



# «El código postal determina hoy la salud de un español más que el código genético»

**Juan José Rodríguez Sendín** Presidente de la Organización Médica Colegial



CÉSAR COCA

En Twitter @cesarcocag

El presidente de los médicos critica la creciente falta de equidad del sistema sanitario español

**MADRID.** Juan José Rodríguez Sendín es tajante en sus afirmaciones. Para el presidente de los médicos españoles, el Sistema Nacional de Salud se está deteriorando de forma paralela a un incremento de las desigualdades entre territorios. Mientras el gasto farmacéutico se dispara, la salud de un español depende hoy más, asegura, de su código postal que de su genética.

– España dedicó en 2015 el 6,20% de su PIB al gasto público en salud, por debajo de casi todos los países de nuestro entorno. ¿Es una cantidad suficiente?

– Estamos por debajo y diría de todos, incluido Portugal. Es claramente insuficiente para mantener los servicios en una situación más o menos de equidad. Pero además lo que ahora sucede es que las diferencias entre territorios están aumentando porque el reparto de ese gasto no es justo ni equitativo.

– Ha habido recortes en sanidad y la UE ya ha pedido más. ¿El sistema lo soportaría?

– Traduzcamos lo que dice la UE: en realidad, su propuesta es que la sanidad de los españoles debe empeorar. Esa es la clave y no el recorte del gasto. Y detrás de esa propuesta hay unos evidentes intereses del mercado y otros no confesables, como que algunos están pensando en privatizar la sanidad pública.

– En algunas autonomías se ha privatizado la gestión de hospitales públicos. ¿Qué resultado ha tenido?

– Deberían explicarlo porque no son los que dijeron que iban a obtenerse con esa transferencia. Se han transferido a la gestión privada hospitales que por sus características podrían ser rentables. El objetivo fundamental del Servicio Nacional de Salud no puede ser la eficiencia. Su objetivo debe ser servir bien a todos los españoles cuando están enfermos.

– ¿Esa fórmula de la gestión privada vale para etapas de crisis, para todo el tiempo o para ninguno?

– No vale para ninguno. El servicio público de salud debe servir para uniformizar la respuesta ante una necesidad. Por eso, reparte recursos según necesidades, y no debe estar sometido a intereses lucrativos. Si

hay un modelo mejor que el público, que nos lo digan. Pero es que, además, ese modelo de gestión privada de lo público es insolidario e injusto.

– ¿A qué retos se enfrenta nuestro sistema de salud por el envejecimiento acelerado de la población? ¿Es solo un problema de recursos o también de modelo de atención?

– El envejecimiento no es el problema porque determina solo una pequeña parte del gasto. Lo que sí influye, y mucho, es el mal tratamiento del envejecimiento... y de la juventud. Hay un verdadero exceso

de pruebas y de medicación, además con medicamentos muy caros. El gasto sanitario se centra básicamente en dos capítulos: el de personal y el de los medicamentos. Es este último el que está descontrolado.

– ¿Por qué?

– Porque tomamos muchos medicamentos para todo, somos de los que más consumimos en todo el mundo. Y además los nuevos medicamentos están sin control en precios y aplicaciones. Ese es el gran problema, y lo sabemos todos. En el caso concreto de las personas mayores, la atención está fragmentada. El paciente pasa por varios especialistas y la atención que recibe de cada uno de ellos puede ser correcta pero el resultado considerado en su conjunto no es adecuado.

## Gasto indebido

– Así que el problema es más el modelo.

– El modelo de atención a los enfermos crónicos es lo que hay que revisar con urgencia. Sabemos cómo hacerlo pero alguien debería tener la voluntad política de ponerlo en marcha. Mire lo que ha sucedido hasta ahora: se ha recortado de forma salvaje en personal: de 10.000 a 12.000 médicos desde el inicio de la crisis, y unos 30.000 enfermeros. El resultado es que los médicos no tienen tiempo para hacer buena medicina. Y eso mismo ya genera un gasto indebido.

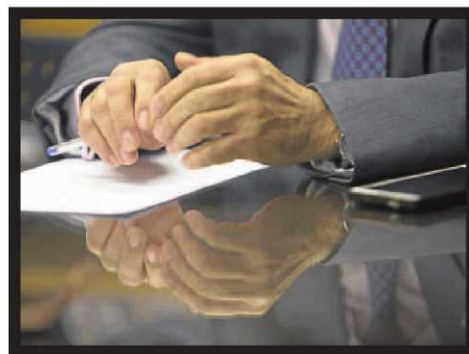
– Hemos ahorrado en personal para gastar mucho más en medicamentos. No parece un gran negocio.

– En atención primaria, el médico hace lo que puede cuando llega un enfermo, a quien con frecuencia no conoce porque hay muchos cambios: lo deriva a otro especialista, con lo que aumentan las listas de espera, o lo manda a una prueba, o le da un medicamento con el que a veces acertará y otras simplemente

## EL ESPECIALISTA

Nació en Vitigudino (Salamanca) hace 63 años. Se licenció en la Universidad de Salamanca y es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Trayectoria: Es presidente de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos desde 2009. Con anterioridad, fue secretario general de esa entidad. Es miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.



## LAS FRASES

«Nunca pude imaginar el nivel de explotación laboral al que se ha llegado en nuestro sistema de salud»

«No es que la UE pida recortes en el ámbito sanitario. Su propuesta, traducida, es que la sanidad de los españoles debe empeorar»

«El recorte de personal ha sido la solución fácil. En cambio, no han sido capaces de rebajar el gasto farmacéutico»

no será necesario... Debe hacer algo y no tiene tiempo para hacerlo mejor. El recorte de personal ha sido la solución fácil pero ha acabado con el compromiso de muchos profesionales. En cambio, no han sido capaces de recortar el gasto farmacéutico.

– Envejece el personal sanitario y debemos traer médicos de otros países mientras los jóvenes graduados emigran. ¿Por qué?

– Tenemos un déficit de planificación. Cada año salen unos 3.500 médicos ya especializados. Casi todos intentan buscar trabajo fuera porque aquí no lo encuentran. En cambio, en ocho años nos jubilaremos unos 50.000 o 60.000 médicos y no tenemos 'banquillo' para sustituirlos. Además, nuestros profesionales son extraordinariamente maltratados. Nunca pude imaginar el nivel de explotación laboral al que se ha llegado en nuestro sistema de salud. Varía de una autonomía a otra, pero en conjunto estamos hablando de un 40% de precariedad.

– ¿El sistema puede asumir las nuevas demandas de la ciudadanía? El caso del medicamento para la hepatitis parece un ejemplo claro.

– Hay una solución que no se quiere tomar porque el poder está en la industria y los grandes conglomerados financieros que son quienes la controlan. El precio de los medicamentos no puede estar sujeto solo a las reglas del mercado. En el caso del de la hepatitis no es que sea caro, es que lo han hecho caro para marcar la diferencia. Y sin embargo hay que usarlo porque es muy eficaz y todo ciudadano tiene derecho a ser curado. El planteamiento es lo de Sierra Morena: la bolsa o la vida.

– ¿De qué grado de encarecimiento hablamos?

– El medicamento no debería costar más de 300 euros y cuesta 26.000. ¿Por qué el Estado tolera esa barbaridad? Centrarse en sí lo podemos pagar es una tomadura de pelo. Claro que podemos pagarlo. Luego, no nos debe extrañar que surjan eso que llamamos populismos, que es la respuesta a la desesperanza de la gente, a la que se le dicen mentiras. Y se dan cuenta.

– ¿Los españoles son iguales en cuanto a las prestaciones sanitarias que reciben o hay diferencias importantes?

– Hasta la crisis, tuvimos grandes niveles de equidad. El sistema da respuestas según las necesidades y ha funcionado muy bien. Yo siem-

pre pongo el ejemplo de que Botin iba a tratarse a Valdecilla. Pero esto ha cambiado. Y aquí llega el gran desbarajuste. Hoy día, tratar un cáncer de una manera o de otra genera unas expectativas muy distintas. Esto los médicos ya lo sabemos.

## Peor atención

– ¿Y qué debe hacerse?

– Nosotros queremos que las dotaciones presupuestarias para Sanidad sean más o menos iguales en todas partes, partidas ajustadas a los servicios y finalistas, que la autonomía no coja ese dinero y luego lo use en carreteras. Ahora, en cambio, hay unas diferencias extraordinarias. Lo que no sé es cómo se produce el milagro de que esto funcione más o menos. En lo que repercute esa diferencia es en que hay ciudadanos peor atendidos.

– ¿El sistema está preparado para situaciones inesperadas, como el ébola? Porque hubo una cierta decepción en ese momento.

– Los recortes han llegado a todo. Pero claro que el sistema está preparado. Lo que sucede es que tenemos 17 entelequias, 17 maneras de entender la realidad que aprovechan cualquier crisis para tirarse los trastos a la cabeza. Por eso, insistimos en que debe existir un pacto sanitario que no se toque. Con la gripe A se pusieron de acuerdo... pero para hacerlo mal. En Sanidad debe haber un pacto de no agresión, que no se use como arma arrojadiza en política.

– ¿Eso no va contra la descentralización?

– La descentralización ha sido muy positiva, pero el inconveniente es que no son capaces de ponerse de acuerdo en lo común. Y hay muchas cosas que entran ahí: sanidad exterior, vacunación, etc. Solución: un pacto y que el Consejo Interterritorial tome decisiones vinculantes. Para eso no hay que desmontar las autonomías sino hacer acuerdos vinculantes.

– Ponerse enfermo es malo, pero ¿en qué comunidad autónoma es menos malo?

– Yo lo sé, pero no se lo puedo decir. El código postal determina hoy más la salud de una persona que el código genético. Hay comunidades autónomas pobres que dan mejor respuesta que algunas ricas. Hoy se puede poner un enfermo en varias, algunas ricas y otras pobres. La realidad es que existen grandes diferencias y eso no puede depender de un Gobierno, porque es un derecho constitucional. Debe blindarse el derecho a tener una atención sanitaria igual y garantizada. Eso es lo primero que cambiaría de la Constitución. La pérdida de salud no es como los coches, no se elige. Por eso, lo mejor es ofrecer a la gente, pagada entre todos, la misma respuesta.



Juan José Rodríguez Sendín, en su despacho de la Organización Médica Colegial. :: ÓSCAR CHAMORRO

## «El copago es injusto y genera mucha desigualdad entre quienes ya soportan bastante»

### :: C. C.

#### – ¿El mayor problema hoy son las listas de espera?

– Hay dos problemas importantes que hacen perder calidad: la lista de espera, como consecuencia de la falta de acuerdos políticos, es el caballo de batalla. Todas las autonomías están enloquecidas por ma-

quillar los números y salir bien comparadas con la comunidad vecina.

#### – ¿Se falsean los datos?

– Se hace un tratamiento engañoso de los datos.

#### – Me hablaba de dos problemas.

– El segundo es que no se ha renovado la dotación tecnológica por la crisis. Llevamos cinco o seis años

de falta de renovación y paralización tecnológica. Y de eso depende el diagnóstico y el tratamiento, que en casos como el cáncer es crucial.

#### – ¿El copago ha dado algún resultado?

– Es muy injusto. Trata de limitar consumos de lo innecesario, pero

yo no pondría un copago para los medicamentos fundamentales para la vida. Y nunca por asistencia. Lo pondría en medicamentos que no aportan nada nuevo. Financiaría gratuitamente para todos los medicamentos fundamentales para la vida y dejaría con un copago soportable otros que no lo son. Lo que no puede suceder es que haya gente que no tome medicamentos importantes para su salud por falta de recursos. El copago genera mucha desigualdad y más fractura sobre quienes ya soportan bastante.

#### – ¿Por qué han sido tan toleran-

#### tes con la homeopatía?

– Hemos sido muy tolerantes probablemente porque no pensábamos que iban a ir tan lejos. Ahora ya estamos en contra porque es una tomadura de pelo. El efecto placebo funciona, hasta un 30%, pero encima no le puedes poner precio. Y no puede ser que nosotros seamos menos exigentes con esos medicamentos que la Iglesia con sus milagros. No hemos sido exigentes con el agua dulce. Además a veces se retrasan los tratamientos de verdad eficaces. No podemos separar la ética de la ciencia. Nunca.