidades autónomas, éstas buscarían la solución para lograr el equilibrio a partir de sus facultades normativas. Si por un lado empuja el émbolo de la medicina central para reducir la autonómica, ésta intentará subir para nivelar los servicios; no podemos olvidar que el destinatario es el ciudadano, viva en territorio del INSALUD o en territorio autonómico.

Por lo que respecta a la reducción de las prestaciones, esto supone un gran debate, que aplazo porque estoy seguro que esta noche hablaremos de medicamentos, de fraude, de muchas cuestiones relacionadas con este capítulo de las prestaciones, de los catálogos y todas estas circunstancias.

Por último decir que, en cuanto a la financiación, sería un disparate crear un impuesto específico sanitario en este país. No es necesario. Por el contrario, es urgente establecer tasas para coadyuvar en la reducción de costos en las que haya sujetos que se benefician de la sanidad y que tienen capacidad para coparticipar en el cumplimiento de las exigencias del sector público.

**Prof. Félix Lobo Aleu**

Me ha interesado mucho la intervención del Dr. Segovia y ante la pregunta que él ha redactado, los economistas no podemos dejar de intervenir.

Me gustaría señalar dos ideas para la reflexión.



En primer lugar, tenemos que pensar que la medida que aquí aparece de actividad sanitaria, un porcentaje sobre el PIB, está referida a los recursos empleados en Sanidad, pero no nos habla de los productos realmente obtenidos con la asistencia sanitaria. Sería partidario de gastar más porcentaje del Producto Interior Bruto siempre que nos permita comprar más salud, que no es absolutamente seguro. Hemos de meditar sobre este grave problema que tenemos en Economía de la Salud sobre la dificultad de medir el producto de la actividad sanitaria. Aquí tenemos una medida de recursos gastados; nos tenemos que preguntar también por lo que obtenemos a cambio, que puede ser mucho o poco.

En segundo lugar, quiero resaltar que estamos haciendo referencia a una medida del crecimiento económico, que es el Producto Interior Bruto, y éste puede ser relativamente lento, como estamos observando en estos años, pero casi seguro que tendremos la fortuna de ver -soy un optimista- épocas de crecimiento económico más acelerado, como las que vivimos en los años sesenta y principios de los años setenta. Ha dicho el Dr. Segovia, con una imagen muy bella, que el dispositivo hospitalario del que nos beneficiamos actualmente fue un don del cielo. Yo diría que fue un don del crecimiento económico acelerado de los años sesenta, que permitió gastar sumas muy importantes de los recursos de la Seguridad Social en la construcción de hospitales. Por tanto, en clave optimista, diría que en el futuro aún veremos nuevas épocas de crecimiento económico acelerado, porque es lo que la Historia nos dice. Hemos de echar la vista atrás para ver que el capitalismo tiene unas ondas de crecimiento más lento pero otras de crecimiento más rápido. Así, en condiciones de crecimiento acelerado, podremos gastar más en Sanidad.

Si miramos las cifras vemos que no es cierto que los gastos de Sanidad sean incontrolables. Se han controlado en algunos países e, incluso, en un momento de mayor crecimiento económico como es el actual respecto de los años anteriores, han pasado ya a la fase siguiente y están volviendo a gastar más. Se trata de modular y de tener en cuenta el crecimiento económico y su ritmo. Puede ser que en el futuro -creo que así será- tengamos ritmos de crecimiento económico tan fuertes que nos permitan redoblar nuestro gasto sanitario sin que suponga un esfuerzo asfixiante.

### **Excm. Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Amador Millán**

En primer lugar quiero felicitar al Prof. Segovia por la introducción a este debate. Ha hecho una síntesis brillante sobre cuáles son los parámetros, cuál ha sido la evolución de la Sanidad en nuestro país y cuáles son las características que definen el sistema sanitario y, por tanto, los problemas que padecemos.

Actualmente, gastamos un 7,6% del Producto Interior Bruto en Sanidad. Quizá con los esfuerzos que se han producido para aumentar el gasto sanitario, quizá con arreglo a los últimos datos, estemos todavía un poco más arriba, pero en todo caso estamos por debajo de la media de los países con sistemas comparables.

Quiero formular una pregunta doble. Primero, ¿es rentable el sistema sanitario público en todas sus acepciones? Depende de como se observe, la rentabilidad social del sistema sanitario público justifica el esfuerzo del país. ¿Es eficiente o estamos gastando el dinero sin saber dónde va, de manera descontrolada, sin resultados? Si la conclusión es que el sistema sanitario público actual español es un bien social de primera magnitud, el factor que más ha cohesionado a la sociedad, entonces habrá que analizar cómo conseguimos mantenerlo o aumentarlo. En la premisa

hay acuerdo. Esta conclusión no es sólo la apreciación de un grupo político; es una frase que repiten todos los grupos políticos y estoy segura que con convicción. La Sanidad, hoy, es el factor más importante de cohesión social. Si eso es así, si además los resultados desde el punto de vista de salud -como el Prof. Segovia ha dicho- son realmente extraordinarios, entonces estaremos todos un poco más de acuerdo en que el problema no es qué hacemos con la Sanidad sino cómo conseguimos mantener ese umbral de gasto sanitario.

La segunda pregunta, ¿el gasto es razonable? El análisis nos dice que sí lo es. Primero porque sigue siendo inferior, como acabo de decir, al de los países de nuestro entorno, lo que nos demuestra que es razonable. En segundo lugar porque, ¿cuál es la alternativa?, ¿qué se gastan los países donde no hay un sistema nacional público universal?, ¿cómo se afronta el problema de la salud de los ciudadanos en países que carecen de este sistema? Es inevitable echar la vista por el mundo y ver que si en España gastamos un 7,6% del PIB en Estados Unidos -me corregirá el Prof. Lobo si me equivoco- es más del doble lo que se gasta en Sanidad. ¡Más del doble del Producto Interior Bruto de un país como los Estados Unidos! Y si vemos los resultados, parece que no cabe ninguna duda de que la alternativa posible a un sistema como éste no es razonable plantearse, porque el resultado es mucho peor.

Además, la Sanidad es un factor generador de riqueza. Al hablar del coste de la Sanidad me gusta recordar siempre que también genera riqueza.

Creo que debe seguir aumentando el gasto sanitario en los próximos años en la medida de lo posible. En mi opinión, cuando las cuentas no salen, la ideología se pone en apuros, por lo que las cuentas tienen que salir y, por tanto, el gasto público sanitario tiene que crecer en la medida en que lo haga el país, dependiendo de la política económica que más convenga y de la coyuntura, que actualmente es Maastricht, aunque siempre hay coyunturas económicas. Por tanto, debe crecer razonablemente.

Hay que hacer un esfuerzo enorme para compatibilizar la mejora del sistema, que hoy es irrenunciable, con la posibilidad de pagar la cuenta. ¿Podría hacerse sin elevar los impuestos? Aquí nos metemos en otro terreno. Personalmente, creo que sí. Pero estoy segura que otras opciones, desde otra óptica política y social, creen que no. Los impuestos son el mecanismo más justo para distribuir los esfuerzos. Se pagan mejor cuando después se vive toda su vida con la tranquilidad de saber que ante una enfermedad, como las que hoy azotan a las sociedades occidentales desarrolladas, inabordables desde una perspectiva individual, hay un sistema sanitario público, financiado con el esfuerzo de todos, que va a hacer frente a ésta. Por lo tanto, me parece bien que se suban los impuestos si hay que mantener la Sanidad. Pero no echemos la culpa de la subida de los impuestos a la Sanidad porque, si analizamos con más detalle la relación coste-resultado, hay otras actividades y otros sectores que son más causantes de los desequilibrios entre los ingresos y los gastos.

**Excma. Sra. D<sup>a</sup> Matilde Valentín Navarro**

En primer lugar, agradecer la invitación a la Fundación Encuentro. Es la primera vez que asisto a estas reuniones y me parece interesante que se planteen estos foros de debate, cuanto más plurales mejor, sobre todo para tratar temas de tanta importancia como es el tema de la Sanidad.

Quería empezar diciendo que el gasto sanitario total en España, tanto público como privado, es razonable en relación con el Producto Interior Bruto y dentro de los parámetros en que se mueven también los países de nuestro contexto europeo.

Se ha tenido que hacer un esfuerzo muy importante en los años anteriores para que, actualmente, el gasto sanitario español sea el 7,6% del Producto Interior Bruto si tenemos en cuenta que en 1982 estaba en el 5,9%. Esta situación se ha debido a distintas circunstancias, como la tardía incorporación de las políticas del bienestar. Por lo tanto, nuestro gasto es razonable y tiene todavía un margen de crecimiento, siempre que se produzca un aumento paralelo de la riqueza del país. Es decir, hay que ir ligándolo al crecimiento del Producto Interior Bruto.

Si echamos un vistazo a los países de nuestro entorno, el gasto sanitario por habitante y año, según el poder paritario de compra, en Francia, Alemania, Reino Unido o Estados Unidos, es mucho mayor que en nuestro país. Sin embargo, en España tiene la particularidad de que la relación que se establece entre precio y calidad es sumamente aceptable. Es uno de los países donde la mortalidad -ya lo ha dicho algún otro interviniente anteriormente- es de las más bajas del mundo y la esperanza de vida al nacer de las más altas. Por lo tanto, estamos obteniendo una rentabilidad con el Sistema Nacional de Salud mucho mayor de lo que estamos gastando en ello. Aparte de ir desarrollando y de ir incidiendo en políticas que ya se pusieron en marcha, relativas a medidas organizativas y de gestión que contribuyan a mantener la eficiencia del sistema sanitario, el mantenimiento del Sistema Nacional de Salud es una cuestión de opción política fundamentalmente. No comparto la premisa que se establece de que el gasto sanitario es insostenible y que es imposible mantenerlo en la actualidad. No podemos estar diciendo que el gasto en políticas sociales está desbordando la economía del Estado y, al mismo tiempo, intentar rebajar los gastos en Sanidad cuando, paralelamente, estamos rebajando ingresos que nutren el Presupuesto General del Estado y que no están beneficiando a la mayoría de la población sino a unos cuantos que tienen unas economías más boyantes. Por lo tanto, es una cuestión de opción política. ¿Queremos seguir manteniendo el Estado de bienestar? ¿Queremos seguir manteniendo el Sistema Nacional de Salud? Tendremos que poner en marcha las políticas económicas y financieras necesarias para que se obtengan los recursos imprescindibles para poder mantenerlo.

A la pregunta, ¿tiene que seguir creciendo el gasto sanitario? Sí, en la medida en que se vaya creciendo en desarrollo económico y en la medida en que crezca el Producto Interior Bruto. ¿Tiene que establecerse por medio de la subida de impuestos? En principio, no. Se pueden utilizar otras medidas: seguir gestionando las listas de espera, potenciar la cirugía ambulatoria con la satisfacción que para los ciudadanos produce y con el menor costo que tiene que soportar, fomentar la participación de los profesionales como agentes del gasto sanitario; desarrollar nuevos servicios asistenciales con el carácter de socio-sanitarios, impulsar -algo fundamental- la coordinación y la colaboración entre atención primaria y atención especializada y seguir insistiendo en las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Si una vez puestas en marcha estas y otras muchas alternativas para seguir manteniendo el Sistema Nacional de Salud tal como es actualmente no tuviéramos más remedio que elevar los impuestos, sería partidaria de que aumentaran, pero teniendo en cuenta la opción política de salvar el sistema sanitario. Que se eleven los impuestos relativos a la rentas de capital, que se siga manteniendo la progresividad en el sistema fiscal y que se continúen tomando medidas para controlar el fraude fiscal en su más amplio sentido.

## **Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado**

Quiero empezar agradeciendo a la Fundación Encuentro su amable invitación. Es un momento enormemente oportuno para este debate, ya que se ha abierto una discusión en la sociedad a través de los medios de comunicación y en el propio Parlamento de la nación. Instituciones como esta fundación permiten extraer una reflexión serena sobre el tema sanitario fuera del ámbito político.

Coincido con la Sra. Amador y con la Sra. Valentín en que la proporción del gasto sanitario, en relación con nuestra economía, es razonable. Estamos más o menos en la media de los países europeos. Quizá la pregunta sería: ¿puede crecer el gasto sanitario en los próximos años? Tal vez pueda crecer, pero no mucho más de lo que en este momento supone para la economía del país.

La pregunta crítica es si puede seguir creciendo al ritmo actual, si puede aguantar crecimientos muy superiores -como se está produciendo en estos momentos- al crecimiento de la economía real del país. Es evidente que hay que hablar del coste de oportunidad. Cualquier dinero que se dedique en este país a un determinado servicio público será en detrimento de otro. Es decisión de las fuerzas políticas concretar en qué se priorizará el gasto social.

Por lo tanto, la cuestión no es si puede crecer mucho más el gasto sanitario sino si puede crecer al ritmo en que lo ha estado haciendo en los últimos años. Prueba de que el gasto sanitario puede crecer quizá unas décimas más es que en el ejercicio para 1997 la Sanidad va a crecer prácticamente seis puntos, lo que supone casi cuatro más de lo que va a aumentar el Presupuesto General del Estado globalmente. Esto pone de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud español es una prioridad para los gobiernos anterior y actual.

Además, es imprescindible que se gaste bien. Hay que optimizar el gasto sanitario español. En estos momentos, desgraciadamente no es así. A partir de que se optimice el gasto sanitario, la pregunta hacia la sociedad, para que dé una respuesta -y para eso el foro de la ponencia es enormemente importante- es, cuánto puede gastar este país en Sanidad en el futuro, dónde lo puede gastar, cómo lo tiene que repartir entre las distintas comunidades autónomas y cómo debe priorizar ese gasto. Es evidente que en la Sanidad, como en todas las materias, es indispensable el equilibrio financiero. Una vez optimizado el gasto actual en Sanidad, la decisión de los responsables políticos es si se gasta más o si se tienen más prestaciones buscando una financiación adicional. Si no es así, se tendrán que reducir las prestaciones en la medida en que esa disponibilidad económica no sea suficiente. Para eso, nos hemos dotado en el Parlamento de un instrumento enormemente importante, la Ponencia de la Reforma de la Sanidad, donde participan todos los grupos políticos y en la que ha existido un gran consenso en su inicio. Y en ese foro de los representantes de los españoles es donde podemos ponernos de acuerdo en qué y cómo queremos repartir ese gasto sanitario de nuestro país.

## **Dr. D. Carlos Revilla Rodríguez**

La pregunta se ha ido engordando, por lo que intentaré volver a los orígenes.

Se ha planteado que la razón que ha motivado los problemas y las reformas del sistema sanitario ha sido el incremento del gasto. Y, efectivamente, así es. Pero, hay otra forma de

abordar esta situación. ¿Por qué se ha incrementado el gasto? Porque el Estado de bienestar ha tenido éxito. El problema es que el Estado de bienestar en su conjunto y los sistemas sanitarios, de modo particular, tienen dificultades para afrontar su éxito, que además estaba previsto, puesto que el Estado de bienestar se organizó para alcanzar toda una serie de productos que en la Sanidad han tenido una concreción, como la prolongación de las expectativas de vida, etc. Así que el problema es cómo seguir manteniendo el éxito conociendo si las dificultades provienen de los reajustes que exige el Estado de bienestar o si proceden, por el contrario, de que los instrumentos y aparatos que el Estado de bienestar ha creado no están en condiciones de digerir su éxito. Trasladado a los sistemas sanitarios, habría que preguntarse en qué medida aspectos de la organización, del funcionamiento del sistema sanitario parece que se enfrentan al sistema del cual son hijos. Y con una peculiaridad, porque siendo la conquista sanitaria el paradigma del éxito del Estado de bienestar, los aparatos sanitarios tienen que hacer un esfuerzo para contribuir a los ajustes, mejoras, correcciones que el Estado de bienestar, como consecuencia de su éxito, no de su fracaso, tiene que acometer. Si no lo hacen, estarán en contra de la ética fundadora del Estado de bienestar.

En cuanto a si deberían aumentar los recursos sanitarios, primero nos tendríamos que preguntar si es necesario. Es más, antes hay que preguntarse qué costes de oportunidad existen. ¿Tendría sentido tener una sociedad cada vez más sana y cada vez más inculta, con peores carreteras, con peores transportes, con una menor seguridad ciudadana? Todos estos son bienes públicos o semipúblicos que deben competir con la Sanidad en la adjudicación de los recursos del Estado. La tasa media de crecimiento del gasto sanitario en España desde 1980 a 1994 fue del 4,2%, 1,8 puntos por encima de la tasa media del crecimiento del PIB. Ese crecimiento se desbroza de la siguiente forma: un 0,35% debido al aumento de la población, un 0,42% por el envejecimiento de la población, un 1,39% por el incremento de la cobertura de las prestaciones sanitarias y un 1,97% consecuencia del aumento de la prestación real media, que es donde se engloban los gastos derivados de los avances tecnológicos, etc. Si analizamos estos cuatro factores vemos que el aumento de la población está calculado que será del 0,07%, prácticamente nulo, por lo que no cabe esperar un incremento sostenido del gasto sanitario por esta causa. Pero sí aumentará debido al envejecimiento, porque según las previsiones demográficas será del 0,53%, un poco superior. El aumento de la cobertura será cero, porque se ha alcanzado la cobertura máxima, por lo que no se espera un incremento del gasto. En cuanto al último factor, muy importante y muy manejado siempre, el incremento de la prestación real media, se ha calculado que para los próximos años el crecimiento de la economía española va a ser del 3%, por lo que tendríamos un 2,38% para esa cobertura de la prestación media; es decir, muy superior al 1,97%. Estoy hablando de gasto efectivo, cuestión que, desgraciadamente, casi nunca se tiene en cuenta. Siempre se habla de gasto presupuestado y, como mucho, de gasto consolidado o ejecutado. El gasto efectivo fue todavía mayor y produjo un déficit de 385 mil millones de pesetas.

Es decir, no parece necesario incrementar mucho el gasto sanitario. Teniendo en cuenta donde cabe esperar que éste se produzca, estamos en buenas condiciones si el crecimiento se mantiene en el 3% y mejor si todavía es superior. Esto es una aproximación. No obstante, la idea de un presupuesto finalista es muy interesante, más bien excitante. Tiene enormes dificultades. Primeramente, los hacendistas se niegan por razones técnicas, para no crear precedentes y por razones de fácil producto de inequidad. También, probablemente, hasta los constitucionalistas tuvieran algo que decir. Con todo, es un tema muy interesante. Hay experiencias en el mundo y, por tanto, en un debate como el que se va a abrir en el Parlamento no se debería sustraer ese asunto, como otros muchos. A veces, el discutir soluciones difíciles desde distintos puntos de vista produce la resolución de otras que después el consenso las hace más fáciles.

## **Excmo. Sr. D. Pedro Vaquero del Pozo**

Agradecer, por supuesto, la ocasión que se me brinda para estar con ustedes y hablar de este tema tan apasionante.

Precisamente, quisiera interrogarme por la pregunta misma. Es decir, por la actualidad del tema. La pregunta tendría contestaciones obvias si no nos preguntáramos por qué está de moda, por qué tiene tanta actualidad el tema de la viabilidad del gasto sanitario.

El gasto sanitario, en principio, es razonable. Por tanto, no cabe plantearse que es un gasto desbocado, sino más bien, al contrario. Existe alguna insuficiencia que hay que tener en cuenta. Sin duda alguna, hay margen para el crecimiento en la medida en que todavía no estamos homologados con nuestro entorno. Además, hay diferencias interregionales en el gasto sanitario. No es lo mismo el número de camas por habitante que hay en la Sanidad andaluza que en la catalana - perdonen por la comparación-. Estas cuestiones implican no solamente el incremento de la demanda sino también el principio de la equidad.

No obstante, es lógico que procuremos un cierto equilibrio financiero. En este sentido, actualmente este equilibrio existe e, incluso, podría forzarse en la medida en que se cubran más las necesidades que se han expuesto. Si se plantean dudas sobre esta cuestión no es solamente por las razones apuntadas, sino porque este tema está relacionado con el modelo económico. Sin duda alguna, entre todos deberíamos conjurar un cierto peligro que existe. Existe una tendencia privatizadora, una idea de trasvase del gasto público hacia el sector privado de la economía. En este sentido, el hecho mismo de la pregunta o del debate social está mezclado con esta motivación. Se han barajado aquí datos sobre los resultados de distintos modelos de Sanidad, como Estados Unidos; también se podría traer a colación las conclusiones del informe del sistema de Sanidad británico, que llega a las mismas conclusiones. Es decir, la sanidad pública es enormemente eficaz. Por lo tanto, el mantenimiento de nuestro sistema es una condición para que el gasto sanitario siga en los límites de lo razonable.

## **Ilmo. Sr. D. José Antonio Souto Ibáñez**

En primer lugar, agradecer, como ya lo han hecho anteriores compañeros, la invitación para poder asistir a este encuentro organizado por la Fundación Encuentro.

Para no agotar el tiempo, quiero plantear o apostillar alguna de las cosas que se han dicho.

Cuando Félix Lobo ha intervenido tan certeramente nos ha planteado algo que, sin querer, podemos utilizar de una forma maniquea en temas como la Sanidad: los números fríos. Cuando aparece un documento como éste, en tres líneas: "El gasto en Sanidad supone actualmente en España un 7,6%". ¿A qué nos puede inducir? A comparar si estamos todavía por debajo de la media de algún país europeo. Ese nivel del porcentaje del PIB, el 7,6%, comparado con el 14% estadounidense no quiere decir que la salud sea mejor en este país. Es decir, los datos económicos o las magnitudes macroeconómicas pueden inducirnos a términos de comparación que verdaderamente no miden si la Sanidad está bien o mal realmente y si el gasto o la financiación, que son dos aspectos distintos y, a veces, no bien relacionados, son adecuados a la hora de tratar la situación de nuestra Sanidad.

Me preocupa que, en este momento, el tema de la financiación sanitaria nos pueda llevar a pensar que hay que hacer reformas en Sanidad. La Sanidad está bien, aunque es mejorable. Pero no es precisamente la financiación la que nos ayudará a mejorar la Sanidad. Precisamente, el buen producto y el planteamiento de satisfacción y de funcionamiento del sistema que tenemos es el que nos lleva a mejorar.

Desde ese punto de vista, creo que en los próximos años va a aumentar el gasto sanitario. Necesariamente va a aumentar, aunque sea en un porcentaje pequeño. Al mismo tiempo, el gasto que tenemos es razonable, independientemente de que siga aumentando. Existe un posible problema de financiación, en el sentido de cuál es el reparto de las cargas de financiación entre la administración estatal y la de las comunidades autónomas. Éste es un problema diferente que no debe ocultar el buen funcionamiento de la Sanidad. Se puede pretender sin querer, utilizando ese parámetro sobre cuál es la participación en la cuota de financiación, argumentar que la Sanidad necesita una reforma de mayor profundidad.

Además, me gustaría aportar otro dato, por lo menos informativo en el ámbito de mi comunidad autónoma. Es cierto que hasta 1991 en nuestro país fue necesario aumentar el gasto sanitario. La propia evolución de la economía y las necesidades sanitarias de la población produjeron que hubiera que hacer un esfuerzo en gasto sanitario. También es cierto que al hilo del acuerdo de financiación sanitaria existente en nuestro país se puede demostrar -y es demostrable- que el gasto sanitario ha evolucionado en función de las magnitudes macroeconómicas que hay en estos momentos. Luego, los problemas puntuales de ineficiencia o de insuficiencia del modelo de financiación, que habrá que analizar fuera de un marco concreto, no deben llevarnos a pensar que éste es el problema de la Sanidad. En los últimos años, el límite al crecimiento sanitario que nos hemos autoimpuesto en relación con el crecimiento del PIB nominal, en 1994, 1995 y 1996, en término globales, se ha cumplido, aunque probablemente algunos podrán demostrar lo contrario.

¿Podría crecer el gasto sanitario en el futuro sin elevar los impuestos? En principio, creo que sí. La redistribución del peso y de los gastos fiscales del Estado pueden necesitar otro tipo de reparto, que habrá que acompañar a cada momento. Es peligroso plantear que la Sanidad es un bien alternativo a otros bienes públicos. Todos los bienes públicos son necesarios cuando la ciudadanía -precisamente por lo que ha dicho el Prof. Segovia de Arana- al mejorar su cultura, riqueza, capacidad, conocimiento, etc., decide gastar de su propia composición de la renta más dinero en salud una vez que ha logrado su primer bien, que es el de la subsistencia. Su siguiente bien es mantener la salud para seguir disfrutando de las demás cosas.

**Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Por sus intervenciones observo que se mantienen, aunque de una manera positiva, en la idea de que hay que invertir más en Sanidad. Creo que, por lo menos a mí, me han convencido. Se trata ahora de saber de dónde, de qué fuentes y en el cómo... Por eso quiero pasar a la siguiente pregunta

**"La financiación pública del S.N.S. se hace, fundamentalmente, por aportaciones del Estado (71%) y el resto (29%) por cuotas de la Seguridad Social. ¿Cree que esto es adecuado? ¿Debería ser financiado en su integridad por impuestos? Por el contrario, ¿habría que dar más peso a las aportaciones de la Seguridad Social?". Y añadiría, ¿existe otra solución?**

**Excma. Sra. D<sup>a</sup> Blanca Fernández de Capel Baños**

Gracias por su amable invitación y acordarse de mí para este encuentro.

El gasto y la financiación son dos temas diferentes, pero evidentemente van a estar relacionados. La búsqueda de una nueva alternativa en la financiación o de las mismas alternativas mejoradas que los diferentes países intentan encontrar para poder soportar el gasto sanitario vienen impuestas por el aumento de éste, que -como aquí se ha dicho- va a seguir incrementándose mucho más de lo que creemos en pocos años debido a las nuevas tecnologías y a los nuevos tratamientos que están llamando a la puerta en casi todos los países y en algunos ya de forma directa como, por ejemplo, los del sida, que son costosos y que la demanda está imponiendo.

Pero, se ha preguntado aquí si ese gasto era rentable. Parto de la premisa de que todo lo que genera salud es rentable, porque es el mayor bien que puede tenerse en la vida. Quizá la alternativa de la nueva financiación tenga que recoger también la mejora de la gestión. Nuestro sistema sanitario, como el de otros países de nuestro entorno, tiene vicios estructurales. El que sea más amplio o dé una atención más universal no crea una satisfacción mayor al usuario que la de otros países que han buscado otras vías alternativas y otros modelos de gestión o que se han atrevido a nuevas vías de gestión sanitaria en busca de la solución. Concretamente, si comparamos al usuario español con el inglés, país que se ha atrevido a reformar su sistema sanitario, vemos que se plantean problemas similares y las mismas quejas una vez hecha la reforma del sistema. Bien es verdad que el usuario será insaciable, porque es lógico cuando se acude en demanda de salud. Y esos vicios estructurales en la gestión afectan sobre todo a la rapidez. La rapidez en la asistencia sanitaria genera riqueza, porque produce una salud inmediata. Si la justicia rápida es más justa, el acceso rápido a la salud es más eficaz y produce un bienestar integro en el ser humano que es deseable. Además, evita bajas laborales y una serie de vicios que viene arrastrando nuestro sistema sanitario y que lo están haciendo inviable.

Es necesario definir un sistema de financiación que haga posible un sistema sanitario con el nivel de prestaciones y de calidad que queremos. Sobre todo, tenemos que hacerlo sostenible. En este momento, el gran peligro del sistema sanitario no es la financiación sino saber si va a poder seguir creciendo el gasto y se va a poder ir financiando ese gasto indefinidamente de forma paralela.

Otros países europeos también han venido arrastrando un desajuste presupuestario. Se ha desfasado el presupuesto al no adaptarse realmente a la previsión del gasto. Así, se ha ido acumulando un déficit que ha puesto el peligro al sistema. Por lo tanto, la viabilidad del sistema dependerá de que podamos encontrar esas vías de financiación que hagan posible ese soporte del crecimiento.

Por supuesto, la financiación debe hacerse a través de los impuestos. No se trata de que los impuestos sean un departamento-estanco que no tengan repercusión en otro departamento-estanco. Me estoy refiriendo, concretamente, al apoyo que se da desde ciertos gobiernos a las pequeñas y medianas empresas en el mundo del desarrollo científico y tecnológico -que suscitan suspicacias desde el punto de vista político- y que repercuten también en el desarrollo y en el bienestar creando trabajo, que es una de las grandes frustraciones y desequilibrios actuales, ya que el trabajo en suma crea bienestar, salud y riqueza. Además, el desarrollo científico europeo, y así lo recogía un informe de la Comunidad Económica Europea de 1993 sobre la importancia del desarrollo científico y técnico, mejora el sistema sanitario. El sistema científico y tecnológico



Europeo está fundamentalmente soportado por las pequeñas y medianas empresas en detrimento de las grandes empresas.

Éstas serían cuestiones a tener en cuenta a la hora de hablar de esa reestructuración del sistema impositivo, que utiliza el método de los vasos comunicantes. Los resultados beneficiosos serán también provechosos para la Sanidad.

### **Excmo. Sr. D. Josep López de Lerma**

Me sumo a los agradecimientos aquí expuestos por haber sido invitados a este debate.

No sé tratar la segunda cuestión que se ha expuesto sin enlazarla con la primera y con la quinta, porque muy hábilmente redactadas forman, se quiera o no, un todo, que es el núcleo del debate de esta noche.

La primera de las preguntas que se exponen en esta segunda cuestión es si se cree que es adecuado que la financiación pública del Servicio Nacional de Salud se haga mediante una aportación del Estado, situada más o menos en el 71% y que se complemente con las cuotas de la Seguridad Social, aproximadamente el 29% restante. Probablemente si formara parte del equipo del Ministro de Economía y Hacienda diría que no es lo más adecuado, pero debe ser lo más parecido a lo posible, al menos a lo humana y presupuestariamente posible.

Personas con mayor experiencia y mayores conocimientos que yo en esta materia, como la Sra. Amador, el Dr. Segovia o el propio Dr. Revilla, nos podrán ilustrar con mayor precisión sobre las variaciones sufridas en los últimos cinco, diez, quince o quizás veinte años en ese equilibrio entre las aportaciones del Estado y las de la Seguridad Social; más que equilibrio, desequilibrio. O mucho me equivoco, en cuyo caso me pueden corregir, o han crecido paulatinamente, y diría que notablemente, las aportaciones del Estado mientras han ido disminuyendo las contribuciones directas que se hacen a través de las cuotas de la Seguridad Social. Repito que no conozco en qué porcentaje, en qué medidas o a qué ritmo, pero probablemente en esa perspectiva de veinte años se encuentra el resultado final.

Las causas deben ser el crecimiento del segmento de no activos, jubilados, del importante aumento de los activos en situación de paro, la tardanza en la incorporación al trabajo de la juventud, que deja de aportar sus cuotas, la reducción automática del número de activos y, sobre todo, por el crecimiento y consolidación, afortunadamente, del llamado Estado de bienestar o de esa concepción que gira alrededor de él y en el marco de este salto cualitativo y cuantitativo que tan magistralmente ha descrito el Dr. Segovia en ese recorrido histórico conceptual y de contenido concreto. Por lo tanto, repito que no sé si es lo más adecuado, pero sí lo más posible.

La segunda cuestión es si debería ser financiado en su integridad este servicio público mediante impuestos. Conceptualmente, diría que sí. Probablemente, en esta simplificación tributaria a que nos lleva la Unión Europea, sea así en un futuro, en la línea que ha expuesto mi compañero diputado Hinojosa, a partir de la renta personal. Pero hoy por hoy, no veo posibilidad inmediata -veremos que nos dicen nuestros compañeros miembros de la ponencia recién creada- de hacerlo de esta manera en los próximos años ni en su totalidad ni tan siquiera en su "maquillaje"; y

digo "maquillaje" porque, se quiera o no, los costes son los costes y se hagan los ingresos por una puerta o por otra, al final estos deben ser los mismos.

La pregunta alternativa es: "Por el contrario, ¿habría que dar más peso a las aportaciones de la Seguridad Social?". Según está planteado el sistema, es literalmente imposible. El Prof. Lobo nos ha hablado de los ciclos evolutivos de la propia economía. No se puede incrementar el aporte de la Seguridad Social si no crece el segmento de activos, que no es posible porque va creciendo el número de jubilados, no acaba de decrecer el de parados y, en cambio, tiende a no aumentar el de la juventud. Además, las actuales cargas de la Seguridad Social disminuyen la competitividad. Y nuestra economía, como la del resto de la Unión Europea, está muy marcada por esa palabra mágica, pero muy negativa en estos momentos para nosotros, que es la competitividad. Todo lo que sean costes en la producción ira en contra de nosotros mismos. Por lo tanto, no veo posible actualmente dar un mayor peso a las aportaciones de la Seguridad Social tal como está planteado el sistema.

Pero, y enlazando con la pregunta número cinco, también es absolutamente imposible mantener la gratuidad completa de los servicios. Debemos tender a un nuevo concepto de aportación de la Seguridad Social que va más allá de las cuotas para cobrar los servicios. Llamémoslo impuestos o tasas, aunque sé que no es lo mismo, pero en la práctica significa lo mismo porque es pagar. Apuesto por la necesidad de empezar a cobrar más en algunos casos y en otros empezar a cobrar por los servicios. No veo otra posibilidad. Si bien estoy de acuerdo en que el 7,6% del PIB resulta insuficiente dentro de los parámetros europeos que ha señalado la ministra Amador, es necesario seguir creciendo, pero el crecimiento del Producto Interior Bruto de nuestro país es incierto, ya que va al compás de otros ritmos y de los ciclos económicos que nos ha señalado el Prof. Lobo.

### **Hble. Sr. Rafael Hinojosa i Lucena**

La segunda pregunta específica: "La financiación pública del S.N.S. se hace, fundamentalmente, por aportaciones del Estado (71%) y el resto (29%) por cuotas de la Seguridad Social. ¿Cree que esto es adecuado?". No. "¿Debería ser financiado en su integridad por impuestos?". Sí. "Por el contrario, ¿habría que dar más peso a las aportaciones de la Seguridad Social?". No.

Éste no es un tema nuevo, sino que ha sido muy estudiado. Incluso hay un pacto explícito, muy concreto, sobre este tema sancionado recientemente por el Parlamento. Este pacto fue aprobado en Toledo, nos costó mucho esfuerzo llegar a la conclusión de que la Sanidad y otros aspectos tenían que crecer mediante impuestos y no a través de las cuotas de la Seguridad Social.

¿Por qué? Porque los impuestos, hasta que se demuestre lo contrario, son mucho más solidarios que las tasas. Éstas son -según mi criterio- insolidarias, porque se aplican a las personas indistintamente de las rentas que tengan. Se acabará seguramente poniendo alguna tasa, pero espero que sean sólo disuasorias. No se debe pretender buscar la financiación que falte por la vía de las tasas, ya que deben provenir de impuestos, si no se demuestra que hay otro sistema más solidario. En Toledo pretendíamos defender y salvar un sistema solidario. Y esto se tiene que lograr a través de los presupuestos del Estado.

Me he quedado maravillado al ver que hay personas aquí que dicen que el crecimiento ha llegado ya a su límite y que, probablemente, no va a crecer más. Les recuerdo que en el año ochenta -y son datos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social cuando era ministra la Sra. Amador- gastamos 578.000 millones de pesetas en Sanidad; en el año noventa dos billones ciento treinta y un mil millones y el año pasado tres billones cuatrocientos mil millones de pesetas. Explíqueme cómo vamos a estabilizar este gasto. Me gustaría pensar que el sistema está ya tan maduro que no necesita un mayor crecimiento. El Sr. Souto ha dicho que seguramente no fuera necesario y espero que tenga razón, aunque me tendrá que explicar cómo se atenderán en el futuro todas las nuevas patologías que se van produciendo y el importante número de personas de más de 80 años que permanecerán en el sistema sanitario.

### **Dr. D. José M<sup>a</sup> Segovia de Arana**

Históricamente la financiación del sistema asistencial ha ido desde la Seguridad Social hacia los impuestos. Hace 15 ó 20 años, Hacienda contribuía en un 15% ó 20% de los gastos. Posteriormente, el porcentaje ha ido creciendo. A partir de 1989, tres años después de promulgarse la Ley General de Sanidad, se establecieron ya estos porcentajes, que -según la información que tengo- han ido aumentando; en los próximos presupuestos crece aún más esta cifra.

No es cuestión de saber con precisión cuáles son las cuantías respectivas de cuotas de Seguridad Social y de impuestos, sino el sentido que pueda tener en cuanto a la financiación general e incluso en la filosofía económica del sistema. Cuando estábamos trabajando en el llamado "Informe Abril", invitamos a que viniera a España a Sir Roy Griffith\*, quien promovió la reforma del Servicio Nacional de Salud inglés. Y comentando precisamente este punto le decíamos que la financiación del sistema español tenía aún aportaciones de las cuotas de los trabajadores y de los patronos y él nos dijo que conserváramos esas pequeñas cuotas porque ahí teníamos una posibilidad de ajustes en los crecimientos que se fueran produciendo. Es decir, tener lo que en Medicina llamamos un "sistema tampón". El crecimiento no va a lograrse siempre a través del aumento de los impuestos, porque llegará un momento, por la distribución de los impuestos entre los bienes comunes, en que será imposible incrementarlos. Pero, a través de esas cuotas se tiene un margen para poder corregir los aumentos que se vayan produciendo.

El Sr. López de Lerma lo ha visto muy bien, porque eso podría trasladarse ya a las tasas, a la participación, al llamado co-pago. Pero la participación del usuario, del paciente, del individuo, puede ser ese elemento corrector del aumento del gasto, que no va a ser posible mantener indiscriminadamente a través de los impuestos crecientes, porque sabemos que hay otros medios para distribuir los bienes comunes. Es decir, el sentido de esta pregunta es justamente saber si ustedes estiman que ese factor corrector frente a los impuestos pudiera mantenerse bien mediante las cuotas de la Seguridad Social o como, seguramente parece lo más lógico, de alguna manera de participación en el gasto por parte del usuario.

Probablemente no es tan importante la financiación en sí misma, sino crear un sentido de participación activa, algo que no sea de gratuidad completa, que es incluso gratuidad psicológica, de aspectos pasivos. El servicio de urgencia, el gasto de hospital, el trasplante hepático cuesta, aunque no se le pase la factura al usuario. Éste debe saber que representa un gasto y esto contribuirá psicológicamente a que el español participe activamente en el bien común que es la Sanidad.

## Excmo. Sr. D. Alejandro Cercas Alonso

Voy a ser un poco rebelde, porque no voy a contestar solamente a la pregunta número dos. Me voy a acoger a su benevolencia, ya que el Dr. Segovia, que ha tenido la brillantez de exponernos el tema, también ha tenido en este momento la valentía de plantear las preguntas sucesivas. Y como no sé si nos va a dar tiempo a tratarlas todas, hablaré también sobre los sistemas de co-pago o las fórmulas de tasas que se están preconizando.

En cuanto a la financiación, soy partidario de las ideas que se han expuesto sobre que tendríamos que distinguir metodológicamente lo que es gasto de lo que es financiación, entre otras cuestiones, porque las correlaciones no están claras. No tengo la certeza que parezco adivinar en las palabras del Prof. Segovia, si cambiando los sistemas de financiación vamos a poder disciplinar el gasto. Las evidencias que hay en el Derecho Comparado demuestran que sistemas de financiación en los que interviene el pago de privados producen resultados que no son precisamente de menores gastos, sino mayores.

En primer lugar, quiero contestar a la pregunta número dos, aunque ésta tiene poco valor porque cualquiera que hable aquí dirá, ya que es un criterio que está de moda, que la financiación fiscal de la prestación de asistencia sanitaria es lo más adecuado. Si se predica que éste es un beneficio que se concede o se presta a la totalidad de la población, debe ser financiado por el conjunto de la población y no por el colectivo de los trabajadores o, para pacificar la discusión, por los impuestos que gravan el factor del trabajo y que pagan empresas y trabajadores. La ruptura lógica que hay entre una prestación universal y una financiación vía cotizaciones, sea ésta total o parcial, es una contradicción evidente y que deberíamos superar.

El problema es que afirmar la bondad del modelo de financiación fiscal no nos resuelve el problema de futuro. Si observamos con detenimiento lo que ha pasado en los años de gobierno socialista, veremos las enormes dificultades que éste ha tenido, relacionadas no sólo con los problemas presupuestarios y con el hecho cierto de que había un superávit en el sistema contributivo de la Seguridad Social, sino también las que provienen de otros problemas. Uno de ellos es la enorme inercia del pasado. Recuerden ustedes que tenemos unos sistemas de aseguramiento de los funcionarios públicos en España que harían muy difícil coexistir una definición terminal de un sistema universal. ¿Cómo se explica la contradicción de que exista más de un millón de funcionarios públicos que, al mismo tiempo, están pagando sus contribuciones a unas entidades que son sustitutorias del Sistema Nacional de Salud? Inercias del pasado que tienen que ver con algo muy evidente, porque por más que el político o el legislador intente cambiar el sentido de la Historia, ésta también tiene algo que decir. No es fácil romper unos sistemas de provisión pública que se han construido a lo largo de muchas generaciones.

El nuevo gobierno está teniendo dificultades serias para ser coherente con lo que ha afirmado -si los socialistas hubiéramos seguido en el gobierno tendríamos las mismas dificultades- y lo que puede hacer. No me ha dado tiempo a ver con profundidad los presupuestos de este año, pero creo que hay unas incoherencias manifiestas entre la afirmación de que se iba a ir a la financiación fiscal de todo lo no contributivo y lo que vamos a ver en las cuentas del Estado. Y éste es un problema que tiene que ser solucionado. Cuando no hay coherencia entre lo que se afirma y los grandes objetivos del sistema sanitario y las formas en que se financia o se gestiona, pueden aparecer deslegitimaciones y retrasos considerables. El Sistema Nacional de Salud, lógicamente, está afirmado sobre una base nacional y, por tanto, el tramo que falta hasta la total universalización y dotación de los medios financieros *ad hoc* debe ser recorrido lo antes posible.

Cuando se habla de financiación y cuando se introduce el tema de la gratuidad hay que pensar que la asistencia sanitaria en un Sistema Nacional de Salud no es gratuita; la pagan los ciudadanos con los impuestos. Obviamente, hay un problema psicológico -como ha señalado el Prof. Segovia-, ya que la gente cree que es gratis.

Si queremos hacer una aproximación rigurosa a este tema debemos ser inflexibles con los principios que hay que mantener en cualquier reforma. Si no queremos abdicar de ese legado histórico que ha significado la socialización -en el buen sentido de la palabra- de esta prestación, cualquier retroceso no será una reforma sino una contrarreforma. Por eso, a la izquierda, incluso a la izquierda reformista de los que creemos que la única manera de que pervivan los sistemas de protección social es a partir de una reforma permanente, a veces nos salen sarpullidos cuando oímos hablar de ciertas reformas que son auténticas contrarreformas. En este sentido, el abandonar la senda de la responsabilización colectiva de unos ciudadanos con otros, de los que estamos sanos con los enfermos, de los jóvenes con los maduros, etc., el conseguir por diversas vías, a veces vergonzantes, introducir el ánimo de lucro en la gestión, criterios mercantilistas propios de las mercancías pero no de los derechos de los ciudadanos, nos produce una sensación no querida, porque estamos a favor de reformar lo que sea necesario en el sistema, pero sin tocar los principios fundamentales. Y uno de los principios fundamentales -con el que parece que todos estamos muy comprometidos- es no retroceder desde un aseguramiento colectivo hacia aseguramientos individuales, desde la accesibilidad equitativa e igual para todos hacia fórmulas de ruptura del aseguramiento, en las que se quiebre la unidad de todos los ciudadanos ante la Sanidad, bien por criterios profesionales, económicos, porque cada uno busque la solución del problema o bien porque se impongan tasas. Y ¿tasas para qué? ¿para disuadir el consumo sanitario de quién? A los que tenemos unos niveles de renta medio o alto pagar 500 pesetas por una receta difícilmente nos va a disuadir de nuestro consumo, sin embargo, a un enfermo, un anciano o un parado sí puede disuadirlo.

Estas pequeñas agresiones en su conjunto podrían llegar a desnaturalizar lo que tan brillantemente ha defendido el Prof. Segovia, ese espléndido legado de la historia, que en todo caso deberíamos mejorar y nunca empeorar.

### **Sr. D. Juan Manuel Reol Tejada**

Muchas gracias por darme la oportunidad de participar en este debate tan interesante.

Efectivamente, hemos pasado de un sistema de Seguridad Social basado fundamentalmente en las cotizaciones de trabajadores y empresas a un Sistema Nacional de Salud. Hay que decir que, en relación con las palabras del Sr. López de Lerma, la evolución de la financiación del Estado no ha sido gradual. Hubo un escalón absolutamente rompedor con Julián García Vargas -estupendo Ministro de Sanidad-, quien hizo que alrededor de un billón setecientos mil millones de pesetas fueran destinados a Sanidad. La estructura de la financiación de la Sanidad saltaba en aquellos momentos desde un 20% a un 50%-60% de la participación del Estado. Hace 20 años seguramente no llegaba a dos dígitos la participación del Estado, ahora estamos no en el 71%, sino en el 85% y puede que llegemos al 87-88% en los presupuestos de este año.

La Seguridad Social, entendida también como una gran empresa nacional, no puede abdicar de responsabilidades sanitarias que han estado siempre en sus raíces. De acuerdo con el

pacto de Toledo, el Ministerio de Trabajo debe transferir 500 mil millones de pesetas a Sanidad, algo de lo que reiteradamente se ha quejado. Y esos 500 mil millones, tan dolorosamente transferidos, van a representar aproximadamente el 15% de lo que necesita el sistema de Sanidad. Por mucho pacto que haya, es siempre opinable. Hay unos argumentos de carácter constitucional, como decía Carlos Revilla, y de todo tipo para decir que lo que es universal tiene que estar financiado por impuestos. Tampoco es que esto sea axiomático, ni mucho menos un dogma de fe.

Si la financiación se realiza totalmente a través de impuestos, la empresa estará encantada porque será más competitiva habida cuenta que suprime determinados costos y gravámenes. Pero tendríamos que tener en cuenta varias aspectos. Como ha dicho el Dr. Segovia, los que estuvimos en la "Comisión Abril" participamos de determinadas ideas. Vamos a perder conciencia del coste, porque, aunque efectivamente los impuestos sean una forma de pago, no hay todavía suficiente cultura fiscal en España y los ciudadanos necesitamos algo más tangible cuando queremos percibir su coste. Ello nos alejará de las reformas que países democráticos y con un gran contenido y dimensión socialdemócrata han puesto en marcha a partir de la modificación de los seguros nacionales. Y una contradicción, qué es, en el fondo, el catálogo de prestaciones sanitarias sino acotar unas determinadas prestaciones, el núcleo duro que en un determinado momento será financiado por medio de los impuestos, dejando fuera una periferia cada vez mayor para otro tipo de financiación, en este caso complementaria, privada, competitiva con la pública. Si mantenemos la financiación vía impuestos, tendríamos que ser conscientes de que hay que ir a un impuesto finalista -al que me apunto- o a una co-financiación. Los que queremos que se mantenga el sistema público debemos ser reformistas, porque sino el fundamentalismo y el inmovilismo pueden ser los peores enemigos de la permanencia de ese sistema.

### **Prof. Félix Lobo Aleu**

Me ha parecido oír que alguno de los intervinientes opinaba que tanto da la financiación por impuestos como por cuotas de Seguridad Social. En el "Informe Abril" se defiende de una manera más radical la idea del mantenimiento de las cuotas. La idea del Prof. Segovia a mí me gusta mucho. Es decir, me parece correcto justificar el mantenimiento de las cuotas por razones de flexibilidad, para tener una válvula distinta de los impuestos generales. Pero lo que argumentan en el "Informe Abril" -que ahora Juan Manuel Reol acaba de reiterar-, me parece que es un argumento falso. Si no recuerdo mal, en el "Informe Abril" se decía -como acaba de afirmar Juan Manuel Reol- que el pago por cuotas a la Seguridad Social tenía un efecto sobre el ciudadano al hacerle partícipe en la financiación de algo que cuesta. Tradicionalmente se había sostenido el argumento contrario, que las cotizaciones a la Seguridad Social eran algo arcano, que no se entendía bien esa división entre empresarios y trabajadores, que al final es ficticia y, en definitiva, la carga de las contribuciones recae sobre los salarios. Mucho más efecto tiene la declaración anual sobre la renta, donde vemos claramente que contribuimos a los gastos del Estado. La gente no mira ni sabe realmente lo que paga por cotizaciones sociales; sólo mira el importe líquido de la nómina.

Por lo tanto, el argumento en favor de las cotizaciones me parece débil. Sin embargo, los argumentos tradicionales en contra de la financiación por cotizaciones sociales son perfectamente válidos. Es un impuesto sobre el trabajo, que penaliza el empleo, la competitividad, las exportaciones... Hay razones de tipo económico en apoyo de la idea de la financiación universal por impuestos. Además, políticamente se ha decidido que es un servicio público universal en el que se rompe la conexión entre financiación y utilización y, por tanto, en principio, no debe ser financiado con cuotas, sino con impuestos.

Lo que debemos poner sobre la mesa son algunas de las razones constitucionales a las que se refería el Sr. Reol. El mantenimiento de un cierto porcentaje de financiación por cuotas de Seguridad Social tiene que ver con el hecho de que la caja de la Seguridad Social es única, según la Constitución, y sin embargo la Sanidad no. Mantener la financiación por cuotas es una forma de que el gobierno central siga influyendo en Sanidad más de lo que quizás le correspondería estrictamente si observamos las competencias que tienen asumidas algunas comunidades autónomas.

Concluiría, pues, diciendo que no da lo mismo la financiación por impuestos que por cuotas.

### **Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado**

En cuanto al origen de la financiación, existe el compromiso del Pacto de Toledo de desligar las prestaciones contributivas, tipo pensiones, de las no contributivas, como la Sanidad. Esto es consecuencia del ritmo del crecimiento del gasto sanitario en los últimos años, que podía hacer peligrar las prestaciones contributivas.

En este sentido, el aumento de la financiación por la vía impositiva es absolutamente defendible en la medida en que ésta es más justa para la redistribución de la riqueza y porque, además, la vía de la Seguridad Social sobrecarga las rentas del trabajo, desincentiva la creación de empleo y disminuye la competitividad de las empresas.

En estos momentos, el porcentaje de participación del Estado es exactamente del 79% y del 21% mediante cuotas de la Seguridad Social; en el presupuesto de 1997, aproximadamente el 90% procederá de los impuestos generales y el 10% de cuotas de la Seguridad Social; previsiblemente, a finales de este siglo, hacia el año 2000, prácticamente la aportación de las cuotas de la Seguridad Social va a desaparecer de la financiación de la Sanidad.

### **Excma. Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Amador Millán**

Muy brevemente, porque se ha dicho casi todo. Pero, empezando por el final, la aportación de los impuestos no es del 79%, sino del 85% y no llega al 15% la que procede de cuotas de Seguridad Social.

Quiero recordar que la razón de esta modificación en la financiación tiene su origen en la distinta concepción que supone un sistema nacional respecto a un sistema de Seguridad Social. Como se ha explicado antes, en España hemos hecho el tránsito del sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud, lo que significa que el derecho a la protección de la salud es un derecho subjetivo reconocido en la Constitución. Por tanto, la universalización y el reconocimiento de ese derecho no pueden depender de un sistema contributivo. Tienen derecho a las prestaciones de la Seguridad Social, que es un sistema contributivo, quienes contribuyen a ese régimen. Si la Sanidad es un derecho universal e individual, reconocido constitucionalmente, difícilmente se puede vincular a la pertenencia a un sistema de Seguridad Social. Por tanto, desde el punto de vista jurídico-conceptual no parece discutible. Distintos son los avatares financieros, en

qué momento se toma la decisión de que haya una aportación del Estado finalista para Sanidad tan importante como se tomó en 1989. Pero la vía siempre es que la aportación del Estado va al presupuesto de la Seguridad, no va directamente al Sistema Nacional de Salud porque en España el tránsito se ha hecho por la vía de integrar en el sistema de Seguridad Social a los colectivos que no pertenecían a ella por razones que sería ahora ocioso analizar aquí, pero que tienen que ver con la caja única, con el reparto competencial, con muchos de los problemas que a lo largo de estos años se han ido afrontando.

También me sorprende una cierta beligerancia por parte del actual responsable de la Seguridad Social en relación con las transferencias a la Sanidad. Le duele mucho transferir ese dinero. A la hora de analizar este problema hay que recordar, primero, que las cotizaciones sociales se diseñan para cubrir Sanidad y, por tanto, que se financie parte de la Sanidad no es un regalo sino que forma parte del sistema. En segundo lugar, casi nadie sabe lo que paga de Sanidad en cotizaciones sociales. Como ha dicho el Prof. Lobo, poca gente sabe lo que paga de cotizaciones sociales porque sólo se fija en lo que cobra. Pero, incluso cuando ve lo que paga de cotizaciones sociales no sabe lo que va destinado a Sanidad.

Además, me gustaría recordar también que la gratuidad de una prestación como la farmacéutica, tan en candelerero ahora y siempre, es una prestación de Seguridad Social. La gratuidad no es de todos los ciudadanos, está vinculada a la condición de pensionista. Así, al hacer las cuentas y las distribuciones hay que profundizar en el origen.

Por último, y para animar el debate, quiero recordar que la única prestación con aportación del usuario en nuestro sistema, con el llamado co-pago -y celebro que al Prof. Segovia tampoco le guste esa palabra y aspiro a que no le guste el fondo tampoco-, es la farmacéutica. Y esta prestación que se co-paga, lejos de haberse disciplinado, lejos de haber sido disuasoria, lejos de haberse racionalizado, es la que más difícil ha sido de controlar en su crecimiento. Por lo tanto, el problema es más de raíz. A los pacientes, a los que no sabemos de Medicina, nos tienen que enseñar, una labor que es más difícil y más a medio plazo. El paciente se toma lo que le prescriben. Acude al médico porque cree que es útil. El problema está en el origen. La prueba es que el crecimiento del gasto farmacéutico no se ha disciplinado en absoluto, a pesar de que haya aportación del usuario. Por tanto, éste es otro argumento sobre el que convendría reflexionar a la hora de analizar el sistema sanitario español, ya que en una prestación en la que supuestamente hay aportación del usuario es precisamente donde menos se ha controlado.

### **Ilmo. Sr. D. José Antonio Souto Ibáñez**

La financiación debe hacerse a través de los impuestos. Las razones se han expuesto ya suficientemente bien aquí.

También, quizás porque me haya podido expresar mal anteriormente, quisiera aclarar que en mi anterior intervención manifesté que sí se iba a seguir produciendo un aumento del gasto sanitario. Tal vez donde me exprese mal fue cuando dije que hasta 1991-1992 el planteamiento del gasto sanitario había crecido, por las muchas razones que ya habían sido expuestas, por las necesidades de cobertura de la oferta sanitaria y que en los últimos cuatro años de funcionamiento el gasto sanitario general de nuestro país ha ido creciendo de una forma controlada. Y eso sí es un hecho real, medible y que cualquiera puede constatar. Por tanto, eso me ha llevado a decir que no se plantee el esquema del gasto sanitario como un hecho histórico de



crecimiento necesario, no de no contención, para plantear que -como decía el diputado Cercas- una contrarreforma, sino medidas de reforma que todos queremos para mejorar la Sanidad.

Decía, a su vez, que el planteamiento de financiación era diferente del gasto sanitario porque, si bien el gasto sanitario necesita una senda de crecimiento controlado de acuerdo con los planteamientos aceptados por todos los que componemos el sistema sanitario, la financiación que contribuye a ese sistema sanitario es un elemento de discusión diferente; se basa en el debate de quién, cuánto y de qué forma se compone esa financiación, cuánto sale de las arcas globales del Estado o cuánto debe poner cada comunidad autónoma. Quizás, por eso, pueda haber habido confusión. Independientemente de que pueda haber o no una insuficiencia, que creemos que sí existe, ésta no proviene de la contención del crecimiento del gasto en estos momentos, sino de otras razones en las que no es el momento de entrar.

### **Dr. D. Carlos Revilla Rodríguez**

Creía haber señalado un olvido que hay en la formulación de la pregunta, ya que entiende que hay exclusivamente dos fuentes de financiación. Y éste es un olvido general, no es exclusivo de la concepción de esta pregunta, lo que pone de manifiesto la escasa conciencia de coste que existe en nuestro país. La financiación de la Sanidad en España tiene tres fuentes. La tercera -señalada por M<sup>a</sup> Ángeles Amador- es la participación del enfermo, quien recibe una receta y aporta el 40% del coste de ese medicamento. Siempre se olvida. Esto no se debe exclusivamente a que tenemos un Sistema Nacional de Salud caracterizado por su gratuidad en mayor o menor cuantía, porque cuando el sistema era bismarkiano, es decir, cuando la financiación recaía en las cuotas de la Seguridad Social, antes de orientarse hacia su conversión en Sistema Nacional de Salud, ya existía una escasa conciencia de coste. De modo que, esto está operando en sentido contrario a la realización de reformas -y después de los años, digo lo de reformas con una cautela espantosa-, porque la reacción del ciudadano no está depurada por la conciencia del coste.

Por último, la financiación debería ser con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. Primero, por razones presupuestarias. Cuando se elaboran, se discuten, se analizan los presupuestos, el trasiego que hay de la Seguridad Social al Ministerio, del Ministerio al INSALUD, del INSALUD a la Seguridad Social es increíble y absolutamente nadie se entera. Es una aceptación consensuada de los diputados que, no se sabe por qué, se viene manteniendo. Podría relatar una curiosa conversación que tuve con el ministro Julián García Vargas al respecto, pero la sintetizaré con la frase final: "Ni lo toques", refiriéndose a intentar una depuración de esa maraña de trasiego. Segundo, no sé si el Prof. Lobo estará de acuerdo, los gastos sanitarios son siempre inflacionistas. En estos momentos no nos interesa mantener otro factor inflacionista como es la persistencia de la búsqueda de recursos con cargo a las cuotas. Hay otra cuestión, que ya se ha dicho, respecto a las pensiones contributivas. Es decir, las cuotas sociales deben reservarse exclusivamente para la cobertura de las pensiones contributivas, no sólo por razones de insuficiencia financiera -que es lo que se producirá en el futuro-, sino también por razones de principio. Y además, la Sanidad es la organización de la solidaridad, algo importante que no debemos olvidar.

## **Sr. D. Max Ebstein**

El padre Martín Patino ha subrayado mi condición de periodista. Antes de esta reunión me dijo que, al final, en diez minutos, tratase de resumir la sesión. Va a ser muy difícil utilizar los diez minutos para tranquilidad de ustedes y de sus estómagos.

Antes, unas notas previas sobre estos debates. Como ha anunciado el padre Martín Patino se ha intentado cambiar el sistema y tengo que felicitar a esta reunión. Una de mis quejas permanentes al haber asistido a varios era que las intervenciones no daban lugar a un debate. La última vez que estuvimos en esta sala hubo 13 intervenciones, hoy ha habido 20. Se ha debatido muy a fondo la primera pregunta y a partir de una hora de reloj el debate se ha generalizado. Esto es algo que nos debe hacer reflexionar sobre nuestra capacidad de síntesis.

Quisiera por una vez abdicar de lo que me enseñó D. Bartolomé Mostaza en mis principios en la Escuela Oficial de Periodista sobre que siempre fuese "notario de la actualidad". Con los años me he viciado y hacer hoy aquí de "notario de la actualidad" sería simplemente repetir unas cuantas cosas. Ahora que está tan en boga lo de las tertulias, si esta noche en alguna de estas tertulias me dijese has estado en un debate plural y de gran nivel, ¿qué te llevas a casa?

En el frontispicio de lo que yo me llevaría a casa hay tres manifestaciones:

- Una, del Prof. Segovia de Arana, sobre la actitud corporativa.
- Otra, de la Sra. Amador, sobre que la Sanidad es el factor más importante de cohesión social.
- La última, que ha sido apuntada por el Prof. Lobo, y que siento muchísimo que no haya entrado al trapo, que es el tema de que cuando hablamos de Sanidad y coste bordeamos problemas éticos, que temo que no han salido a la luz aquí.

Con todo cariño, yo me llevo a casa la sensación de que hemos debatido muy a fondo si los gastos de Sanidad van a aumentar -hay unanimidad-, si van a aumentar los impuestos -hay una cierta diversidad, porque hay muchas más preguntas que soluciones-, creemos que el gasto social es razonable, aunque temo mucho que en las alusiones y comparaciones a otros países, ejemplo de Estados Unidos, confundamos qué es gasto público y qué es PIB. Con todos mis respetos, por haberlo padecido y vivido, tengo una información, relación y experiencia sobre el sistema americano que muchos en la opinión pública española no comparten.

En la segunda parte de la pregunta es cuando empezamos a perdernos. Se acepta que el Pacto de Toledo es un acuerdo político, y, por tanto, cerramos el tema. Decimos que esto es lo que tenemos. Como se ha dicho muy bien, si la Sanidad es un factor de cohesión social, tenemos que mantenerlo. Pero entramos en los temas del día a día, que por falta de tiempo no han salido, y que son los que se les plantean a los profesionales que luchan a diario con ellos. Sería importante también reseñar que hay una buena medicina preventiva y el impacto, que es grande, del crecimiento de la medicina primaria. Los médicos de familia están contribuyendo mucho a que en los escalones siguientes, de alto costo, y cada vez mayor, algunas cosas se mantengan. Se ha hablado muy de pasada de lo que podríamos llamar la disuasión. Por ejemplo, si las visitas a urgencias tuviesen algún tipo de disuasión muy probablemente la mitad de los casos no se producirían.

En resumen, creo que ha sido un debate de alto nivel, en el que se está de acuerdo sobre lo principal: cómo hay que financiarlo y hay que mantenerlo. Pero, cuando empezamos a arañar sobre qué se puede hacer para controlar ese gasto y si es posible controlarlo, entonces empezamos a levantar los ojos porque hay una serie de implicaciones humanas, sociales, económicas, profesionales, que son las que me preocupan. El gasto sanitario, globalmente hablando, puede ser que crezca por necesidad, pero en todos los países del mundo en este momento se está cuestionando qué es lo que hay que hacer. Y entramos, como he dicho y me gustaría subrayarlo al final, en las dos cosas que son sumamente importantes: la actitud corporativa y los gravísimos problemas éticos con los que nos vamos a tener que enfrentar, y con los que ya se están enfrentando muchos profesionales y ahora también empiezan a enfrentarse los administradores a los que estamos exigiendo que la Sanidad se administre como si fuese una empresa.

**Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

El debate no ha terminado. La costumbre y la tradición de la casa es que durante la cena se puede pedir el micrófono para intervenir. Podemos entrar a debatir el resto de las preguntas que están también en el cuestionario. La razón de hacer este resumen antes es porque algunos de ustedes no pueden quedarse a la cena, sino lo haríamos siempre al final de ésta.

Les agradecería que se quedaran a cenar porque el debate allí es más distendido. No sé si los alimentos o la convivencia en torno a la mesa los hacen más digestivos.

Muchísimas gracias una vez más a todos en nombre de la Fundación Encuentro. Trataremos de darles a ustedes la oportunidad de seguirse expresando. Aunque nuestro fin es muy modesto: queremos que conozcan las sentencias de los demás y oigan sus razones.

## **SEGUNDA PARTE DEL DEBATE**

**Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Hemos de continuar el debate ya que han quedado algunas cuestiones sin tocar todavía dada nuestra ambición en el número de preguntas que habíamos propuesto a la sala. No quisiéramos marcharnos sin que se produjeran nuevas aportaciones.

Como tenemos la suerte de tener aquí a M<sup>a</sup> Ángeles Amador, le he pedido que propusiera algunas acotaciones, matizaciones o cuestiones que han quedado sin resolver.

Todos ustedes pueden pedir la palabra a continuación.

**Excma. Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Amador Millán**

Cuando el relator ha hecho la síntesis de lo tratado nos ha reprochado que nos hubiéramos extendido tanto sobre el asunto de la financiación y que no hubiéramos suscitado otras cuestiones importantes. Pero, la financiación es la primera pregunta y todos hemos intentado decir alguna cosa. Evidentemente, hay otras cuestiones fundamentales que aquí están enunciadas.

Una de las que más me ilusionan en el debate teórico, porque tiene mucha traducción en la realidad, es la de los catálogos de las prestaciones y la evaluación de las tecnologías. Es un elemento fundamental del presente y futuro del sistema. Respetando el debate serio sobre los recortes, se puede hablar de la ordenación de las prestaciones. Siempre me he aproximado al tema sanitario con un enorme reconocimiento hacia todo el que ha contribuido a él, y tener a mi lado al Prof. Segovia es tener un protagonista muy directo de lo que ha sido la Sanidad en España. Cuando analizamos lo que ha pasado con la Sanidad y con el gasto sanitario, deberíamos tener en consideración que se ha echado sobre "las espaldas" de la Sanidad prestaciones que quizá debieran atenderse en otros ámbitos, por ejemplo, en los sociales. El gasto sanitario ha aumentado también como consecuencia de decisiones en el orden laboral o industrial; las reconversiones que se han hecho en España han enviado a la jubilación a muchos ciudadanos que han adquirido derechos en relación con la gratuidad, por ejemplo, de la prestación farmacéutica. Cuando se analiza todo esto, resulta que el crecimiento del gasto sanitario se explica no sólo por la creación de los nuevos centros, por la universalización de la asistencia o por las prestaciones estrictamente sanitarias, también la Sanidad ha atendido otro tipo de necesidades que se cuantifican perfectamente desde el punto de vista económico.

Se dice que el gasto sanitario antes era de 500 mil millones, ahora está en tres billones y medio y el año que viene espero que esté cerca de los cuatro -todavía no he visto la cifra. Pero hay que ver qué hay detrás de esas cifras tan extraordinarias. Lo que no era planteable con un

presupuesto insuficiente, mucho más que insignificante, sí lo es con un presupuesto que ronda los cuatro billones de pesetas. Es decir, con esta cantidad tenemos que ser capaces de garantizar las prestaciones, de hacer una gestión más eficaz, de ordenar el contenido. El catálogo de prestaciones responde a esta necesidad. Antes hablaba de la urgencia de hacer pedagogía en la sociedad. El ciudadano tiene que saber a qué tiene derecho en el sistema sanitario público, qué le garantiza el sistema público para no tener unas expectativas que no se corresponden con la realidad. Recuerdo el debate sobre las prestaciones asistenciales fuera del país, sobre si la Sanidad pública debe financiar que una persona acuda a un hospital americano a recibir una prestación. El Prof. Diego Gracia, que ha analizado el tema de la ordenación de prestaciones con una enorme brillantez en el Consejo Asesor que preside el Dr. Segovia de Arana, decía que sólo es exigible lo que es justo. Entonces, el catálogo de prestaciones tiene que garantizar la protección eficaz de la salud, pero también tiene que asegurar que lo que se recibe como prestación pública está garantizado desde el punto de vista de la seguridad, de la ética. Es muy importante que los pacientes se acerquen al sistema sanitario con la garantía de que lo que van a recibir tiene el contraste científico adecuado, el marco ético exigible a un servicio como la asistencia. De manera que ordenar las prestaciones es bueno en la medida en que define aquellas cosas a las que se tiene derecho.

Me piden que haga referencia al último punto: "¿Hasta qué punto los nuevos modelos de organización-gestión del S.N.S. como el mercado interno, la competencia regulada, el mayor énfasis en la asistencia extrahospitalaria o el incremento de la Medicina preventiva pueden influir en el gasto sanitario?". Influyen de manera determinante. Nuevos métodos asistenciales como, por ejemplo, la cirugía mayor ambulatoria, que además produce un enorme grado de satisfacción en los pacientes, reduce costos de manera espectacular. Es más, esta última pregunta constituye la respuesta al reto futuro de los sistemas. La vía para consolidar y mejorar el sistema sanitario público -que, a mi juicio, no ha llegado al punto de llegada pues queda mucho por hacer- es una mejor gestión, no es el recorte de prestaciones ni la reducción de los derechos de los ciudadanos o la disminución de la financiación pública. Debemos ser capaces de tener, mediante unos sistemas de gestión más eficaces, gastando mejor el dinero, un margen suficiente para consolidar el sistema. Ésta es la opción más justa, aunque no es fácil. También hay que desmitificar los modos de gestión. Es una falacia la argumentación de gestión pública ineficaz y gestión privada eficacísima, ya que responde a un cierto papanatismo. El Estado social actual, prestador de servicios, trabajando con unos mimbres anticuados, con unos instrumentos jurídico-administrativos que se correspondían con un Estado de otras características, tiene serias dificultades. Desde hace muchos años en Alemania hablan del Derecho público-privado, porque dotan a los servicios públicos de instrumentos privados. Tenemos que utilizar del Derecho Privado lo que mejora la capacidad de gestión, pero tenemos que seguir garantizando el modelo público, de titularidad pública. Haciendo compatibles esos dos principios el futuro está asegurado.

**Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Tienen ustedes ya una provocación, aunque tímida todavía, para poder intervenir.

**Excmo. Sr. D. Jesús Gómez Rodríguez**

No quiero entrar en discusión con la Sra. Amador, porque le tengo una admiración especial, no sólo porque con ella se consiguió que Canarias tuviera una autonomía sanitaria sino también por su gran aportación a la mejora del estado sanitario de este país.

No quiero entrar en el tema de la gestión privada. La sanidad no se ha privatizado en Canarias, sigue siendo propiedad del Cabildo, que es un organismo público. Pero, al director de los hospitales se le han dado unos presupuestos para que analice las desviaciones, que aplique el plan general de contabilidad, que calcule los costos. Y el Cabildo, que sigue siendo un organismo público, puede preguntar ahora la relación de presupuesto y desviaciones en cada una de las facetas de la gestión sanitaria insular y saber cuántos son los costos. Si todo el sector público y el mundo empresarial tuviese un plan general de contabilidad específico para la Sanidad podríamos calcular, a la hora de la Contabilidad Nacional, los costos con mayor exactitud que actualmente.

Pero quería comentar el tema, que está diariamente en la prensa, de las listas de espera. Solamente, quiero hacer dos puntualizaciones de este tema tan extenso. Las listas de espera nacen de un sistema público de Sanidad ya que en los sistemas privados no hay listas de espera. Tampoco en el primer grado del sistema público existe lista de espera. Las listas de espera surgen cuando aparece la especialidad. Son listas de espera en tiempo y en número. No es el momento de analizar el porqué nacen las listas de espera, pero la realidad sangrante es que existen y es algo preocupante. Ayer en un periódico se decía que una señora había fallecido en Barcelona en un hospital esperando en el pasillo para recibir el tratamiento adecuado. Aparte de este problema que tiene dos vertientes en el número y en el tiempo, el enfermo tiene derecho a la salud y a la Sanidad, algo que está recogido en la Constitución española. Si un enfermo en el plazo de dos años no ha arreglado su problema, tendría que ir directamente al sector privado y cargar los costes al público. Si no es así, se produce la suspensión de un derecho constitucional. Mientras un enfermo esté en lista de espera tiene suspendido su derecho de asistencia -un derecho sagrado, universal, equitativo y gratuito-. Por otro lado, es conveniente chequear, comprobar, analizar las listas de espera, porque se podrían eliminar muchas cosas.

Además de la noticia que he comentado, en Canarias se producen con frecuencia quejas de personas modestas que llevan un año esperando para una determinada asistencia. Pero no es sólo un mal insular, es nacional y europeo. Este problema se produce en todos aquellos países donde existe un Sistema Nacional de Salud público.

### **Sra. D<sup>a</sup> Regina Revilla Pedreira**

Me quería referir a un tema del que casi no se ha hablado, que la ministra Amador acaba de exponer y que es de extraordinaria importancia.

Hemos hablado muchísimo de los problemas del crecimiento del gasto, la financiación, etc. El Prof. Segovia de Arana, en su magnífica introducción, decía que entre los multifactores que inciden en el crecimiento del gasto está la evolución tecnológica que experimenta el sector sanitario. Esta evolución tecnológica es una de las más activas en todas las prestaciones y en todos los desarrollos tecnológicos de todos los sectores. La ministra Amador ha dicho que no hemos considerado verdaderamente que la salud también es fuente generadora de riqueza. He tenido la suerte de trabajar con ella y ver lo valiente que ha sido -y todo el mundo reconoce el papel que ha jugado en la Sanidad española- al atreverse a hacer un catálogo de prestaciones, hacer una evaluación de todas las tecnologías sanitarias, crear una Agencia de Evaluación Tecnológica para ver si verdaderamente se puede incluir o no la prestación y valorar los criterios de eficiencia. Durante toda esta noche se han estado pidiendo criterios de eficiencia, sin embargo, nadie ha valorado verdaderamente lo que es un criterio de eficiencia, porque es cuantificable. La ministra Amador se ha atrevido a hacer la valoración de todo lo que se estaba dando, cuantificarlo,

compararlo con los demás. Y la repercusión que tiene para el futuro es enorme. Y todo esto es un criterio de buena gestión, que es lo que se está pidiendo. No entiendo por qué se critica tanto sin ningún tipo de aporte donde se justifique ese tipo de aserto. Si se gestiona mal, es porque hay otra manera de gestionar y hay unos datos que están indicando que se puede hacer mejor. Se han aportado pocos argumentos en este sentido. Cuando uno es capaz de evaluar todo lo que en estos momentos se está desarrollando, seleccionarlo y compararlo con lo demás, está utilizando un modelo de gestión. Además, ahora que estoy en el sector privado, veo las deficiencias que tiene uno desde el sector público para utilizar los nuevos instrumentos de gestión. Tomar una decisión cuando puedes utilizar todas las herramientas que tienes a tu alcance no es fácil, porque todos nos equivocamos, pero tomarla con un sistema en el cual casi no puedes acudir a ninguno de los instrumentos que en estos momentos se están utilizando desde el sector privado es muy difícil.

La pregunta del Prof. Segovia, que está envenenada, sobre cómo y quién debe hacer la evaluación tecnológica nos la hemos hecho muchas veces. ¿Por qué se ha creado una agencia europea? Porque quizá ningún país tenía la capacidad suficiente para poder dar este paso. En cuanto a la evaluación tecnológica, es muy difícil poder desarrollar las tecnologías que te permiten tomar la decisión o darle al que tiene que decidir suficientes argumentos para saber si una cosa es mejor que otra y evaluarla en cuanto a coste-eficacia. No sé que es mejor, cada país tiene un sistema (privado, público o mixto). También depende mucho del nivel tecnológico del país y de las tecnologías a evaluar. Es un tema que hay que tener en cuenta, sobre todo los que tienen que decidir si incluyen o no una nueva prestación en un sistema, saber qué ventajas o desventajas tiene, qué es lo que aporta o no y cuál es la eficiencia de introducir esa nueva tecnología o no introducirla, porque muchas veces no es necesaria o sería más costoso introducir esa tecnología que no hacerlo. Cualquier novedad, tanto desde el punto de vista farmacológico como tecnológico de diagnóstico, de tratamiento, cirugía, trasplante, etc., es inmediatamente solicitado y demandado por la sociedad. Saber si se incorpora o no a un sistema es un tema que requiere una reflexión enorme porque es uno de los factores de incremento del gasto.

#### **Dr. D. José M<sup>a</sup> Segovia de Arana**

No me resisto a intervenir muy brevemente. Se han tocado temas muy candentes, apasionantes, entre ellos el catálogo de prestaciones sanitarias. Muchos de ustedes no conocen lo que voy a decir ahora.

El catálogo de prestaciones sanitarias fue tremendamente discutido. Recuerdo que me invitaron a una mesa redonda en Televisión Española coincidiendo justamente con la publicación del "Informe Abril" en junio de 1991. Aquello fue tremendo porque la extrema derecha y la extrema izquierda me vieron como defensor del catálogo de prestaciones y fue un bombardeo impresionante. Este tema levantó grandes polémicas. Varios años después, la ministra M<sup>a</sup> Ángeles Amador tuvo la valentía de hacer el catálogo de prestaciones sanitarias. Se discutió muchísimo, pero ahí está. Y lo que no saben ustedes es que Canadá, con un sistema de Sanidad modélico, lo ha traducido al inglés y lo ha distribuido en una reciente reunión como un ejemplo de catálogo de prestaciones sanitarias. Ahora todo el mundo lo admite como una cosa natural y lógica, incluso aquellos que tan violentamente arremetieron contra el "Informe Abril". Poco a poco se ha ido construyendo un sistema que realmente debemos defender, que hemos hecho entre todos, entre varias generaciones de españoles y de profesionales. No depende de un partido, de un equipo o de un gobierno, ha sido una continuidad. Si no ha sido un don del cielo, sí que ha sido una suerte.

En cuanto a la última pregunta, la agilización de la gestión, permítanme que cuente una anécdota. Muchos de ustedes saben que he estado dirigiendo la Clínica Puerta de Hierro durante 28 años, lo que es un récord en nuestro país. Y en estos años me he encontrado con enormes dificultades justamente porque el Derecho Público me ponía un interventor de Hacienda. Un día en el hospital se quemó el grupo electrógeno, que era algo vital porque había enfermos en la UVI que estaban con respiradores artificiales que se movían eléctricamente. Le dije al administrador que buscara inmediatamente la sustitución de aquel grupo electrógeno y en 24 horas se sustituyó. No pude pagarle el grupo electrógeno que nos habían puesto a aquella persona porque el interventor dijo que había que hacer en ese momento un presupuesto con tres opciones porque el contrato del Estado lo exigía así. Era un hombre bueno, pero muy apegado a la administración. Sin embargo, había que actuar rápidamente porque sobre mis espaldas tenía la responsabilidad de la muerte de cuatro o cinco pacientes si se interrumpía la electricidad y no había grupo electrógeno. Éste es un ejemplo, si ustedes quieren un poco caricaturesco o extremo, de hasta que punto es necesario ir haciendo cambios fundamentales en el mercado interno. Afortunadamente, se está avanzando en este sentido. Es muy positivo el hecho de que aquello que evidentemente podía ser nocivo -me estoy refiriendo a instrumentos pero también a la famosa productividad variable, a las retribuciones por la productividad variable, que eran realmente un calvario para los que queríamos estimular a la gente, etc.- está siendo y se irá modificando.

Hay que tener en cuenta que el catálogo de prestaciones sanitarias y la modificación necesaria de los sistemas de gestión son absolutamente indispensables; tan importantes o más que los criterios de financiación que se han señalado aquí.

#### **Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Tengo que hacer una pequeña aclaración. Cuando le rogué insistentemente a M<sup>a</sup> Ángeles Amador que se quedara con nosotros, no era porque yo hubiera dado consignas de que la alabaran y que lograra ese consenso tan difícil de obtener en este país para una persona que ha tenido la responsabilidad de un ministerio. Después de que son ministros, rara vez se les alaba. Yo, me lavo las manos, no he tenido parte en esto. El Dr. Segovia y los que le han precedido en la palabra espontáneamente han hablado así. Tampoco quiero que sufra un ataque de vanidad. La verdad es fuente de humildad.

#### **Sr. D. Luis Valenciano**

He pedido la palabra porque creo que es mi obligación ganarme la cena. Como todavía me pregunto por qué estoy aquí, pues voy a intentar cambiar un poco el tercio y hablar de algunos temas de salud pública que posiblemente no se han mencionado.

Voy a empezar a hablar de la epidemiología. La epidemiología de las intervenciones del coloquio de hoy muestra claramente una mayor incidencia y prevalencia de los políticos con algunas incrustaciones de personas de la administración sanitaria. Querría, por tanto, que mi voz fuera diferente de las escuchadas, puesto que no tengo esas responsabilidades ahora.



Me ha alarmado el que haya una cierta autocomplacencia del funcionamiento del sistema público de Sanidad. No tengo la menor duda -y he trabajado muchos años con José M<sup>a</sup> Segovia- en apoyar el sistema público, pero también hay que admitir sus deficiencias, y aquí no se han mencionado. Por eso decía que introducía un tema diferente: existen deficiencias en el estado de salud de nuestra población, que no se reflejan en la natalidad infantil ni en la edad media de vida, pero que se producen con respecto a enfermedades transmisibles.

No tenemos todavía una buena red de asistencia primaria. Esto es un déficit claro, pese a que sigamos hablando de la mejora de gestión de los hospitales. Y relaciono el tema de la asistencia primaria con las dificultades que va a tener el gestor sanitario -a quien le corresponda- para poner obstáculos al acceso al Sistema Nacional de Salud. Va a ser difícil compaginar una política de salud en la que se hable de diagnóstico precoz, de vigilancia del estado de salud para demostrar las primeras alteraciones con las trabas que se pongan para que el sujeto vaya a la consulta o para que tome la receta. Cualquiera de las tareas de medicina preventiva que han dado mejores resultados en este país sería difícil sin tener en cuenta que el gasto hay que hacerlo y que los beneficios vendrán mucho después.

Y quiero acabar con algo que tenga relación con mi actividad de los últimos 13 años, con el medicamento, cuestión que también está en la lista de una de las últimas preguntas. El medicamento va a tener las mismas dificultades. No es un gasto superfluo. Hay medicamentos fundamentales y esenciales, que no sólo tiene que recetar el médico sino que tiene que consumir el paciente. Hace muchos años, Juan Manuel Reol dijo que tenía preparada una medida en la que el usuario iba a contribuir -creo que entonces hablaba del 20%- y que era una decisión política llevarlo adelante, aunque era difícil pensar que aquello se podía realizar. La verdad es que se ha conseguido, como ha dicho Ángeles Amador, sin que eso disminuyera demasiado el coste. Pero, también hay medicamentos que ahorran mucho dinero.

Habrá que hilar muy fino para tratar de poner obstáculos también al alcance de ese medicamento porque se carga su adquisición. No veo fácil la tarea del legislador en este momento si quiere limitar el acceso a la consulta o a la receta .

### **Ilmo. Sr. Rafael Hinojosa i Lucena**

He pedido la palabra porque me ha incentivado mi compañero de mesa, el diputado de Coalición Canaria, cuando hablaba de las listas de espera y del accidente de Barcelona. Son dos cosas distintas y él las ha mezclado. Las listas de espera se diferencian de las urgencias. Todos los que estamos aquí tenemos la obligación de saber que hay un número tremendo de personas que van a urgencias, probablemente porque falla el escalón anterior. Estamos cansados de saber que los viernes y sábados es cuando más urgencias hay y cuando más personas mayores las utilizan. Y se sabe que sólo un 15-16% de éstas son realmente urgencias. El hecho lamentable y desgraciado que se ha comentado sólo demuestra que es una urgencia, que ha sido un accidente de los que no estamos exentos que se produzcan en cualquier momento y en cualquier otro lugar.

En cuanto a las listas de espera, sólo quiero confesarles un fracaso personal. Ni con el ministro Julián García Vargas -buen ministro y amigo-, ni con el Sr. Griñán ni con la Sra. Amador, ni con el Conseller Trías, jamás he logrado saber por qué no se logra rebajar las listas de espera. Unos profesionales catalanes, socialistas además, por lo que no implico ni a mi partido ni a mi coalición, me dijeron que las listas de espera no se pueden acabar nunca porque son económica-

mente rentables. Es decir, es necesario tener listas de espera para que los quirófanos funcionen en las horas y los ritmos adecuados; por lo tanto, es rentable así y no se cambiará. Como aquí sólo se han hecho elogios de la Sra. Amador, le lanzo esta crítica para que me diga cómo se puede acabar con las listas de espera, aunque podría decirme que se lo pregunte al nuevo ministro de Sanidad.

### **Excma. Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Amador Millán**

Debe ser el nuevo gobierno quien le conteste, porque además se ha comprometido seriamente con las listas de espera. Nada menos que el presidente del gobierno ha asumido este tema directamente con el compromiso de reducir las de listas de espera.

No he sido capaz de acabar con las listas de espera. Siempre he reconocido que no me proponía acabar con ellas. En un sistema universal y público hay listas de espera, lo que no desacredita al sistema, lo que hay que conseguir es un tiempo razonable de espera. Hay que garantizar tiempos máximos de espera. La lista de espera se ha convertido en un instrumento de debate político que la desvirtúa; se convierte en el elemento que desacredita al sistema público, porque si hay lista de espera todo lo demás no sirve. Al final, todo esto hace que para el ministro la lista de espera sea un objetivo prioritario -estoy hablando de mi caso-, que engañen al ministro, que la lista de espera aumente y disminuya de manera poco razonable, que sea un instrumento de presión y sea el gran desconocido. Hay listas de espera que no son tolerables y otras que deben preocupar poco. Recuerdo que en una época determinada la mayor lista de espera en el hospital de La Paz era la intervención para corregir las orejas en soplillo de los niños. Y éste no me parece un problema que desacredite al sistema sanitario público. Sin embargo, hay que corregir el hecho de que una persona esté esperando durante un año para ser intervenido, aunque no sea grave, por lo que esta situación produce de incertidumbre y trastorno familiar.

Por lo tanto, primero, no hay que utilizar la lista de espera como arma arrojada. Yo no lo pienso hacer desde la oposición. Segundo, hay que mejorar la situación de las listas de espera, hay que garantizar tiempos máximos de espera razonables. La lista de espera debe ser un factor tratado, como mínimo, como en la sanidad privada, en la que cuando uno llega y le dicen que si le viene bien operarse en marzo, la gente está encantada. En cambio, en la pública se convierte en el mayor elemento de descrédito. Se hace una utilización política artera de la lista de espera. Esto no significa que no haya casos de lista de espera verdaderamente intolerables. Pero, como tal problema político, la lista de espera hay que analizarla con seriedad y comprobaremos que gran parte es puro debate político.

### **Ilmo. Sr. D. José Antonio Souto Ibáñez**

No me voy a sustraer a hablar del tema de las listas de espera, porque como suele pasar acaba dominando todo debate.

En cuanto al tema de la lista de espera ya se han dicho bastantes cosas, pero creo que hay aclarar algunas. Primero, el sistema de garantía del tiempo de espera es algo que hay que dejar claro y bien definido. A partir de un determinado tiempo de esa garantía de espera hay que certificar al ciudadano el derecho a que pueda, dentro de un planteamiento de libre elección, elegir

donde deben atenderle. Pero, desde ese punto de vista, el hablar genéricamente de la lista de espera no tiene sentido, hay que ver dónde hay lista de espera, en qué patología, en qué persona, en qué momento, etc. Cuando se utiliza el planteamiento global de la lista de espera, por mi experiencia, no me cabe nada más que pensar que es una utilización demagógica en un momento determinado. Siempre han tenido una utilización perversa.

En cuanto al otro planteamiento que se ha expuesto sobre que las listas de espera son necesarias porque son rentables, me temo que éste no sería el planteamiento del presidente del consorcio hospitalario de Cataluña. Es necesario tener a veces un tiempo técnico de lista de espera, porque ha sido planteado por los propios facultativos en las juntas técnicas; en ningún caso esta situación afecta a ningún paciente que tenga necesidad de ser intervenido inmediatamente. Por lo tanto, el propio programa de organización técnica de los servicios como equipo necesita un planteamiento de lo que se llama lista de espera técnica, que también sucede en cualquier hospital privado, pero que cuando pasa en uno público parece que es un crimen. No es lista de espera cuando un facultativo le dice a un paciente en un hospital de la Sanidad pública que tiene que operarse el 23 de febrero de 1997, estando a 1 de octubre de 1996.

Por lo que respecta a las prestaciones, estoy de acuerdo -y me gusta más el término de la ordenación de las prestaciones- en que se tiene que mejorar todavía mucho en la eficiencia del sistema, quizás porque ha habido o ha sido necesario en un momento determinado un crecimiento desordenado. Estamos en el momento de ordenar el acceso de los ciudadanos, manteniendo criterios de equidad. Lógicamente, la industria, que también es importante, presiona en el sentido contrario, para que haya más consumo de tecnología. En cualquier caso, es un lógico planteamiento en ambos sentidos.

El tema de la Sanidad como generadora de riqueza -algo comentado por la ministra Amador y por la Sra. Revilla- es importante. La Sanidad andaluza es la primera empresa de Andalucía. Es la empresa que más puestos de trabajo directos e indirectos mantiene en una comunidad en la que tenemos un 34% de paro. Además es la empresa con mayor valor añadido bruto en Andalucía, en lo que supone de aporte de riqueza a la comunidad autónoma. Por lo tanto, la Sanidad hay que valorarla desde diferentes puntos de vista a la hora de tomar decisiones de análisis de futuro. Por ejemplo, cuando hablamos de la posible ruptura del aseguramiento, algo legítimo, como un esquema que supondría la disminución de fondos directos de las cotizaciones o de los impuestos vía disminución en la declaración del impuesto de la renta de aquellos que tenemos más posibilidad económica de elegir, habría que pensar que en este momento nuestra Sanidad está costando 300 pesetas diarias del presupuesto de 1997, recién presentado, por cada uno de los ciudadanos, lo que supone 9.000 pesetas al mes y 100.000 pesetas al año.

Hay que seguir mejorando en la eficiencia, en los planteamientos de gestión. El año pasado hicimos un estudio en nuestra comunidad autónoma que distribuimos por todo el Estado y este año vamos a repetirlo. Y vimos que tenemos problemas. Por ejemplo, al examinar dos centros con similares características, con parecida cartera de servicios por asignación *per cápita*, si uno cuesta 35.000 pesetas y el otro 60.000, hay que preguntarse qué pasa, no es que el segundo esté mal y el primero bien. Algo está mal, pero no hay que destruir el sistema y hay que empezar a trabajar para ver si hay problemas estructurales u otro tipo de situaciones que han llevado a esta situación. Además, muchas veces necesitamos y tomamos decisiones de puesta en marcha de un centro de salud o de un hospital en función de la riqueza que puede crear en una comunidad o en un municipio en la medida en que no tiene alternativa de otra economía posible. La única forma que tiene el Estado, gobierne quien gobierne, es poner en marcha un centro sanitario que cree a su vez suficientes redes, carreteras, hipermercados, etc., lo que contribuya a generar riqueza. Hay que tener en cuenta lo que cada centro de salud contribuye a la riqueza de un ayuntamiento, por

ejemplo. Alrededor de la Sanidad se generan unos valores añadidos complementarios, aparte de los términos propios de salud.

En cuanto a las diferentes fórmulas de gestión, diré que en Andalucía tenemos empresas públicas de titularidad pública porque pensamos que había que probar y pilotar experiencias diferentes desde el propio marco de la administración pública, utilizando medios del Derecho privado, pero sin perder dos principios: el aseguramiento único y la titularidad pública. Y podemos decir que funciona. En este momento, han pasado tres años desde que el primer hospital empezó a funcionar como empresa pública y hemos logrado no sólo la satisfacción social, sino también que los costes de aportación de los ciudadanos, que no es la rentabilidad económica de la administración pública, sino la rentabilidad social de la utilización del dinero de los ciudadanos en ofertar los mismos servicios, se ha producido a un coste por habitante mucho menor. La utilización de sistemas del Derecho privado en modos de contratación, etc., ha mejorado la eficiencia. Con un sistema de incentivos y de retribuciones mucho más abiertos, se ha mejorado y los profesionales ganan más y están más satisfechos. Y no hemos hecho ningún planteamiento rupturista, sino introducir el sistema. Vamos a seguir profundizando en ese tema de titularidad pública. Hay pruebas, experimentos contrastados y evaluados.

Por tanto, repito, el gasto sanitario va a seguir creciendo en una senda en la que es posible y es válida la contención del gasto. Cuando traducimos la gran cifra de los tres billones seiscientos cincuenta y seis mil millones del presupuesto de 1997 que está en el Parlamento para Sanidad, vemos que supone 300 pesetas por habitante y día. Todavía no he encontrado una póliza con este precio y con tanta cobertura en el mercado.

### **Dra. D<sup>a</sup> Asunción Hernández Martín**

Realmente, creo que se ha dicho todo desde un punto de vista subjetivo y objetivo. Ha habido unas exposiciones brillantísimas.

Desde mi modesta opinión, creo que tenemos un sistema de salud público de gran nivel. Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud español tienen un gran nivel. Podría poner como ejemplo concreto el sistema de alta tecnología, con una infraestructura que es equiparable a cualquier hospital del país más potente del mundo como puede ser Estados Unidos o Canadá. La inversión que se hace en alta tecnología es del 1% -no sé si estoy equivocada- y, sin embargo, se nos felicita desde cualquier parte del mundo por técnicas actuales y con aparatos de alta tecnología, por intervenciones que se pueden ver vía satélite. Nombres concretos, hospitales concretos, gestiones bien hechas y puntuales dentro del sistema de Sanidad público hacen que en otros países, como Estados Unidos y Canadá, se nos elogie.

España, desde el punto de vista de su proyección sanitaria, ha crecido muy rápido. Hay cosas que no se han asumido aún porque no se ha podido madurar, pero la idea fundamental está clara y trabajamos bien. En algunos casos concretos falta responsabilidad, pero esto pasa tanto en la Medicina pública como en la privada; es cuestión de cultura sanitaria y no en muchos casos de buen o mal hacer. Si existe responsabilidad, profesionalidad, seriedad en cualquier orden y en cualquier campo las cosas se pueden hacer igual de bien.

## **Dr. D. Carlos Revilla Rodríguez**

Antes de referirme al tema de la ordenación de las prestaciones, quiero hacer una matización. Antes, M<sup>a</sup> Ángeles Amador dijo que la aportación farmacéutica del usuario no había ayudado a la contención del gasto y a la ordenación de éste. No creo que esto sea así. Existen estudios de que el 40% aportado por el enfermo contribuye y sigue contribuyendo a limitar el gasto farmacéutico. Lo que ha perturbado esa vía de aportación del enfermo a la financiación del medicamento ha sido la gratuidad concedida a los pensionistas, que ha permitido una desviación, un fraude, de la prestación de un sector a otro. Esto no es exclusivo de España, aunque dado que la única aportación del enfermo al coste de las cotizaciones es ésta, tiene una especial relevancia y llama la atención. En países desarrollados, por ejemplo Dinamarca, donde los ciudadanos están divididos en dos grupos a efectos de participación en los gastos sanitarios, los del grupo 1 tienen todo o casi todo gratuito y los del grupo 2 pagan aquello que está por encima de lo que cuesta lo que se concede a los gratuitos. En una operación, que no se puede pasar de un sector a otro, no hay fraude, pero en la prestación farmacéutica, que se acredita con una receta y que siempre es posible una picaresca para saltarse esa barrera, entonces sí se produce fraude. Es importante tener esto en cuenta, sobre todo en estos momentos cuando el gasto farmacéutico está sometido a un debate, a veces excesivo y desmesurado, pero todo debate es bueno.

La ordenación de las prestaciones, en resumidas cuentas, es clasificar qué prestaciones se dan y cuales no, y si se dan, quién paga o quién no paga. Ésta es la verdadera ordenación de las prestaciones, porque todo lo demás es estar tratando el tema sin afrontarlo debidamente. En estos momentos va a ser muy difícil no afrontarlo. Y la mejor forma o la que yo siempre he utilizado para acercarme a este problema con la máxima objetividad es volver a los orígenes. Es decir, ¿qué es la Sanidad? Un servicio público; ¿y qué es un servicio público? Un servicio donde la financiación privada no es capaz de garantizar el bien social que de ese servicio se pretende; en el caso de la Sanidad porque el servicio no es individualizable, característica casi general de todos los servicios públicos. No se trata sólo de garantizar la salud de una persona, sino de toda la sociedad porque tenemos que convivir con sanos. Ese gasto que corresponde a la sociedad, el individuo aislado no está dispuesto o no puede aceptarlo. Por tanto, es necesario la subvención de la sociedad para garantizar el nivel y la efectividad de ese servicio. De no existir un beneficio colectivo, la persona aislada estaría sometida, por ejemplo, a una epidemiología absolutamente insoportable.

Hay aspectos del gasto sanitario, del gasto de cada prestación, que son individualizables y otros no. En España, por razones que ahora no es cuestión de extenderse en ellas, pero que son fácilmente comprensibles desde todos los puntos de vista, no se hizo una separación entre lo individualizable y lo no individualizable desde el principio. En otros países sí se hizo y por esta razón la participación del enfermo o del usuario en casi todos los países desarrollados está en función de distintas clasificaciones, teniendo en cuenta esa división. Aquí se ha ido asumiendo todo el gasto, el individualizable y el apropiable por el individuo. Y como la mejora de la calidad de vida ha sido notoria, han aumentado no solamente los aspectos no individualizables sino también los individualizables. Es decir, la gente ha solicitado prestaciones que realmente son individualizables como, por ejemplo, muchas intervenciones quirúrgicas. En España no se da la prestación de la cirugía estética, pero sí la reparadora. Antes M<sup>a</sup> Ángeles Amador ha hablado de las orejas en soplillo, ¿esa prestación es realmente no individualizable? ¿beneficia a toda la sociedad? ¿es necesario darla de modo gratuito y universal para garantizar que el hombre tenga salud? Evidentemente no. Entonces, podemos calificarla como individualizable; el usuario que quiera disfrutar de esa prestación tendrá que pagarla. No hablemos de aspectos como el confort, de si hay cama para el acompañante, ramo de flores, etc., que son cuestiones totalmente

individualizables y que no tienen nada que ver con una posible lesión del Estado de bienestar, porque éste no se originó para asumir el gasto de los servicios públicos en su parte individualizable.

¿Que sigue pasando en España? Que la prestación sanitaria se sigue considerando como una conquista. La dictadura lo utilizaba para demostrar lo bien que vivían los obreros, los trabajadores y como la cobertura se iba ampliando. Posteriormente, seguimos aferrados a que no es un producto más del Estado de bienestar, como otros muchos, que no lo consideramos conquista. Y esa deformación nos hace tener una dificultad enorme a la hora de tratar cuestiones como ésta, que en mi opinión están perfectamente enlazadas y troqueladas desde el principio. En otros países así lo entienden, con alguna que otra dificultad, pero con una objetividad mayor, porque no tienen esa consideración de conquista social. Es más, si no se modifica y no se resuelven los problemas que plantea la Sanidad y ésta pretende parapetarse en no ser modificada utilizando el argumento de que eso sería lesionar el Estado de bienestar, estaremos haciendo una mala defensa de ese Estado de bienestar. Toda actitud monolitista o numantina de ese tipo nos está impidiendo acceder con objetividad a un tratamiento y estudio de las cosas y dificultando la posibilidad de alcanzar el consenso, que es absolutamente imprescindible. Países donde las diferencias han sido en determinados momentos más acusadas de las que pueden ser las de la sociedad española en estos momentos, han alcanzado el consenso con una facilidad enorme, porque en el momento en que se ponen a hablar las cosas que manejan están relacionadas con la evolución normal, serena y racional de los procesos; aquí todavía estamos excesivamente acantonados en una serie de condicionamientos e impregnaciones que introducen un factor realmente perturbador.

#### **Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Vamos a terminar este debate con dos brevísimas reflexiones, una sobre las alternativas y otra sobre la prestación farmacéutica.

Les ruego que sean lo más breve posible.

#### **Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado**

Aprovechando la introducción que ha hecho M<sup>a</sup> Ángeles Amador, y especialmente por el motivo de que haya tenido como nadie la responsabilidad política sanitaria, aprovechando también este ambiente de cordialidad en el que estamos, me gustaría que se satisficiera esta curiosidad que me parece muy importante.

En un escenario más que probable de incremento del gasto sanitario y, por otra parte, de no elasticidad de dinero público dedicado a Sanidad, sabiendo que hay que cumplir con rigurosidad los criterios de Maastricht y suponiendo que ya estuviese optimizada la gestión, ¿de qué alternativa sería más partidaria, del incremento de la presión fiscal, de la participación de los usuarios a través de ese co-pago, de la disminución de las prestaciones sanitarias o, por otra parte, de la disminución de otros servicios de carácter público? Y si fuese esta última alternativa ¿cuáles de esos servicios públicos sería partidaria de reducir o de limitar?

## **Sr. D. Juan Manuel Reol Tejada**

No voy a seguir el "cuasiconsejo" de Rafael Hinojosa y voy a hacer un elogio más a M<sup>a</sup> Ángeles Amador. Seguramente ni ella misma se ha dado cuenta del éxito que ha tenido, que es extensivo a todos los ministros de la democracia, porque no es cierto que el gasto farmacéutico esté absolutamente indisciplinado, sino que ha evolucionado con éxito porque en 1974 el gasto farmacéutico era el 54% del gasto sanitario. Habida cuenta de que ahora estamos en el 20%, muchas felicidades.

El gasto farmacéutico es un porcentaje sobre el gasto sanitario y los porcentajes son como el matrimonio, cosa de dos. Por consiguiente, cuando el denominador es bajo, el gasto farmacéutico es alto. En 1974 no había red hospitalaria, evidentemente, el gasto farmacéutico tenía que ser del 54%. Entonces, tendríamos que decir que el gasto farmacéutico ha sido el disciplinado y el indisciplinado el gasto hospitalario y de asistencia especializada. Éste es un debate absolutamente absurdo.

Esto no quiere decir que no sea absolutamente preocupante y que no haya que evitar crecimientos del 12% y 13%. Pero, y se lo recomendaría al ministro de Sanidad y al partido que le apoya, no nos pongamos trampas a nosotros mismos. No hay que hacer referencia a cifras que van a distorsionar el problema. Vamos a ver cual es el gasto farmacéutico en relación con el insuficiente gasto sanitario, que no es el 7,6% del PIB, sino el 5,7%. En segundo lugar, hay que hacer referencia al gasto *per cápita*, porque al final es la gente con nombre y apellidos la que consume. Insisto, el gasto farmacéutico español, al que hay que ponerle todas las ortopedias que haga falta, es un 24% menos *per cápita* que la media europea.

## **Excmo. Sra. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Amador Millán**

Primero, quiero agradecer todas las muestras de afecto que he podido oír a lo largo de la noche y que, como es recíproco, significan que aquí hay amigos y personas que han trabajado conmigo.

El gasto público, por empezar por el final, es un poco más de lo que se ha dicho y es indiscutible porque las últimas estimaciones del gasto, Dr. Reol, se han hecho con la metodología del Prof. Varea. De manera que es verdad que ese gasto es el total. Por eso, en la referencia anterior a Estados Unidos, hablamos de gasto total en ambos casos. Es gasto total público y privado. Si hablamos de gasto total público y privado, me gustaría que alguien me dijese cuánto han subido las primas de los seguros privados sanitarios en los últimos cinco años, por ejemplo, porque cuando hablamos de eficacia y de eficiencia también hay que considerar esto.

Estoy en desacuerdo con el Dr. Revilla en algunas cosas. El Prof. Segovia de Arana ha dicho que los hospitales que tenemos, con los profesionales que tenemos, eran un don del cielo. El Prof. Lobo consideraba que más que un don del cielo era consecuencia del crecimiento económico. Yo creo, si me lo permiten, que algo han tenido que ver las decisiones políticas con el sistema sanitario que tenemos. La conclusión puede ser que las tres cosas: los gobiernos, el crecimiento económico y el cielo, son compatibles.

Cuando el Dr. Revilla decía que la causa del crecimiento del gasto en la prestación farmacéutica eran los pensionistas o el desvío de las recetas de pensionistas, estamos diciendo lo

mismo: es un gasto con aportación del usuario que no se ha conseguido controlar. Cuando una persona necesita un medicamento se las ingenia para conseguirlo. Me gustaría hablar del fraude en la prestación farmacéutica en una próxima ocasión. Por ejemplo, ese casi chiste que se utiliza diciendo que hay recetas de pensionistas con anovulatorios, no tiene ninguna gracia. No es ninguna presunción de fraude. En este país, cuando hablamos de pensionistas hablamos de jubilados, de pensionistas por viudedad, por orfandad, por alguna enfermedad invalidante, que están en edad o pueden estarlo de tomar anovulatorios. Por tanto, que exista una receta de pensionista con una prescripción de anovulatorio no es síntoma de fraude alguno. Y ese argumento, que se utiliza hasta la saciedad y se repite como la causa de todos los males, no es cierto. Por tanto, los jubilados pensionistas de este país no me parece que sean la fuente mayor de fraude. En este país, aparte de los pensionistas, tienen gratis los medicamentos también las viudas y los huérfanos. En esta cuestión se han creado estereotipos en los que hay que profundizar.

El diputado José Ignacio Echániz me pregunta qué haría yo. Subiría los impuestos sin ninguna duda antes que las otras alternativas. Con profunda convicción creo en la viabilidad y en el mantenimiento del sistema sanitario público como un elemento fundamental de nuestra sociedad. Me parece impensable retroceder. Esté donde esté, -hoy en la oposición, y por tanto se lo debería preguntar al gobierno- seguiré peleando toda mi vida por el mantenimiento y la mejora del sistema sanitario. No soy complaciente con el sistema sanitario, sé que hay una extraordinaria cantidad de cosas que hay que mejorar, pero no se puede ni se debe plantear retroceder, precisamente porque todavía es mejorable. No hemos llegado a este punto para plantearnos retroceder. Nos queda mucho por hacer. Una subida de impuestos, que es el mecanismo más justo para redistribuir esfuerzos, serviría para mantener un sistema sanitario que hace que en los umbrales del siglo XXI estemos en condiciones de afrontar la peor de las desigualdades, la de la salud. Todos los esfuerzos son buenos, por eso es interesante hablar de estas cosas y quiero felicitar a la Fundación Encuentro por organizar este debate. Hay que hablar mucho de la Sanidad, hay que repetir cosas que no se saben, hay que combatir estereotipos e inexactitudes que se repiten hasta la saciedad y hay que profundizar para que del debate salga el consenso que el Sr. Aznar ha pedido para hablar de la Sanidad, que seguramente hará posible que el sistema mejore y avance.

Gracias por la paciencia que han demostrado. No era mi intención acaparar el tiempo de estas intervenciones. Agradezco mucho lo amables que han sido conmigo esta noche.

### **Sr. D. José M<sup>a</sup> Martín Patino**

Estamos llegando al filo de la media noche. Los señores diputados tienen que trabajar. Los demás puede que trabajemos más, pero no lo decimos.

Puedo afirmar que de los muchos debates que hemos tenido aquí sobre temas muy espinosos, como la reforma del Senado, sobre la corrupción en el debate político, sobre la universidad, sobre el futuro de los sindicatos..., ciertamente, el debate sobre el sistema sanitario se ha caracterizado no sólo por su densidad sino también por el consenso. Me ha sorprendido que un tema tan discutido en los medios de comunicación, a través de los cuales se da la sensación de que hay una gran discrepancia entre el gobierno y el partido de la oposición, aquí ha producido una sensación totalmente contraria.

La ministra M<sup>a</sup> Ángeles Amador ha dado un ejemplo -por eso tenía tanto interés en que estuviera aquí esta noche- de sensatez tanto cuando estaba en el gobierno como ahora en la



oposición. Es más difícil dar ejemplo de sensatez en la oposición. Algún día también hablaremos del tema de la sensatez en la oposición, porque anima ver que uno puede estar en la oposición y decir cosas sensatas.

Tocaremos muchos otros temas, pero algún día tendremos que hablar de este tipo de democracia. Sartori, un politólogo italiano al que admiro y que da clases en Estados Unidos, en el último libro que ha publicado sobre qué es la democracia dice que lo peor que le puede pasar a una democracia cuando no tiene enemigos claramente declarados es que surjan unos idealistas, unos perfeccionistas, unos cátaros, que quieran crear una democracia mejor y acabemos no teniendo ni la una ni la otra. Tengo esa preocupación y espero que ustedes me ayudarán a disiparla.

Seguiremos con los debates, porque creemos en el diálogo. Queremos que la gente se escuche, porque se observa que no estamos tan distantes. Este ejemplo de oposición sensata ha sido muy interesante.

Muchas gracias.