

Salud

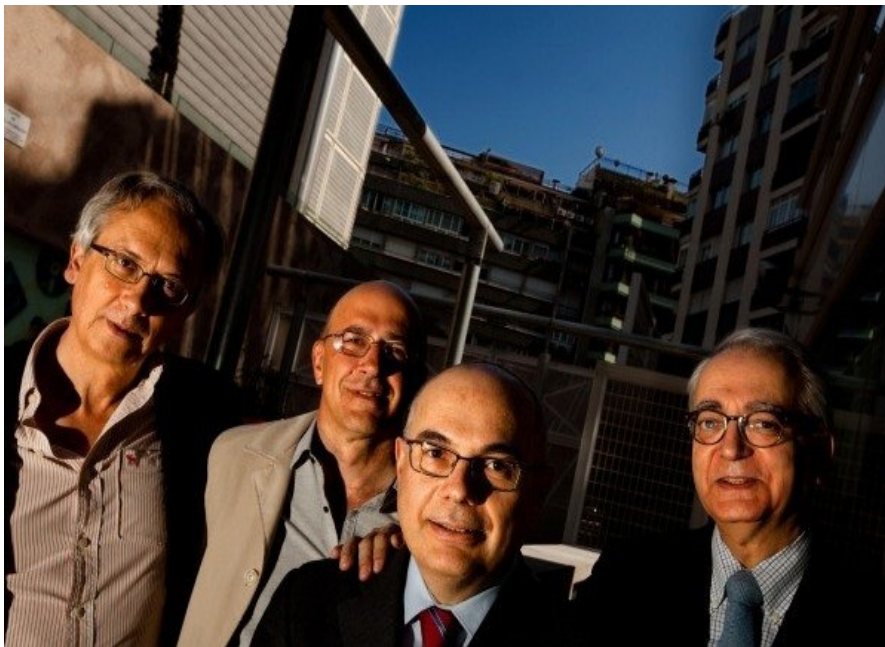
Los médicos creen que se pueden recortar gastos sin perjudicar a los pacientes

Ante la polémica en torno a los ajustes presupuestarios en la sanidad pública de Catalunya, cuatro médicos de referencia debaten cómo se pueden ajustar presupuestos

Salud | 13/04/2011 - 01:31h



Perfiles Doctores:



Los médicos Bonaventura Clotet, Joan Manuel Salmerón, Josep Taberner y Antoni Artigas David Aiob

Bonaventura Clotet

Especialista en sida del hospital de Can Ruti

Clotet (primero por la izquierda en la foto) dirige el instituto de investigación IrsiCaixa en el hospital de Can Ruti en Badalona y preside la Fundación Lucha Contra el Sida. Ha estado en primera línea del tratamiento del sida desde que se describió la enfermedad en España en 1981.

Joan Manuel Salmerón

Especialista en urgencias del hospital Clínic

Salmerón (segundo por la izquierda) dirigió las urgencias del Clínic del 2003 al 2010. Con un máster en gestión hospitalaria y otro en bioética, actualmente es coordinador de urgencias y emergencias del ámbito territorial Barcelona Esquerra y adjunto a la dirección médica del Clínic.

Josep Tabernero

Especialista en cáncer del hospital Vall d'Hebron

Tabernero (segundo por la derecha) dirige el servicio de oncología del hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Es director de la unidad de investigación de terapia molecular del hospital, destinada a acelerar los ensayos clínicos para que los avances científicos lleguen a los pacientes lo antes posible.

Antoni Artigas

Especialista en cuidados intensivos del Parc Taulí

Artigas (primero por la derecha) dirige el área de críticos (UCI) del hospital Parc Taulí de Sabadell. Anteriormente había sido jefe clínico de la UCI de Sant Pau. Es presidente del grupo de trabajo de medicina intensiva de la Sociedad Respiratoria Europea.

Entrevista a los Doctores:

Quien mejor sabe cómo se pueden reducir **gastos** en la **sanidad** causando el mínimo perjuicio posible a los pacientes son los propios profesionales sanitarios. Ante la polémica creada en torno a los ajustes presupuestarios en la sanidad pública de **Catalunya**, *La Vanguardia* ha invitado a cuatro médicos de referencia a debatir cómo se pueden ajustar presupuestos. Se ha invitado a profesionales de hospitales distintos y de cuatro de las especialidades que pueden verse más afectadas por los ajustes. Su diagnóstico: reducir de manera sustancial el gasto sanitario sin reducir al mismo tiempo la calidad de la asistencia es posible; pero las medidas que hay que introducir no darán resultados inmediatos; rebajar de manera sustancial el gasto sanitario a corto plazo repercutirá de manera inevitable en una parte de los pacientes y de los profesionales sanitarios.

MENOS CAMAS Y QUIRÓFANOS ¿Reducir la actividad en los hospitales es una medida adecuada para reducir el gasto sanitario?

Josep Tabernero (J.T.)

El gran problema es tener que reducir el gasto sanitario de manera inmediata. La inmediatez obliga a cerrar camas y puede haber un efecto boomerang. Puede ocurrir que más enfermos vayan a urgencias. Y puede ocurrir también que sea más difícil que las urgencias se vacíen, porque habrá menos camas en los hospitales para ubicar a los pacientes que deben quedarse ingresados. Pero, si dejamos de lado el problema de la inmediatez, la realidad es que tenemos un gasto sanitario muy importante y que se pueden

optimizar muchas cosas. Por ejemplo, en la manera de utilizar los recursos, en el seguimiento de los pacientes, en los tratamientos médicos...

Antoni Artigas (A.A.)

A mí lo que más me preocupa es la seguridad de los pacientes. Si un enfermo tiene una patología banal, reducir el gasto sanitario puede comportar molestias, pero no me parece tan grave. Ahora bien, con enfermos que están en situación de riesgo vital, que son los que yo veo en la UCI, hay que garantizar que podremos atenderles de manera adecuada. Si se cierran camas de enfermos críticos en un hospital, tenemos que saber adónde podremos derivar a un enfermo en situación de alto riesgo cuando nosotros no tengamos capacidad de atenderle. No puede ser que desde otro hospital se diga que no le aceptan porque no es de su zona y no les corresponde. La única solución que veo es trabajar en red entre distintos hospitales, de manera que estemos coordinados entre nosotros.

Joan Manuel Salmerón (J.M.S.)

El cierre de camas es la medida más probada para ahorrar. Pero puede repercutir en urgencias, por supuesto. Está claro que, cuando no hay camas disponibles en un hospital, los enfermos pasan más tiempo en urgencias esperando cama para ingresar y este fenómeno influye en la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios. En Barcelona, las estrategias de reordenación de flujos a los servicios de urgencias desarrolladas en los últimos años nos facilitan un cierto margen para adaptarnos a esta contingencia. Estamos en un año de choque. Tenemos que pasarlo como podamos de manera que esta situación no repercuta en los años siguientes. Y mientras tanto hay que revisar lo que hacemos sabiendo que las nuevas medidas que hay que introducir no servirán para este primer año.

J.T.

Pero no volveremos nunca a la situación que teníamos antes. Hemos estado muchos años gastando por encima de nuestras posibilidades y sin controlar el gasto con un rigor exhaustivo. Ahora habrá que tomar decisiones con inteligencia y con coraje.

Personalmente, no me quejo de que tenga que reducir el gasto en farmacia o en pruebas, porque hay mucho margen para mejorar. Me quejo más del cierre de camas, que supone un ahorro inmediato pero que puede tener un efecto boomerang en los meses siguientes.

Bonventura Clotet (B.C.)

¿No tienen la sensación de que estamos perdiendo margen de maniobra? En los hospitales nos vamos adaptando a las circunstancias de cada momento y, si a un paciente no le podemos atender un día en un sitio, encontramos la manera de atenderle en otro. Hasta ahora le hemos podido atender. Pero a partir de ahora puede acabar pagando la situación el pobre individuo a quien no podemos atender y tampoco podemos derivar. No digo que no haya que reducir gastos, pero cerrar camas, especialmente en servicios que atienden a enfermos críticos, es un error.

J.M.S.

De cara al verano, si los recortes se hacen con criterio, y se ponen en marcha planes de contingencia adecuados, no tiene por qué haber una situación crítica en los servicios de urgencias a menos que se dé alguna circunstancia catastrófica excepcional.

A.A.

Pero habrá más riesgo en las áreas donde los recursos son más ajustados. Por ejemplo, en el conjunto de Catalunya hay una media de unas 11 camas de críticos por cada 100.000 habitantes. En Barcelona, hay 22. Pero en Sabadell sólo tenemos 5,6. En áreas menos dotadas, tenemos más riesgo de llegar a un punto en que el sistema está sobrepasado.

MÉDICOS Y ENFERMERAS ¿Qué consecuencias tendrá para los pacientes la no renovación de contratos al personal sanitario interino?

A.A.

Puede tener efectos inmediatos. En mi hospital se ha dicho que el objetivo es no tocar la plantilla estructural. Con lo cual los médicos interinos están muy preocupados por la posibilidad de perder su situación, no porque no se les necesite, sino por la coyuntura económica. Se puede reducir una parte del gasto de personal sin que repercuta en la calidad asistencial. Pero si se sobrepasan ciertos límites, repercutirá en los pacientes. Es inevitable. Por ejemplo, si un jefe de servicio pierde dos adjuntos que están trabajando a pleno rendimiento, lógicamente su servicio no podrá seguir atendiendo al mismo número de pacientes con el mismo nivel de calidad.

B.C.

Que los interinos que nos tienen que sustituir a nosotros en el futuro estén ahora en esta situación es muy preocupante. Y después está el problema de la formación de los médicos residentes (MIR). La formación que reciben nuestros residentes es muy buena, de las mejores de Europa. Si se recorta esto, necesitaremos que vengan más médicos de fuera, que no necesariamente estarán tan bien formados como los de aquí. Esto es algo que ya hemos visto en los últimos años, en los que hemos incorporado a médicos de otros países, algunos de los cuales están bien formados y otros no tanto. Que ocurra esto, después de haber conseguido que nuestra sanidad sea de muy alto nivel, es una pena.

A.A.

El próximo año está previsto reducir un 10% el número de plazas para empezar el MIR. Habría que ir con mucho cuidado con este recorte. Si se reducen plazas de MIR en especialidades donde no hacen falta más médicos, podría estar de acuerdo. Pero si se reducen allí donde necesitamos formar a más especialistas, si no se garantiza la continuidad de la especialidad y si no se les forma bien, vamos hacia hospitales de segunda categoría.

J.M.S.

Hay que decir que en Catalunya tenemos un porcentaje elevado de residentes que son de otras comunidades o de otros países. Pero que los residentes que acaban el MIR no tengan posibilidad de incorporarse a un puesto de trabajo es gravísimo para ellos, pues impide su desarrollo profesional, y para el sistema sanitario que no incorpora nuevos profesionales para favorecer el recambio generacional.

FÁRMACOS ¿Se puede reducir el gasto farmacéutico sin reducir la eficacia de los tratamientos?

B.C.

La situación es tan crítica que hay que conseguir un ahorro inmediato. En mi servicio tenemos que reducir un 10% de los 20 millones de euros anuales que cuestan los tratamientos antirretrovirales. Son tratamientos muy costosos, es cierto. Y hay un cierto margen para ajustar terapias y reducir gastos. Pero nos podemos encontrar con que este año cumplimos los objetivos y el año próximo pagamos las consecuencias. Porque, cuando se cambia la terapia antirretroviral a los pacientes, hay un 15% de casos de fracaso terapéutico. Así que lo que a corto plazo es un ahorro puede acabar resultando más caro con el tiempo.

J.T.

En el servicio de oncología de nuestro hospital, se ha pedido una reducción de gastos del 10% en farmacia y del 15% en pruebas diagnósticas. Hay margen para mejorar, por ejemplo en el seguimiento de pacientes, y es un buen ejercicio ver cómo podemos hacerlo. Uno de los problemas que tenemos es que la Agencia Europea de Medicamentos aprueba los fármacos para indicaciones muy amplias. No sólo en oncología, es algo que también ocurre con fármacos para otras enfermedades como la hipertensión o la insuficiencia cardiaca. En países con un sistema sanitario y una economía más saneados que el nuestro, hay entidades que indican qué fármacos paga la sanidad pública en función del coste y la eficacia que tienen para grupos concretos de pacientes. Aquí también deberíamos poder decidir qué medicamentos puede pagar la sanidad pública y para qué indicaciones. Pero es algo que requiere método y responsabilidad, y no va a ser fácil.

A.A.

Estoy de acuerdo. Esto se tendría que haber hecho antes, igual que se ha hecho en otros países. Aquí estamos administrando tratamientos que, si se tiene en cuenta el coste por año de vida ganado, no son justificables. Si un tratamiento cuesta menos de 20.000 euros por año de vida ganado, en un país como el nuestro debe cubrirlo la sanidad pública. Hay un consenso internacional sobre esta cifra. Si el tratamiento cuesta entre 20.000 y 70.000 euros por año de vida, hay opiniones dispares. Pero si nos vamos a los 90.000 euros, el consenso es que la sanidad pública no debería cubrirlo. Y en España se cubre.

B.C.

Estamos en una situación en que todo el mundo tiene que apretarse el cinturón. Y es importante que la industria farmacéutica no quede al margen de los ajustes. Por supuesto, en el caso del sida, la industria ha sido muy importante en el desarrollo de los antirretrovirales. Si la infección por VIH es hoy una enfermedad crónica es en gran parte gracias a la industria farmacéutica. Pero la industria defiende los intereses de inversores que buscan recuperar sus inversiones a corto plazo y es difícil que acepte medidas que afecten a sus beneficios inmediatos. Me refiero a las grandes multinacionales, no a la industria farmacéutica catalana que sí entiende la situación del país. El gobierno debería tener una posición de firmeza al negociar con la industria farmacéutica de modo que los fármacos lleguen a los pacientes que los necesitan sin que esto suponga un coste insostenible para la sanidad del país.

J.T.

El problema es que en España las indicaciones de los fármacos las decide la Agencia Española del Medicamento, que depende del ministerio de Sanidad. Las comunidades no tienen autoridad para decidir qué medicamentos son los más adecuados para cada grupo de pacientes, cuáles deben pagarse y cuáles no. Esto nos limita mucho. Y no ocurre en todos los países. En el Reino Unido, Escocia negocia con la industria farmacéutica independientemente de Gales o de Inglaterra. Se pueden negociar fórmulas de riesgo compartido como por ejemplo que las primeras seis semanas de un tratamiento costoso de resultado incierto las pague la compañía farmacéutica y, si funciona, que a partir de la séptima semana lo pague la sanidad pública. Fórmulas de este tipo se están realizando en muchos países. También el copago hace muchos años que se aplica en otros países con buenos resultados. Aquí ningún gobierno se ha atrevido a introducirlo. Pero, si se hace bien, ayudaría a concienciar a los ciudadanos del gasto farmacéutico, ayudaría a reducir el despilfarro en fármacos y ayudaría a conseguir una mejor atención sanitaria para el conjunto de la población.

HOSPITALES. ¿Deben todos los hospitales hacer de todo?

J.T.

Otra cosa que no se ha hecho bien en Catalunya es la distribución territorial de los hospitales. Se han construido hospitales en lugares donde no hacían falta. Todos los gobiernos anteriores son responsables de que se haya llegado a esta situación. Por ejemplo, no tiene sentido construir hospitales nuevos en el entorno cercano del hospital de Bellvitge si luego vamos a tener más plazas hospitalarias de las necesarias en esa área geográfica y esto va a hacer que los hospitales no estén funcionando al rendimiento adecuado. Otro entorno parecido es el área de Tarragona y Reus, que concentra tres hospitales de referencia a menos de quince kilómetros de distancia con algunos servicios de escasa utilización duplicados. La dispersión de centros hospitalarios tiene un beneficio altísimo para los alcaldes y un coste altísimo para la sociedad. Y es normal que los

alcaldes defiendan lo que consideran mejor para su municipio. Pero el Govern debe defender lo que es mejor para el conjunto de los ciudadanos.

J.M.S.

El problema de la territorialidad es fundamental en sanidad. En la ciudad de Barcelona se han creado cuatro ámbitos territoriales que nos han permitido redistribuir todo el flujo de enfermos y descongestionar las urgencias del Clínic. Ha sido muy positivo porque se ha adecuado la atención que recibe cada paciente al problema concreto que sufre, que en muchos casos no requiere la estructura de un gran hospital como el Clínic sino que puede resolverse en un centro de urgencias ambulatorio como el CUAP Manso, por ejemplo, y de este modo en el Clínic se puede atender mejor a los pacientes que sí lo necesitan. Este es un modelo que puede servir de ejemplo en un momento en que hay que reducir gastos procurando que tenga el menor impacto posible sobre la calidad de la asistencia.

A.A.

Pero lo fundamental en este ejemplo es la coordinación entre centros de distinto nivel. Esto no es lo habitual. Hay que romper con la visión de centros individuales que predomina en la sanidad catalana y trabajar más en red. Así podremos compartir gastos, reducir la factura y atender mejor a los pacientes. La estructura de hacer crecer hospitales como setas en distintos municipios y dejar que trabajen sin coordinación es un desastre.

B.C.

Una cuestión importante para la buena coordinación entre centros es que, si llegan pacientes de otras áreas, también tienen que llegar recursos. Esto ahora no suele ocurrir. Si atiendes a un paciente de otra región sanitaria o de otra comunidad autónoma, en muchos casos la factura la pagas tú.

QUÉ SANIDAD QUEREMOS ¿Es sostenible el modelo sanitario de Catalunya?

B.C.

Se recorta el gasto en sanidad porque representa una parte importante del gasto de la Generalitat. Es lógico que, si Catalunya debe reducir un 10% del gasto pública, la sanidad se vea afectada. Pero a mí me recuerda a la historia de la gallina de los huevos de oro. Nuestra sanidad es un modelo y un motor de investigación, innovación y bienestar. Es un sector que debe ayudarnos a salir de la crisis. Tenemos una calidad de medicina altísima y corremos el riesgo de perderla. A lo mejor convendría reducir más en otros ámbitos y procurar no recortar en sanidad, educación e investigación como se ha hecho en los países escandinavos.

J.T.

El problema es que nuestro país es limitado y no hay mucho de dónde recortar. Tenemos sanidad, educación, investigación, cultura, infraestructuras y poco más. ¿De dónde recortaría usted?

A.A.

Tal vez ahora no era el momento de hacer el canal d'esports de TV3.

B.C.

O tal vez es mejor no acabar una carretera ahora y ya la acabaremos más adelante si con esto conseguimos preservar la sanidad. Con esto no quiero decir que no haya que corregir lo que no hemos hecho bien. Pero si una familia pasa apuros económicos, se privará de lo que es prescindible, comprará menos ropa, renunciará a irse de vacaciones y dejará al loro sin chocolate. Pero procurará tener un plato de comida cada día. En sanidad no deberíamos perder lo que es imprescindible.

J.T.

Sí, pero el problema también es que hemos creado un modelo sanitario que nunca más será viable. Y ha llegado un momento en que hay que tomar decisiones. Hay que mejorar la eficiencia en la medida en que sea posible. Por ejemplo, habría que analizar la productividad de los distintos servicios de los hospitales de manera que los resultados sean públicos y comparables. Tal vez nos llevaremos sorpresas, porque no todos los servicios de todos los hospitales están haciendo los deberes igual de bien. En cualquier caso, hay que buscar modelos en que no se perjudique al enfermo. Si otros países lo han hecho, nosotros también podemos.