

ECONOMIA

Entrevista / Vicente Ortún • Profesor de la Universitat Pompeu Fabra

El sistema sanitario financiado públicamente, mediante impuestos y cotizaciones, debe ser reconvertido para garantizar su viabilidad futura. Hay que introducir criterios de gestión privados, recortar algunas prestaciones y empezar a cobrar al beneficiario. Esta medida no se ha adoptado porque podría tener un coste político elevado.

“En la Sanidad Pública pronto veremos el copago o la exclusión de prestaciones”

CARLES M. CANALS. Barcelona

El copago en la asistencia sanitaria pública, es decir, que el paciente abone una parte de la prestación que ha recibido, como teóricamente ya ocurre con los medicamentos, “lo veremos implantado en alguna comunidad autónoma española dentro de poco”, sostiene Vicente Ortún.

¿Cuándo? “En un plazo de unos cuatro años, por decir algo. El copago lo decidirá aquel gobierno autonómico que esté más próximo al ahogo financiero”. Si no se ha adoptado ya es porque tiene un enorme coste político y nadie quiere que le cuelguen la etiqueta de cargarse el Estado de Bienestar. La alternativa es excluir o desincentivar algunas prestaciones. Para el profesor Ortún, en la asistencia sanitaria con financiación pública lo que no se puede mantener indefinidamente es “dar todo, a todos y de la mejor calidad”. En Estados Unidos dan todo y de la mejor calidad, pero no a todos. En Europa la tendencia es atender a todos, lo que tiene la contrapartida de no poder darlo todo ni de la mejor calidad.

Además, “en este momento se dan cosas que sirven para poco o que tienen una efectividad nula”. Ejemplo de lo primero son algunos medicamentos para combatir la tensión arterial alta: se suelen recetar los más caros (antagonistas



ELENA RAMÓN

del calcio), que suelen ser peores que los diuréticos, que cuestan menos. “Es un disparate. A los laboratorios farmacéuticos que tienen registrados diuréticos a bajo precio, no les interesa venderlos. En cam-

“Al médico le faltan incentivos para recetar los fármacos más baratos”

bio, hacen enormes esfuerzos de marketing en los medicamentos más caros. Y quien al final decide es el médico, que no tiene incentivos para recetar el más barato: no lo paga él, y además quizá la in-

dustria farmacéutica que produce el caro le ayuda a financiarse la formación continua y la investigación, con asistencia gratis a congresos o la suscripción a revistas especializadas. No digo que sean comportamientos poco éticos, sino que faltan incentivos para recetar lo más barato”. Ejemplo de efectividad nula son los ingresos hospitalarios, por insuficiencia cardíaca congestiva, que muchas veces se hacen para tranquilidad del médico, dice Ortún. ¿Tiene sentido que el sistema público financie medicinas para vencer la timidez o evitar la calvicie? Salvo casos de infecciones o patologías graves, ¿tener habitación individual en un hospital es una ne-

De Esade a la UPF pasando por el Hospital de Sant Pau

Vicente Ortún Rubio (Barcelona, 1948) es máster en dirección de empresas por Esade y licenciado y doctor en Económicas por la Universitat de Barcelona. Desde 1991 da clases en la Universitat Pompeu Fabra (UPF), donde es profesor titular del Departamento de Economía y Empresa. Trabajó como consultor en Arthur Andersen, como analista financiero en una filial del Banco Urquijo y fue directivo del Hospital de Sant Pau. Como especialista en economía de la salud ocupó cargos de responsabilidad en la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat (1978-1986) y en el Ministerio de Sanidad a partir de 1987. Es codirector del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) y presidente de la Asociación de Economía de la Salud.

cesidad o confort? Como no se puede dar todo a todos y de calidad, “hay que priorizar”. En Oregon (EEUU), Nueva Zelanda y Suecia usan indicadores que relacionan el coste con la efectividad: calidad de vida generada, muertes evitadas, etcétera.

En España, “aunque cree aversión, aumentará el copago, también en la educación. Es conveniente que el beneficiario participe un poco en el coste: se siente más responsable de sus decisiones, se evita el consumo masivo innecesario (‘como es gratis...’) y se acaba con la separación entre beneficiario y financiador”, es decir, aquel que paga impuestos por un servicio que apenas utiliza. Ortún es partidario de re-

percibir al conjunto de beneficiarios aproximadamente el 30% del gasto sanitario. Estarían excluidos del copago quienes percibieran unas rentas inferiores al salario mínimo y los enfermos crónicos. El

“No se puede mantener lo de dar todo, a todos y de la mejor calidad”

resto de ciudadanos pagarían una parte de la atención médica que recibe y si la cifra supera por ejemplo los mil euros al año, los gastos adicionales se le devolverían vía IRPF. Antes hay que mejorar la

efectividad del actual copago en medicamentos. Los que no son jubilados pagan el 40% del importe de las medicinas, pero ese dinero sólo supone cerca del 8% del gasto total. Es verdad que las personas mayores son las que más medicinas toman, pero aún así es llamativo. “Muchos de los que quieren tomar determinadas medicinas consiguen que se la receten a un familiar pensionista. España es el segundo país de Europa con aportación privada más baja en la financiación de las medicinas prescritas por el sistema público”.

Ir a un supervisor

Excluir o poner dificultades a algunas prestaciones ya se ha hecho en el pasado: por ejemplo, el último Gobierno socialista retiró de la financiación pública la cirugía estética no reparadora. Andalucía ha implantado para algunos fármacos un procedimiento que dificulta su uso. Hay unos medicamentos contra la artrosis que además no dejan secuelas gástricas: son mucho más caros que los normales. Si un médico receta estas medicinas, rellena un formulario que el paciente debe llevar a un supervisor que comprueba que efectivamente ése es el fármaco que necesita. Este sistema desincentiva que el médico recomiende las medicinas más caras si no es lo adecuado (al saber que va a ser controlado, se lo piensa dos veces) y supone también un coste para el paciente: el esfuerzo de tener que ir a un inspector equivale a un ‘copago’ no financiero.

España es diferente

De alguna manera, en este país “se sigue funcionando como en la República Democrática Alemana antes de la caída del Muro de Berlín en 1989”, afirma Ortún. Si uno viaja hoy al Este de Alemania, o a otras zonas que estaban en la órbita soviética, ve que han florecido multitud de iniciativas sanitarias privadas o cooperativas, o que se ha subcontratado la atención médica. Eso sucede cada vez más en la mayoría de los países del mundo. La tendencia es reducir el porcentaje de producción pública. En cambio, en España “nos hemos quedado relativamente solos: las instalaciones son propiedad del sistema nacional de salud y los médicos, enfermeros, celadores y farmacéuticos de los hospitales y centros de asistencia pública son funcionarios. ¿Eso es malo? No lo sé. Pero en todo caso de en-

trada hay que constatar que es diferente”.

El porcentaje de empleo público en la sanidad en España es del 70% (del 65% en Cataluña, porque aquí hay muchas mutuas), una cifra muy alta si se compara con Gran Bretaña, Holanda, Alemania, Bélgica... En estos países es frecuente que la atención primaria esté encomendada a médicos independientes, que trabajan solos o asociados con otros —en locales alquilados o cedidos por el ayuntamiento— y firman un contrato con la administración del sistema público. Se les asigna determinada población de un territorio y cobran en función del número de ciudadanos asignados a cuyo servicio están. En caso de urgencia envían a los pacientes al hospital, que también tienen la mayoría del personal contratado.

Defenderse por corporativismo

En nuestro país la mayoría de los médicos y enfermeros son funcionarios. “Muchos —no todos, por supuesto— de los que defienden la sanidad pública ante los intentos de privatizar la gestión, en realidad lo que están defendiendo es el empleo público, el suyo: su actitud tiene un componente corporativo altísimo”, sostiene Ortún. En España, los centros de salud de titularidad pública “se rigen por el derecho administrativo, cuando para gestionarlos bien lo que se necesita es el derecho privado”, señala el profesor Vicente Ortún. Requisitos para una adecuada gestión de un centro de salud son, por ejemplo, “poder contratar gente y tener margen de maniobra para efectuar las compras. En las compras, se podría hacer igual de bien que lo hace El Corte Inglés. ¿O es que al-

guien piensa que esta empresa tiene interés en que sus proveedores le sirvan mal el producto, o que se lo entreguen tarde, o que le roben en el precio?” Se privatice o no la titularidad de los centros, “es indudable que hay que emprender una reconversión, es decir, privatizar la gestión. Si no se hace así, el sistema de prestación pública se acabará deslegitimando por la mala atención a los usuarios. Es verdad que en estos momentos los índices de satisfacción en España son estables, pero en otros países la satisfacción es más alta, y aquí la situación empeorará”. La falta de incentivos para una adecuada gestión “lleva a tener un personal desmotivado, a plantillas elevadas, a un alto absentismo, a una escasa cultura de dar cuentas a alguien...”