

Tópicos de la Reforma Sanitaria

Por el Dr. Alberto BERGUER *

La razón social de la reforma

Nosotros, en el documento que elaboramos sobre la Reforma Sanitaria aportamos ya un criterio fundamental (1). España no ha tenido un sistema sanitario; ha tenido múltiples sistemas sanitarios dentro del conjunto sanitario español; múltiples, porque tanto sus entes gestores como sus entes directores, como las políticas que trataron los diferentes sistemas no pertenecieron a una única política de gobierno. Era una etapa política en la que de alguna manera los Ministerios, concebidos un poco como reinos de taifas, marcaban sus políticas ministeriales no siempre debidamente coordinadas y, además, considerando como que en España hubiera dos mundos diferentes, el mundo ciudadano y el mundo del trabajo. Un sistema sanitario cubría al mundo ciudadano, por así decirlo; al otro hubo que montarlo en el mundo del trabajo, basado en lo que todos sabemos que nació con las teorías de la Seguridad Social que Bismark aplicó por primera vez y promocionó de alguna manera en los primeros treinta años de este siglo. Entonces la razón social válida es para nosotros la necesidad que tenemos de unificar la protección de la salud en un solo sistema sanitario.

El derecho a la salud que se reconoce en la Constitución tiene que convertirse en una realidad, es decir, que cualquier persona que viva dentro del territorio nacional tiene que tener asegurado el derecho de protección de la salud por encima de cuestiones de gestión, de financiación, de entes patrimoniales, etc. O sea, que hay que definir una política sanitaria para todo el territorio nacional que de alguna manera nos dé la posibilidad de utilizar todos los medios a nuestro alcance, independientemente de que la financiación de los mismos tenga muchas fuentes y del tipo de gestiones que se lleven a cabo. Conviene, pues, racionalizar un único sistema sanitario y para eso consideramos fundamental empezar primero por racionalizar

* Presidente de la Sección Nacional de Hospitales del Consejo General de Colegios Médicos de España.

Ofrecemos al lector la versión escrita de una larga entrevista mantenida por «FOMENTO SOCIAL» con el autor de este artículo sobre algunos tópicos de la Reforma Sanitaria. (N. de la R.)

(1) Ver informe «Crítica al proyecto de Reforma Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social» por la Sección Nacional de Hospitales del Consejo General de Colegios Médicos. Distribución mecanografiada.

el sistema que tenemos preguntando en todos esos pequeños subsistemas que componen el sistema general. Ventaja de la racionalización es, entre otras, la de poder aprovechar al máximo los recursos de que disponemos en este momento muchos de los cuales están abandonados. No hay por qué citar las instalaciones municipales, las de algunas otras corporaciones locales y diputaciones que están abandonadas cuando se está intentando hacer con presupuestos de otro tipo, por ejemplo de Seguridad Social, hospitales nuevos en sectores donde estamos dejando un hospital viejo desaparecer. Es preciso el aprovechamiento al máximo de todos los recursos existentes en la nación sea el patrimonio de quien sea, como corresponde a una unidad política y a una directriz sanitaria racional que de alguna manera haga realidad el derecho constitucional de la salud.

Hay, pues, una razón fundamental que es ésta y hay otra que tampoco se puede olvidar. Cuando un país habla de Seguridad Social y de Seguridad Social financiada por el Estado tiene que hablar forzosamente de Producto Nacional Bruto. España en este momento es el país de Europa que menos dedica en porcentaje de dinero a la salud pública, es decir, dinero a la Sanidad en concreto en relación con su Producto Nacional Bruto. En torno a un 3 por 100 se destina en España cuando en Europa está destinando aproximadamente el 6 por 100 del P.N.B. O sea, que, aparte de que hay que tener una buena gestión de nuestros recursos y una financiación adecuada, lo que sí es evidente es que tenemos que dedicar más dinero a la salud de los ciudadanos para poder llegar a unas cotas mínimas de garantía con relación a lo que están haciendo los otros Estados que ya han alcanzado unas estructuras políticas y económicas más avanzadas que la nuestra.

El régimen más adecuado de retribución del médico de familia

Nosotros, como médicos de hospitales, posiblemente vemos con cierta objetividad un problema que no nos compete; precisamente porque lo vemos desde fuera creemos nos ofrece y nos suscita unas ideas muy claras sobre el mismo. Como médicos de hospitales vivimos de un salario, pero eso no quiere decir que no entendamos los estímulos que debe tener un médico que desarrolla su función de manera diferente a la nuestra. En este sentido, el médico de ambulatorio ha ganado mucho dinero para la poca dedicación que ha tenido. Un médico general de ambulatorio puede haber estado ganando de 50 a 60.000 pesetas mensuales por dos horas de trabajo diario, mientras que un médico de hospital de plantilla habitual gana 68.000 pesetas limpias por siete horas diarias. Estamos de acuerdo en que eso es mucho dinero, pero también estamos de acuerdo que con ese dinero ese médico no podía vivir. Como no podía vivir tuvo que buscar otro medio de sobrevivir. Y los medios de supervivencia han aparecido a través de una medicina privada cada vez más escasa porque, para paliar las deficiencias de la Seguridad Social, grandes entidades especuladoras montaron las famosas sociedades de seguro libre, con las cuales el médico obtiene unos recursos. Los obtiene de instituciones que tienen un fin lucrativo; son empresas con un fin lucrativo que no hacen ni más ni menos

que cubrir las deficiencias del sector de la Seguridad Social y yo diría que especulan con la enfermedad y utilizan al enfermo. Eso no quiere decir que no sean necesarias para de alguna manera cubrir aquellas deficiencias. Así el profesional se ha visto inclinado a ir a ese mundo para poder cubrir unas necesidades básicas en una sociedad de consumo y obtener unos ingresos que le permitan tener un patrimonio familiar digno.

La situación a que ha llevado esto se resume en que el médico de fuera del hospital da un valor importante a la incentivación económica, entre otras cosas porque, además, estuvo sometido a una gran frustración profesional. Los profesionales extrahospitalarios no tuvieron, efectivamente, muchos medios para poder ejercer la medicina que ellos hubieran querido ejercer. Si ahora nosotros queremos pagar a un profesional por curar enfermos y el profesional encuentra que su único medio de vida es la curación de enfermos, ese profesional no prevendrá enfermedades; ese médico de familia de una comunidad no visitará la escuela que tendría que visitar para juzgar de sus condiciones de salubridad; no investigará junto con los funcionarios de la salud pública la salubridad del barrio; no podrá controlar el exceso de calor o humedad en las casas ni el funcionamiento de las calefacciones que puedan suscitar toda la patología neumológico-bronquítica de la tercera edad; no podrá hacer otras muchas cosas, porque, indudablemente, si sólo le pagan por curar, visitará al enfermo pero no prevendrá enfermedades.

Por otro lado, si este médico vive de un salario, como ese salario no podría ser muy alto dado que harían falta muchos médicos de familia para tener bien ordenada una planificación sanitaria general con una cobertura adecuada de necesidades es evidente que corre grave riesgo su dedicación exclusiva como médico de familia; convendría tuviera para ello verdaderos incentivos económicos.

Todos somos conscientes de lo que supone el fracaso de la política funcional de alguna manera en los distintos sectores en que el Estado la introdujo durante muchos años. Entonces creemos que la única posibilidad es un sistema mixto, un sistema en que, por un lado, el sueldo ofrezca al profesional una garantía, le cubra unas necesidades básicas. Percibir unos honorarios dignos y tener que dar cuenta en contrapartida de que realiza otras tareas aparte de las meramente curativas, de que se somete a reciclajes continuos de cara al centro hospitalario del que depende. Sobre esta base dejarle un margen de tiempo para que este profesional pueda de alguna manera aumentar sus economías porque al ser un buen profesional, es solicitado por los enfermos. Hay que buscar motivaciones de índole social que sólo se pueden encontrar teniendo el profesional cubiertas con un salario base unas unas necesidades primarias. Hay que hallar, además, motivaciones de índole económica porque indudablemente vivimos en un contexto capitalista, en un sistema mixto, por así decirlo, pero eminentemente basado en la retribución salarial.

Reforma sanitaria y economía de mercado

Para mí meter en una economía de mercado obligaciones fundamentales del Estado no es ni más ni menos que querer eludirlas. España es un país capitalista y como tal ha de tener una economía de libre mercado, pero en una crisis general de Europa y del mundo con una especulación económica desfasada en cuestiones vitales, como la alimentación, la enseñanza, la vivienda que tenemos en este país en muchos sectores, queremos hablar de un derecho a la salud ciudadana y lo situamos también en una economía de libre mercado. Realmente la economía de libre mercado en relación con este derecho a la salud es una mentira. ¿Quién va a disponer de fondos para que se haga sanidad sin lucro? Absolutamente nadie; nada más que quienes todos sabemos, las órdenes religiosas, una serie de patronatos que tomaron esa medida altruista cuando la sanidad era casi beneficencia.

Hoy en día cualquier empresa que se dedique a la sanidad tendrá que tener un fin lucrativo, porque si no es un fin lucrativo tendrá que ser para eludir impuestos, o simplemente por comunidades religiosas, donaciones o fundaciones de este tipo. Entonces si metemos la sanidad en la economía de libre mercado, de alguna manera, es decir, en la ley de la oferta y la demanda, lo único que tendremos es que el ciudadano español se verá absolutamente invadido por una serie de especuladores de su salud. Y creo que lo que ha pretendido el Gobierno al hablar de economía de libre mercado es, primero, vender una ideología, como gobierno de un partido concreto, la UCD. Al vender esa ideología ha contrapuesto el criterio de socialización con la economía social de mercado. Pero España no es un país socializado en ningún sentido—tampoco en la sanidad—porque las fuentes de producción, aunque el Estado sea el patrono, parten de la iniciativa privada multinacional. Por lo tanto, cuando un Estado es coordinador, planificador y responsable de una cobertura de necesidades sociales ha estatalizado de alguna manera un sector, concretamente la sanidad. Pero eso no quiere decir que lo haya socializado, porque de hecho las gasas que se consumen, las jeringas, todo, parte de empresas privadas. Esto está clarísimo que el Estado ha de dar participación en la economía, pero en lo que se ha de suministrar. Ahora las responsabilidades de cobertura de salud por un lado, y, por otro, las de financiación de los gastos y de los salarios a los trabajadores sanitarios eso tiene que ser a cargo del Estado. No hay que confundir los términos. Que el Estado hable de economía de libre mercado eso lo aceptamos todos. De hecho los concursos de todas las instituciones de la Seguridad Social se hacen por competencia entre empresas que optan a ellos y son libres. Cada empresa ofrece un precio y el Estado tiene que controlar a quién se lo debe comprar en función de muchos factores: calidad, rendimiento, mantenimiento, etc.

Yo creo esos dos conceptos no son absolutamente incompatibles. Se puede hablar de economía de libre mercado sin por ello dejar que el Estado se desresponsabilice de un derecho que la Constitución considera referido a una necesidad básica de los españoles.

La sanidad como servicio público

Yo creo que la sanidad es un servicio público a cargo del Estado, pero que la iniciativa privada tiene derecho a participar de ese servicio público siempre y cuando el Estado garantice la cobertura de las necesidades básicas. Además, si el Estado cubre unas necesidades básicas adecuadas, pero un sector de la sociedad decide ir a otro tipo de sanidad que no sea la estatal, tiene que tener ese derecho, pero supuestas unas necesidades básicas generales cubiertas y sin olvidar siempre que ese sector privado también deberá estar controlado en su planificación y ordenamiento por el Estado. Porque cualquier participación pública y sobre todo privada que pretenda cubrir un derecho a la salud debe estar sometido a la supervisión del Estado. El ciudadano español que elija el sistema de salud del Estado o el sistema de salud que puedan montar las empresas privadas tiene derecho a exigirle al Estado que controle absolutamente la calidad en ambos sectores, el público y el privado.

Desprestigio ante el público de la asistencia ordinaria prestada por la Seguridad Social

Creo que si el hospital tiene algún desprestigio ante el ciudadano, es porque dada la falta de camas que tenemos en el país y dadas las deficiencias de la medicina ambulatoria, los hospitales nos vemos desbordados y masificados. Entonces es muy difícil para el ciudadano entender que para que ingrese un familiar que necesita una intervención que no es muy urgente, pero que sí le resulta incompatible con el desarrollo de su vida social normal, tenga que esperar cama incluso con frecuencia durante meses. Creo que no existe otro motivo de desprestigio a nivel ciudadano. Podríamos hablar de deficiencias técnicas, tanto a nivel profesional como técnico superior; deficiencias en materia de economía, de gestión, de control, etc. Pero para el ciudadano posiblemente aquella sea la causa fundamental. A nivel de ambulatorio de la Seguridad Social la causa es muchísimo más simple: el ciudadano ve que no se le atiende, que hay una falta de prestación. Ordinariamente, hay muy pocos profesionales dedicados a la medicina básica y éstos lo están a menudo con horarios absolutamente absurdos. Un médico no puede atender en dos horas a 60 ó 100 enfermos como tienen que atender algunos. Eso obliga a que de alguna manera el profesional tenga que encubrir su mal práctica, no intencionada, sino obligada, con una medicina de complacencia. La medicina de complacencia aumenta considerablemente los gastos de farmacia y de algún modo podemos decir que crea patologías posteriores. Es decir, si un enfermo porque le duele la cabeza va a buscar aspirinas al ambulatorio y se le están dando aspirinas continuamente, es evidente que podemos hacer potencialmente un ulceroso de estómago o, por lo menos, crearle una gastritis hemorrágica. Pasa lo mismo con los antibióticos, etc. Yo creo que los hospitales podrían recuperar un ordenamiento extrahospitalario bueno, una confianza plena por parte del ciudadano, pero creo que el sistema de ambulatorio está absolutamente descalificado.

El ambulatorio no puede ser todo: un centro de salud, el centro donde estén los especialistas, etc. Realmente, no. Los ambulatorios tendrían que quedar como centros de salud en áreas geográficas concretas que atienden un número de población de ciudadanos concretos y con unos servicios y unas prestaciones concretas que no son lo que son. Pero por supuesto lo que tampoco se puede consentir es que para intentar destruir y no aprovechar un sistema sanitario precedente los partidos o el propio Gobierno empiecen a decir sus defectos, porque esos defectos son inherentes a un régimen político concreto y de una época determinada. Si nosotros basáramos nuestros enjuiciamientos en el Gobierno igual que ellos basan los suyos en la sanidad, podríamos decir que todos los políticos del momento en la sanidad estarían descalificados porque todos fueron políticos de un régimen político anterior. Conviene ser un poco más elásticos. Estos políticos en un régimen de libertades democráticas pueden perfectamente ser políticos válidos y no por eso estar descalificados. Le pasa lo mismo a la sanidad. Tenemos unas estructuras que pueden ser aprovechadas, y para hacer un sistema nuevo no debemos apoyarnos en el desprestigio de otro sistema cuyos defectos todos conocemos.

Los defectos heredados

Los defectos heredados del período anterior son defectos importantes. Uno de ellos se refiere a la estructura de la asistencia sanitaria. Actualmente tiene dos niveles: el ambulatorio y el hospital. Yo no quiero entrar a discutir si deben ser tres los niveles: a) centro de salud, b) un concepto intermedio, tipo centro médico sanitario, como dice el Gobierno, o centro de diagnóstico y tratamiento (hay dos en España y se hizo un esbozo en la etapa política anterior) y c) el hospital. Pero sea tanto de dos niveles como de tres la asistencia sanitaria lo que sí es evidente es que hay que hacer un estudio demográfico y planificado de esa asistencia sanitaria. Tenemos que tener un sistema de salud básico con unos centros de salud—eso nadie lo discute—que cubran unas prestaciones de medicina, de pediatría, de ginecología, de odontología; es decir, unas prestaciones absolutamente básicas. Estos centros de salud están conectados a hospitales, por así decirlo, un poco más generales y también a hospitales más sofisticados. Estos hospitales intermedios generales poco sofisticados—llámeseles centros sanitarios, centros médico-sanitarios, instituciones de diagnóstico y tratamiento, da lo mismo—pero lo que sí es evidente es que ahí debe empezar la administración de la medicina especializada; tienen que estar en áreas geográficas perfectamente definidas, conectados con hospitales generales, con correcta correspondencia con el área geográfica, las comunicaciones, el número de población a la que han de asistir y con hospitales más especializados. Sólo así, con una perfecta coordinación por áreas y todo bien estudiado podremos atajar de alguna manera ese problema de la estructura global de nuestra sanidad.

Masificación de la medicina frente a exceso de profesionales

Podemos decir que hay masificación de enfermos en los ambulatorios y masificación de enfermos en los hospitales porque las estructuras físicas de nuestro sistema sanitario son insuficientes. En cuanto al exceso de profesionales yo diría que no lo hay en este momento. Todavía tenemos tal número de médicos que todos podrían estar perfectamente ocupados en la sanidad si tuviéramos la estructura sanitaria adecuada que necesitamos. Hay zonas con una desasistencia total de los tres niveles de la medicina. Simplemente están cubiertas grandes áreas por nuestros heroicos titulares o rurales. Realmente no hay plétora de médicos. Sí la va ha haber. Habría que analizar por qué va ha haber plétora de médicos. Indudablemente porque ha habido un paro profesional no sólo en medicina, sino en una gran cantidad de carreras universitarias, concretamente en Derecho, en Filosofía, en Biológicas, etc. Todos sabemos que la mayoría de las carreras han engendrado paro. Esto significa que el Estado ha mantenido una universidad para tener una inflación de profesionales importante. Esto no lo necesita ningún país, supone el haber malgastado unos presupuestos del Estado, haber depreciado mucho dinero.

En este momento, pues, si tuviéramos las instalaciones necesarias no sobrarían médicos. Pero en el futuro van a sobrar. Porque cuando las juventudes españolas empezaron a ver que una de las pocas profesiones donde se podía tener asegurado, por así decirlo, un puñado de garbanzos era la Medicina, indudablemente comenzó a haber una gran desviación desde todas las carreras hacia la Medicina, que dio una masificación importante. Como no se tomaron en su momento las medidas convenientes, indudablemente nos tiene que preocupar ahora el paro profesional. Así es, no porque ahora se haya empezado con la selectividad, sino porque, mientras empieza la selectividad, hay unas cantidades ingentes de estudiantes que ya están cursando desde primero hasta sexto de carrera y estos sí que van a ser médicos; esos sí que se van a licenciar en el plazo de cinco años y esos sí que van a engendrar paro profesional por buena planificación sanitaria que tenga el país.

Ahora bien, ¿por qué no se ha llevado a cabo la selectividad desde los inicios de la democracia? ¿Por qué no, si hace mucho tiempo que se estaba clamando por ella? Yo diría—sin necesidad de análisis malintencionados—que, cuando el poder político quiere, sabe tomar actitudes, aunque sea en contra del padre de familia o de los ciudadanos, etc. Pero no le interesó al poder político que la selectividad existiera hasta ahora. Porque, si España tiene el número de médicos que una planificación sanitaria necesita, indudablemente los médicos van a ser una potencia muy importante a la hora de fijar sus relaciones laborales, a la hora de fijar sus reivindicaciones, sus derechos, sus salarios, etc. Por el contrario, si de alguna manera tenemos muy claro que este número de médicos es mucho mayor que el que requieren las necesidades del país el paro es inevitable dentro de cualquier contexto capitalista. Si se va a una liberalización de la asistencia y los médicos han de fijar los honorarios médicos, de alguna manera los pagos por acto médico, tenemos que tener—piensan—muchos más profesionales para

A. BERGUER

que entonces las ofertas del gobierno puedan ser mucho más bajas. Porque si tuviéramos el número de médicos necesario, de tal forma que no pudiéramos prescindir de ellos, ellos marcarían su política sociolaboral, salarial y de todo tipo. Creo, pues, que ha sido una estrategia del poder político, de alguna manera, simplemente el consentir que la selectividad no se llevara a cabo antes, originando así la ley de la oferta y la demanda un desequilibrio por exceso de profesionales en su relación con las necesidades que va a tener nuestra sociedad.

Nadie podría decir que esto no se podía prever; eminentes personas dedicadas a la docencia hace muchos años que ya denunciaron este fenómeno de la masificación de matrículas en las Facultades de Medicina.

El médico hospitalario, privilegiado

El profesional médico de hospitales podemos decir que hasta el año 1975 tenía un salario, un salario no grande (no suponía eso que perteneciese a un sector de la burguesía elitista), pero sí suficiente para cubrir sus necesidades. Continuamente se le iban haciendo unos reajustes salariales suficientes. Todos los que llevamos más de diez años en los hospitales españoles hemos vivido cómo los movimientos que partían de las bases médicas eran unos movimientos absolutamente técnicos y profesionalizados. Se reivindicaron en medicina unas mejores condiciones técnicas de trabajo; se aducían motivaciones profesionales: el prestigio de la investigación, unas posibilidades de investigación por encima de la clínica experimental, etc.

Curiosamente esto ha cambiado hoy absolutamente. El profesional de hospitales ha dejado de ser un profesional, por así decirlo, guiado sobre todo por motivaciones técnicas, por aquella lucha que hace cuatro y cinco años se detectaba en los hospitales en favor de una medicina de calidad. Como ha perdido en los últimos cinco años en torno al 47 por 100 del poder de compra de su salario, esto ha producido que el profesional de hospitales en este momento se sienta seriamente desalentado, se sienta muy inclinado a las motivaciones económicas. De alguna manera han pasado a un segundo orden las de tipo técnico como consecuencia de esa inestabilidad económica gravísima. Ella le hace pensar incluso en la necesidad de buscarse otras fuentes de ingreso para tener cubiertas unas necesidades no excesivas, sino más bien normales para la sociedad en la que vive y teniendo en cuenta la calidad de la prestación que han aportado hasta ahora los médicos de hospitales. Los factores han cambiado, pues, desde la economía y no podemos hablar ya del médico de hospitales como del profesional privilegiado.

El sistema de iguala y el principio de la libre elección del médico

Yo creo que hay dos conceptos diferentes: uno es el de la libre elección del médico por el enfermo y también del enfermo por el médico, porque tampoco el profesional debe ser obligado a ver a un enfermo que no

quiere. En ese principio están absolutamente de acuerdo todos los partidos políticos y nosotros, como médicos de hospitales, también, pero con tal de que ello no produzca una desestabilización del sistema. En un área de salud el ciudadano puede elegir al médico que quiera, pero por supuesto si va a otra área de salud la libre elección puede desestabilizar el sistema. Dentro, pues, de los márgenes que permita el sistema el principio de la libre elección es absolutamente defendible por cualquier ideología técnica o política, porque es un derecho absolutamente elemental de las libertades ciudadanas. Otra cosa es el pago por acto médico. El pago por acto médico transformaría la medicina primaria en una medicina puramente curativa.

Con respecto a la iguala se pueden decir muchas cosas. El profesional médico defenderá los salarios o defenderá el pago por acto médico, pero defiende que, sea como sea su sistema de cobro, el que pague la salud del ciudadano ha de ser el Estado. A través de un ente gestor como institución autónoma, a través de un Ministerio de Sanidad o como sea, el sistema de pago es lo que podríamos decir que diferencia la ideología de los profesionales: la de los más liberales y los que aceptarían de alguna manera motivaciones de otro tipo y considerarían que el salario es suficiente. Pero lo que sí es evidente es que la iguala, primero, supone una discriminación. Al ser el poder adquisitivo de los ciudadanos diferente, la iguala indudablemente beneficiaría a los sectores económicamente más elitistas; sería, en este sentido, regresiva. Por otro lado resultaría que el profesional que es el que cobra la iguala sería el responsable de la misma ante la sociedad, sería como un represor económico más de la sociedad. Creo, además, que la iguala en este momento ya hay que considerarla no desde el punto de vista de la sanidad, sino en el contexto económico general. España tiene un salario mínimo interprofesional de unas 22.000 pesetas y un millón trescientos mil parados. El país está en una situación muy difícil como para que ahora los profesionales médicos le exijan al ciudadano que se rasque el bolsillo para que sean atendidos y para que se les cubra un derecho fundamental reconocido por la Constitución.

Yo haría una pregunta a quienes promueven la iguala. Y, si el ciudadano se niega a pagar la iguala, el médico ¿qué sentiría? Que el Estado lo ha fraudulento porque lo ha llevado a tomar una actitud particular basado en una cuestión de principio político, a la que el ciudadano no responde individualmente. ¿Quién manifestaría esas exigencias? ¿Obligaría el Estado a que ese ciudadano pagara? No. Entonces el profesional se consideraría engañado. Por eso, sea cual sea la ideología, lo que sí está muy claro es que, técnicamente, desde el punto de vista económico, el que al ciudadano se le saque una peseta más a través de un impuesto que podríamos decir sería impuesto por los profesionales de la medicina es deplorable desde un punto de vista político, desde un punto de vista profesional y desde un punto de vista técnico, porque traería innumerables y poco deseables consecuencias. ¿Qué objeto tiene la iguala? La iguala tiene un objetivo muy claro. En este momento tenemos unos cincuenta mil médicos trabajando en el sector extrahospitalario. Esta para mí es la razón fundamental de la iguala, un problema de presupuesto financiero. Cincuenta mil profesionales en el medio extrahospitalario trabajando con una dedicación, que al mes de-

A. BERGUER

vengarán, por así decirlo, una cifra de cien mil pesetas cada uno, eso se traduciría en una cantidad de cinco mil millones de pesetas. Si tenemos en cuenta los doce meses del año, simplemente ganando cien mil pesetas serían sesenta mil millones de pesetas de ahorro para el Gobierno. ¿Por qué el Gobierno tiene necesidad de ahorrar? La respuesta es elemental. Los empresarios, y esto ha sido reconocido por todos los medios de difusión han dejado de pagar a la Seguridad Social en el 1979 unos 300.000 millones de pesetas; la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, es decir, con medios propios ha costado, por su parte, en 1979, unos 230 mil millones. Si nuestros empresarios hubieran pagado estas cuotas de Seguridad Social nos sobrarían todavía 70.000 millones de pesetas para hacer esos conciertos con esas instituciones sanitarias de corporaciones locales, de entidades fundacionales, patronatos y entidades privadas. No había un empresario que se negara a pagar en un régimen político como el anterior, mientras que en este momento, como el partido político en el poder tiene una dependencia importante del capital, los grandes empresarios no pagan y este año no se ha pagado por parte de los empresarios la sanidad de la Seguridad Social ni tampoco se han pagado 70.000 millones de la sanidad que concierne a la Seguridad Social. Este es el problema real económico.

Autofinanciación del sistema sanitario

Yo diría que no es posible hoy la autofinanciación del sistema sanitario en España. Por una razón fundamental. Puede decirse de alguna manera en términos técnicos que para que haya autofinanciación los recursos propios que tiene el sistema deben ser suficientes para el mantenimiento del mismo y para la expansión del sistema. Y no tenemos que olvidar que España tiene una sanidad deficitaria en sentido de planificación. Nos faltan muchas camas, sobre todo camas geriátricas muchísimas, nos falta una asistencia psiquiátrica debidamente expandida, nos faltan camas de agudos también. Nos faltan centros de salud, de los que carecemos totalmente o casi totalmente si se acondicionaran para ello los ambulatorios. Nos faltan hospitales de tipo intermedio. Tendríamos que acondicionar muchísimos de los hospitales. Es decir, que ante un sistema deficitario en el que hay que invertir muchísimo dinero, por mucho que se reordenen las corrupciones, corruptelas, esos fondos perdidos, esa mala administración y esa mala gestión, es evidente que todos esos déficits corregidos pueden hacer que lo que tenemos ahora funcione mejor, pero nunca podrán crear el sistema sanitario ideal porque todavía nos harían falta más medios. Ahí es donde enlazamos con lo señalado arriba sobre el pequeño porcentaje de su Producto Nacional Bruto que España dedica a la inversión sanitaria.

Elevado costo por enfermo y cama

Hay dos conceptos que tienen que quedar muy claros: lo que se maneja en cifras de imprenta y lo que se maneja en realidades. En primer lugar en España el 70 por 100 del gasto de la Seguridad Social en instituciones sanitarias se lo llevan los hospitales y el 30 por 100 se lo lleva la medi-

cina extrahospitalaria o ambulatoria y la medicina rural. Entonces es evidente que con este 70 por 100 podríamos posiblemente hacer funcionar mejor nuestros hospitales, pero nunca abaratar, disminuir, ese 70 por 100. Y para engrandecer la ambulatoria tendríamos que destinarle más de un 30 por 100. Resulta, pues, que los recursos son claramente insuficientes para autofinanciarse. No hay que olvidar que en los Pactos de la Moncloa hubo un compromiso de que los presupuestos generales del Estado derivaran hacia la sanidad en torno a un 20 por 100 mientras que en este momento nos encontramos sólo en torno a un 10 por 100. En Europa los sistemas sanitarios establecidos aportan alrededor del 18 al 20 por 100 de los presupuestos generales del Estado. Entonces, además de la mala gestión, hay que reconocer que necesitamos que un mayor porcentaje de recursos públicos se canalice hacia la sanidad.

Cuando el Ministerio de Sanidad habla del coste-cama o del índice personal-cama, que son dos criterios que se manejan mucho, lo hacen y lo relacionan con Europa. No podemos olvidar dos cosas. Primera: las cifras que tienen nuestros hospitales de personal-cama no son equiparables con las de Europa porque nuestros hospitales tienen dos características que no las tiene ningún hospital de Europa y que exigen muchísima cantidad de personal. Una la constituyen esos enormes servicios de urgencias en los hospitales y que es el único recurso por el que el ciudadano tiene garantizada su salud desde el punto de vista urgente. Otra la forman unas policlínicas o consultas externas que ocupan grandes áreas de los hospitales, donde hay que destinar buena cantidad del personal porque están casi tan abarrotados como los ambulatorios; con la diferencia de que se les cita por lista de espera y de que tenemos unas instalaciones en las que se ve al enfermo. Estos dos apéndices que han salido al hospital, salvajemente hipertrofiados para de alguna manera contrarrestar las deficiencias de la medicina ambulatoria traen como consecuencia que tenemos unos índices de personal muy altos. Y como del 70 al 80 por 100 del costo del hospital es en personal, indudablemente nuestros hospitales cuestan mucho dinero.

Pero claro está, cuando el Ministerio de Sanidad traduce esas macrocifras económicas y las traduce a camas, está mintiendo. Por una razón fundamental: porque nuestros hospitales, con diez mil pesetas—como ellos dicen—cama no están atendiendo a los mil enfermos que están ingresados; están atendiendo, además, a un volumen de urgencias impresionante y a unas consultas externas impresionantes. Por ejemplo: la Ciudad Sanitaria «Primero de Octubre» está cerca de las diez mil pesetas-cama. Así se juega con este factor. Pero en el servicio de urgencia se ven más de 170.000 urgencias al año, cuyo costo de personal, de mantenimiento, de instalaciones, de sueldos, va incluido en las diez mil pesetas-cama. Y en consultas externas se ven 320.000 ambulantes al año; lo cual quiere decir que en la consulta externa de la Ciudad Sanitaria «Primero de Octubre» se ve un número de enfermos similar a los de habitantes de la ciudad de La Coruña; y que en el servicio de urgencias se ve exactamente la mitad de lo que sería la ciudad de La Coruña. Entonces no hay que hablar de cama-costo, hay que hablar de enfermo-costo. Y si hablamos de enfermo-costo nos daremos cuenta de que nuestras instituciones, a pesar de su mal funciona-

A. BERGUER

miento, de la crisis grave que existe de poder, de órganos de dirección y de técnicos que se utilicen para su gestión, tienen unos costos nada excesivos. No son diez mil pesetas-cama; son diez mil pesetas-cama, urgencias y policlínicas de los hospitales; lo cual equivale a unas cinco mil o seis mil pesetas-cama que significan una diferencia de casi el 40 por 100 menos.

Se entiende con ello que nuestros hospitales no son económicamente rentables, pero al mismo tiempo se entiende que cuando se habla de cifras de personal en estos hospitales la gente se eche las manos a la cabeza, cuando hay hospital con cuatro o cinco personas por cama. Según un estudio hecho en la Ciudad Sanitaria «Primero de Octubre, si nuestro servicio de urgencia atendiese los enfermos correctos que debiera atender con una buena medicina extrahospitalaria, ya no llegaría a las urgencias hospitalarias el 80 por 100 de los actuales.

Y si a nuestras policlínicas llegara el número de enfermos lógico, entonces sobran automáticamente quinientas personas, quinientos trabajadores, de todo tipo, del hospital. Con lo cual, como el 70 o el 80 por 100 de los costes son de personal, ellos se reducirían rapidísimamente. Pero no se puede aplicar drásticamente esta política, porque antes es preciso desarrollar el área extrahospitalaria.