

**Foro Sector Público – Sector Privado
El modelo sanitario catalán. Evolución y perspectivas**

Barcelona, 28 de Noviembre de 2005

RESUMEN DE LA JORNADA



El Foro del Centro Sector Público – Sector Privado de IESE reunió el pasado 28 de noviembre a una nutrida representación del sector sanitario. Políticos, empresarios, gestores, médicos y académicos debatieron la evolución y perspectivas del modelo sanitario catalán, llegando a la conclusión de que se necesita un cambio para hacer frente a los nuevos retos. La potenciación del sector privado, la aplicación de criterios empresariales en el sector público e incluso la revisión del modelo base son algunas de las conclusiones a las que llegaron los participantes del foro.

La Sanidad será, en pocos años, el primer sector de toda la economía catalana, lo que otorga más importancia aún a una actividad que puede considerarse ya uno de los cimientos de nuestra sociedad. En Cataluña se ha optado por un modelo esencialmente público, al que se suma un sector privado de peso relativamente pequeño. Los beneficios de un modelo universal como el catalán (y por extensión, el español y el europeo) son grandes, pero por desgracia también lo son los retos a los que se enfrenta el gigante sanitario. El envejecimiento de la población, la inmigración o el precio de las nuevas tecnologías son factores que presionan al alza el ya elevado coste de la sanidad pública. La sanidad privada, por su parte, es la tradicional válvula de escape gracias a la cual los desequilibrios financieros del sector público son todavía sostenibles. Pero también sufre de una rentabilidad y un peso relativo menguantes, lo cual arroja más dudas sobre el futuro del modelo sanitario catalán.

Sesión de apertura

El vicepresidente del Centro Sector Público – Sector Privado de IESE, **Joaquim Triadú**, inauguró la jornada agradeciendo la presencia de todos los asistentes y especialmente la de la consellera **Marina Geli**.

El **Dr. Josep Cararach**, Presidente de la Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios (ACES), aludiendo a la Comisión Vilardell, criticó que hasta la fecha no se hayan presentado propuestas claras para la mejora de la Sanidad Catalana, y abogó por soluciones que potencien las sinergias entre los sectores público y privado. En este sentido, se mostró convencido de la importancia del diálogo con la administración, y anunció el acuerdo con la Generalitat para la creación de una comisión mixta.



Marina Geli, consellera de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, analizó las perspectivas de futuro de la sanidad catalana. Apuntó que para el 2015 el gasto sanitario se elevará a 1.500 € per cápita (casi doblando la cifra del 2002). En ese año, Cataluña contará con ocho millones de habitantes, hecho que exige medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Marina Geli anunció la voluntad de aumentar el gasto público en sanidad y conseguir que pase del actual 4,4% del PIB a un 5,5%. Si el gasto privado en sanidad (entendido como indicador general que incluye mutuas, clínicas, farmacia, etc.) siguiera también esta tendencia y pasara del actual 2,4% del PIB a un 3,4%, Cataluña conseguiría equiparar el modelo de Holanda, que gasta un 9% de su PIB en sanidad.



Sobre la expansión del gasto público, la consellera recalcó que se hará sin aumentar de manera considerable la presión fiscal, que según ella sólo se incrementará ligeramente para equiparar Cataluña con la Zona Euro. Geli dijo que de momento los indicadores macroeconómicos juegan a favor de sus planes, ya que los crecimientos registrados tanto en Cataluña como en España son superiores a la media europea. Asimismo, afirmó que en su gobierno existe un consenso para la reducción del déficit, recordando que los dos últimos años se han cerrado con superávit contable. Unos resultados “ficticios”, cómo ella misma reconoció, pero que al menos indican que no se está aumentando el déficit.

La consellera Geli también anunció que no piensa cambiar el modelo sanitario catalán, y que según ella el sector privado debe ser complementario. Recordó que de hecho la sanidad catalana ya incorpora el sector privado mediante un modelo de servicios externalizados. Esto provee a la sanidad privada de una serie de ingresos públicos fijos, pero también causa dificultades a este sector, puesto que, como reconoció la consellera, le resta clientes potenciales. La pregunta que surge de este hecho, planteó Geli, es si Cataluña será capaz de aumentar su gasto privado en sanidad para llegar a ese 9% de gasto total que la Generalitat se marca como objetivo.

La consellera propuso al sector privado una serie de soluciones para lograr ese aumento del 1% sobre el PIB. Para empezar, Geli recomendó a las empresas que se expandan en los mercados emergentes, como son la región Euromediterránea e incluso el norte de África. En lo que refiere a la potenciación de la demanda interna del servicio sanitario privado, la consellera recomendó buscar clientes entre los inmigrantes de rentas altas y, a un nivel más general, ofrecer carteras de precio asequible que complementen los servicios ofrecidos por la sanidad pública. En esta línea, Geli cree que el sector público debe asumir la “alta dependencia” mientras que el sector privado debe hacerse cargo de la “dependencia mixta”. Por ello, la consellera reflexionó que el usuario del sistema sanitario tendrá que pagar “tasas privadas” por algunos servicios concretos, lo que se conoce popularmente como fórmula del copago.

Exposición: Los retos del modelo de salud europeo

La profesora de IESE **Núria Mas**, con experiencia en el análisis de los modelos sanitarios de Estados Unidos y la Unión Europea, ofreció una lección magistral en la que analizó los retos financieros que amenazan el modelo de salud europeo: el envejecimiento de la población y la adopción de nuevas tecnologías.



El primer paso de su exposición fue, en buena lógica, una relación de las características que definen el modelo europeo: la cobertura universal, la solidaridad y la oferta de un paquete de ayudas completo, a excepción del “Long-term Care”, o cuidados a largo plazo (centros geriátricos, psiquiátricos, etc.). Finalmente, también cabe destacar la poca dependencia en relación a los pagos directos por parte del usuario, es decir, que la sanidad se financia principalmente en base a los presupuestos generales de cada estado.

Este modelo ha tenido efectos positivos: para empezar, el aumento de la esperanza de vida media es superior en Europa Occidental que en Estados Unidos, así como los datos de mortalidad infantil, también mejores en Europa Occidental. Ahora bien, estos dos

indicadores y otros que podrían ponerse como ejemplo no eximen al modelo europeo de una serie de importantes retos para el futuro, tanto a nivel en gastos como en ingresos.

El gasto sanitario recibe, y recibirá en mayor medida, presiones al alza. El envejecimiento de la población, resultado de un aumento de la esperanza de vida y una reducción del índice de maternidad, pone en aprietos un sistema en el que la atención a los jubilados corre a cuenta de lo que cotiza la población activa. Además, la inmigración, si bien ha hecho que aumente de forma espectacular el número de afiliados a la Seguridad Social, también es un factor de riesgo. En general los recién llegados tienen rentas (y por tanto cotizaciones) relativamente bajas en relación al gasto sanitario que demandan, relativamente alto.

El cambio tecnológico es también un factor clave, puesto que el 50% del incremento del gasto sanitario se debe a la adopción de nuevas tecnologías. La profesora Nuria Mas puntualizó que este hecho es loable; en el momento en que se demuestra que un método es mejor que el existente, se pone a disposición de los afiliados a la Seguridad Social. Por último, tanto la popularización de las nuevas tecnologías como el mayor nivel sociocultural de la población se refleja en una demanda más sofisticada y exigente, y por lo tanto más costosa.

En el otro lado de la balanza tenemos los ingresos, que deberían incrementarse en mayor medida para conservar la sostenibilidad del sistema. El problema reside, en opinión de Nuria Mas, en que la tendencia actual podría llevarlos a una disminución. El cambio demográfico está aumentando la tasa de dependencia de la población (ratio entre jubilados sobre población activa), para la que se proyecta una relación de 2 a 1 en el año 2040. Otro factor que no favorece a los ingresos es la rigidez del mercado laboral: los elevados costes del despido, en opinión de Mas, hacen que las empresas sólo contraten personas jóvenes. Además, las empresas tienden a prejubilarse a sus empleados. Como resultado, en España trabaja tan sólo el 40% de las personas de entre 55 y 65 años, y se pierde por tanto un gran número de potenciales contribuyentes.

Llegados a este punto, la profesora Mas resumió en dos palabras las consecuencias de todo lo que había expuesto: "presión financiera". La solución pasa lógicamente, por una contención del gasto y una mejora de los ingresos. Propuso algunas medidas que podría adoptar el sistema sanitario para mejorar su situación. Las relacionadas con los ingresos, son, a su juicio, difíciles de aplicar. Una subida de los impuestos, por ejemplo, restaría competitividad a toda la economía. Las soluciones más factibles se refieren a la gestión del gasto.

En esta línea, la profesora presentó el modelo de gestión llamado "Managed Care". Este sistema incluye incentivos estrictos en relación a los proveedores del sistema sanitario. La administración designa, por ejemplo, una lista de proveedores (hospitales, etc.) que son gratuitos mientras el resto es de pago. Además, también se controlaría mucho más el uso de servicios, mediante dobles autorizaciones y otras fórmulas. Los proveedores recibirían un precio pactado de antemano por cada servicio, evitando así la sobre-facturación de la que es víctima el sistema sanitario en algunas ocasiones. La profesora presentó los

resultados que se han obtenido con estos sistemas en Estados Unidos. El uso de servicios y las estancias en hospitales disminuyen un 8% y un 26%, respectivamente. La calidad, siguiendo el esquema tradicional, no disminuye.

La demanda de los usuarios del sistema sanitario también debe gestionarse. Mas cree que el sistema sanitario debe preguntarse quién debe pagar según qué servicios, además de reducir el uso incorrecto que se hace a veces de los servicios de urgencias o de las nuevas tecnologías. Finalmente, la profesora sentenció que la población, aunque le cueste, tendrá que entender que el sistema del copago es necesario. Los incentivos son la clave para sanear las finanzas del sistema sanitario, incentivos que deben aplicarse tanto a pacientes, mediante co-pago y otros métodos de gestión de la demanda, como a proveedores, controlando la oferta, su uso, costes y calidad.

Evolución y sostenibilidad del sistema de salud en Cataluña

Los autores del estudio patrocinado por ACES-PIMEC presentaron su análisis sobre la evolución del sistema sanitario catalán y del peso del sector privado en dicho sistema. El **Dr. Lluís Monset**, director de ACES, empezó la presentación con una serie de consideraciones previas. Monset dijo que en Europa se disfruta de unas políticas de bienestar de primera fila para las que todo el mundo pronostica problemas. “La Salud”, sentenció el doctor, “no tiene precio, pero sí tiene un coste”. Este coste, de confirmarse las previsiones que lo sitúan alrededor de un 8,6% del PIB, situaría el sector sanitario como el de más peso económico en todas las autonomías. El director de ACES dijo que todos los países miembros de la OCDE trabajan con modelos mixtos, con sanidad pública y privada. En España el gasto anual en sanidad privada es de 3.090 millones de euros anuales, lo que sólo representa el 1,1% del PIB.



El Dr. Monset cree que hay que equilibrar solidaridad con responsabilidad individual, tal y como hacen otros países como Suecia y Estados Unidos, a un nivel que varía entre el 15 y el 40%. Asimismo, también aseguró que hay que incluir la sanidad privada en cualquier elemento que sirva para valorar la Seguridad Social. De hecho, un crecimiento excesivo del peso de la sanidad pública tendría efectos muy negativos y acercaría el sistema español a la situación que se vive en Italia (con mucho peso público, mucha presión fiscal y poca competitividad) en lugar de igualarlo al ejemplo holandés, considerado como un referente.

Los resultados del estudio titulado “Sostenibilidad financiera y equilibrio territorial del sistema español en el horizonte 2015. El peso de la sanidad privada en Cataluña” fueron presentados por **Albert Roca**, jefe del servicio de estudios de PIMEC. Roca inició su intervención avanzando algunas de las principales conclusiones que se derivan del

estudio: ante todo, son necesarios incentivos para que la población gaste más en sanidad privada. La inmensa mayoría de recién llegados a Cataluña usan exclusivamente la sanidad pública, y este hecho está provocando una expansión del sector público en detrimento del privado. Si continúa la tendencia actual, Roca cree que la comunidad autónoma catalana se equiparará a Italia, lo que en su opinión es un panorama poco alentador.



El jefe de estudios del PIMEC fijó Holanda como referente objetivo, tal como otros ponentes habían hecho anteriormente durante el Foro. Holanda goza de un mayor PIB per cápita, un mayor crecimiento y un mayor nivel tecnológico que España o Italia, por ejemplo. Roca señaló además que, comparado con estos dos países, Holanda gasta un mayor porcentaje de su PIB en sanidad, pero lo hace con una mayor participación del sector privado, lo que entre otras cosas le permite mantener una presión fiscal relativamente baja. En España y en Cataluña, la descoordinación política entre autonomías y estado deriva exceso de impuestos (especialmente en el caso del impuesto de sociedades), menor inversión en I+D y lógicamente menor progreso tecnológico.

El modelo de expansión pública que se aplica en Cataluña es, en opinión de Roca, "razonablemente insostenible". El aumento de la población repercute en un aumento excesivo del gasto público, que crece más deprisa que el PIB. Esta situación se repite en 15 de las 17 comunidades del Estado. En términos de bienestar en la salud, entendido como porcentaje del PIB dedicado a la sanidad, las comunidades que muestran mejores registros son las que más se apoyan en el gasto privado, como por ejemplo el País Vasco o Castilla y León. Estas comunidades muestran el mayor aumento en el gasto público por habitante en relación a la media española. Esta mejora está coordinada con la evolución del PIB de la autonomía, es decir, se gasta más pero porque el crecimiento económico lo permite.

Esta mejora del bienestar, dijo Roca, se explica porque el País Vasco y Castilla y León son dos de las tres comunidades españolas en las que más ha aumentado el gasto privado en sanidad. Para Cataluña, el análisis muestra unos resultados poco alentadores. De entrada, el porcentaje del PIB dedicado a la sanidad es inferior a la media española. Además, el estudio muestra que, de seguir la tendencia marcada por los últimos años, Cataluña llegará a equipararse a la media, pero lo hará en base al gasto público. Las previsiones indican que este gasto crecerá más que el PIB, lo cual obliga a tomar decisiones significativas para financiarlo. El gobierno deberá escoger entre desplazar otras partidas (I+D o educación, por ejemplo), aumentar la presión fiscal o endeudarse. En opinión de Roca, aumentar el gasto sin recurrir a estos extremos es prácticamente imposible.

En definitiva, Cataluña se enfrenta, por cuestiones demográficas, a una situación que requiere un aumento del gasto en Sanidad. La cuestión es si se potenciará el sector

privado para intentar alcanzar el referente holandés (mayor bienestar con una economía con registros claramente mejores) o se potenciará todavía más el sector público. Este último escenario, según el estudio, podría convertir Cataluña en una región con resultados similares a los de Italia, con menor gasto en salud, menor PIB per cápita, menor progreso tecnológico o menor competitividad (a causa de la presión fiscal). La sanidad universal, sentenció Albert Roca, no siempre garantiza un mayor bienestar.

MESA REDONDA

¿CUÁL ES EL MODELO SANITARIO DEL FUTURO?



La última sesión de la jornada, moderada por Joaquim Triadú, vicepresidente del centro Sector Público – Sector Privado de IESE, se centró en el modelo hospitalario del futuro. El **Dr. Jaume Duran**, Gerente del Hospital de Mollet, empezó por pronosticar un cambio en el modelo hospitalario. Duran argumentó que en el futuro las estructuras estarán mucho más integradas, uniendo curación, prevención y educación. El médico de cabecera deberá unificar sus criterios con el especialista.

Además, en el futuro la sanidad se enfrentará a un usuario medio más viejo, afectado por pluripatologías y mucho más exigente con la calidad del servicio. En cuanto a la sostenibilidad financiera del sistema, Duran apostó por la flexibilidad organizativa y la potenciación de la atención primaria y domiciliaria. Asimismo, aseguró que el actual modelo de microgestión que rige la sanidad genera un 70% de sus costes, que podrían reducirse aplicando un modelo de mesogestión en donde el hospital se divida en pequeñas empresas que aumenten la eficiencia del sistema.

Por su parte, **Carmen Plaza**, gerente de la clínica Tres Torres y del Centro Cardiovascular



Sant Jordi, mostró su preocupación por el panorama en el que se encuentra la sanidad privada. Según Plaza, la mayoría de esfuerzos se concentran en paliar los problemas que causan factores como la dificultad de calcular el coste real o la confusión que se vive en el mercado sanitario, donde los intermediarios entre oferta y demanda no tienen un papel asignado. Sobre este último extremo, Plaza comentó que el médico está perdiendo peso como determinante del sistema. Según ella, la disparidad de los papeles que debe ejercer son tan contradictorios (proveedor y cliente de bienes intermediarios, prestador de servicios, creador de

demanda inducida, identificador de marca, etc.) que termina por desmotivarse. Asimismo, en su opinión las compañías aseguradoras también sufren una confusión de funciones que propicia un enfrentamiento entre sanidad pública y privada. Por otra parte, Plaza advirtió

de la transformación que atraviesan muchas empresas privadas. Se ha pasado del modelo familiar y "romántico", según Plaza, al frío modelo de los fondos de inversión y de capital riesgo. El peligro reside en que factores como la imposibilidad de fijar precios que reflejen el coste del servicio y el discriminatorio sistema impositivo (en referencia especial al IVA que encarece el coste al no poder repercutirse al paciente) minan la rentabilidad de la empresa sanitaria. En este escenario, Plaza no dudó en advertir de una posible descapitalización de la sanidad privada. Sencillamente, porque los inversores pueden ganar mucho más en otros sectores.

Joaquim Tosas, presidente del centro de medicina avanzada CIMA, declaró al inicio de su intervención que se sumaba a prácticamente todo lo que se había comentado hasta entonces en la mesa redonda. También quiso, de manera puntual, romper una lanza a favor de los especialistas y los servicios de enfermería, en ocasiones infravalorados. Dicho esto, Tosas abogó por la necesidad de que los centros de sanidad pública y privada trabajen en red, en lugar de actuar de manera separada.



Además, el presidente de CIMA dijo que la suficiencia financiera de la Sanidad debe ser estrictamente controlada. Según Tosas, gran parte del desequilibrio fiscal catalán, que estos días se debate en el marco del nuevo Estatut, es debido al déficit sanitario. En esta línea expuso que hoy día el déficit calculado ronda el 8% del PIB, y que si finalmente la cuota de solidaridad se fija al 4%, Cataluña gozará de un 4% más de su PIB en su presupuesto. Ahora bien, este porcentaje, que representa unos 5.000 millones de euros, tan sólo permitiría tapan el agujero presupuestario de la sanidad pública catalana. En base a este razonamiento, Tosas sentenció que la intención de la consellera Geli de aumentar el gasto sanitario hasta los 1.500 euros per cápita sólo es posible mediante el copago o el temido aumento de la presión fiscal. Joaquim Tosas concluyó su intervención dejando claro que en su opinión debe revisarse conceptos como la universalidad del sistema, el catálogo de prestaciones o el hecho de que todo el mundo pague lo mismo.

Finalmente llegó el turno de **Francesc Moreu**, Gerente de Proyectos de Consultoría y



Gestión del Consorcio Hospitalario de Cataluña. Moreu empezó por establecer su visión, de manera muy contundente, sobre el actual modelo sanitario: es el mismo que hace 40 años. Es cierto que se han implementado pequeñas variaciones, pero la base, el "hardcore del negocio", como lo denominó Moreu, sigue siendo el mismo. Y, tal como expuso el ponente, el mundo ha evolucionado de manera

extraordinaria. Para el futuro, Moreu propone un cambio en el modelo de formación, hoy en día alejado de la realidad con la que luego se encuentra el médico. En su opinión, el actual nivel de especialización es excesivo y se tiende a ver los pacientes de “la parte al todo” en lugar de mirarlos del “todo a la parte”. Hay que sustituir la figura del especialista por la del experto.

Respecto al modelo de negocio, Moreu apostó por el concepto de hospital en red y sobre todo por una mayor implicación de los trabajadores en la empresa. Propone que los hospitales sean “negocios de negocios” donde el médico pase de empleado a socio para conseguir una mejora de la eficiencia. En opinión de Moreu, hay que evitar a toda costa la proletarianización del médico para que éste no pierda, en cierta manera, su profesión.

Finalmente, una vez finalizado el turno de ruegos y preguntas, Joaquim Triadú, vicepresidente del centro SP-SP, agradeció la respuesta de los ponentes a la convocatoria, y dio por concluida la mesa redonda y la jornada.