

# ÁLVARO HIDALGO VEGA: “LOS GERENTES SANITARIOS NO DEBEN CAMBIAR CON LOS PROCESOS POLÍTICOS”

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Castilla-La Mancha y preside el Instituto Max Weber, fue uno de los invitados internacionales a las XXII Jornadas de la Asociación Economía de la Salud (AES)



Alvaro Hidalgo Vega piensa por lo bajo antes de dar una explicación convincente –en un tiempo de incertidumbres económicas– de porqué un tema como la salud pública que hace un año ocupaba el duodécimo lugar en la preocupación de los españoles, hoy es el tercer tema en importancia. No es para menos, la actual caída de ingresos ha empujado a una desestabilización de los programas de protección social, especialmente en la sanidad, en un

país como España donde en la última década el gasto público creció más de un 49%, es decir cuatro veces más deprisa que el Producto Interno Bruto.

**–¿Cuánto está afectando al sistema de salud español la actual crisis?**

–Se está traduciendo en una reducción importante del gasto sanitario y tanto es así que hoy en día el gasto medio por persona en el pre-

supuesto de sanidad en España en 2013 es el equivalente al que teníamos en 2004. Hemos retrocedido casi una década y ahora estamos con mayores necesidades de la población. Esto se refleja en un alargamiento de las listas de espera, retraso en el financiamiento de tecnologías sanitarias, en una menor calidad de la gestión sanitaria pública y sin duda, lo más preocupante es que en el mediano y largo plazo se observará un empeoramiento sobre los datos de salud de la población.

### —¿Qué medidas se están tomando para reducir lo que algunos llaman una “burbuja sanitaria”?

—Básicamente dos cosas, desde el sector público se están ajustando las plantillas y se están produciendo despidos de personal no funcionario. Se está viendo que parte de la asistencia sanitaria pública la hagan las empresas privadas y que la situación se encamine hacia una gestión mixta; y por otro lado se está buscando sostener la financiación del gasto sanitario con la introducción del copago, al gasto farmacéutico y a otro tipo de gastos como pueden ser las prótesis y el transporte medicalizado, que antes no tenían una contribución por parte de los ciudadanos.

### —¿Cuáles son las correcciones que, a su entender, habría que hacer para sostener el sistema?

—Lo primero es racionalizar la cartera de servicios, ver qué aporta valor al sistema y que no lo aporta; desinvertir en aquellas tecnologías que no resultan eficaces; hacer una reforma que profesionalice la gestión sanitaria y es muy importante que los gerentes sanitarios, directores de hospitales y de atención primaria no cambien con los procesos políticos. Por otra parte se está priorizando la reducción del gasto sin tener en cuenta las consecuencias que tendrá en la salud. Hay que validar y medir los efectos con nuevas herramientas y una de las ventajas que ha tenido la regionalización del sistema español es que casi todas las comunidades autónomas tienen una información muy precisa de las historias clínicas de los pacientes, ahora se pueden monitorear los resultados, la atención y evaluar no solo las tecnologías sino también la forma de organizar los procesos. Y esto, diez

## Datos Claves



- Según las estimaciones del INE, la población total de España pasará de los 45.989.016 millones a los 47.234.924 millones, lo que supone un crecimiento de 1,2 millones del 2010 al 2020 (un 2,70%).
- Este incremento es muy inferior en comparación con los 5,9 millones de incremento (14,8%), en la primera década del siglo XXI.
- En promedio anual, el crecimiento demográfico sería de 124.591 habitantes, muy inferior a los 593.931 de la pasada década.
- En términos generales, la reducción del flujo inmigratorio procedente del extranjero y el propio envejecimiento poblacional reduce el potencial de crecimiento demográfico en todas las regiones de España.
- En el gasto hospitalario se aprecia una rápida progresión del gasto sanitario por edad: desde los 200 euros por persona a edades comprendidas entre 1 y 25 años, hasta más de 1.600 euros por persona a edades más avanzadas.
- En el gasto en atención primaria, los principales consumos tienen lugar a edades muy tempranas (hasta los 5 años) y a edades posteriores a los 60 años.
- Respecto al gasto farmacéutico, de los 100 euros que gasta un individuo de entre 31 y 35 años de edad, se pasa a los 350 o más que gastan los individuos de 71 o más años.
- Las clases sociales más desfavorecidas realizan más consultas médicas y más ingresos en urgencias.

años atrás no lo podíamos hacer porque no teníamos información.

### —¿El envejecimiento afecta el gasto sanitario?

—Aún siendo una de las grandes preocupaciones que tiene hoy la sociedad, y nuestro sistema nacional de salud, su contribución al incremento del gasto sanitario es relativamente pequeño, por lo menos es lo que dicen las estadísticas. Lo que sí sabemos es que las personas mayores hacen un uso más intensivo de la asistencia sanitaria, y en España el gasto de las personas mayores de más de 65 años es 2,7 veces superior a la media. Sin embargo, en los distintos trabajos que se han analizado sobre

los determinantes del gasto sanitario en España en las últimas décadas todos coinciden en que el principal factor que explica el aumento a medio y largo plazo es el crecimiento de la prestación real media por persona, es decir, hoy en día a un paciente le hacemos muchas más cosas que hace diez o quince años y probablemente aspectos ligados a la cronicidad estén influyendo de manera importante en el aumento de la prestación real media.

### —¿Hay que preocuparse u ocuparse del envejecimiento?

—Para el año 2049 tendremos una inmensa mayoría de la población concentrada en edades superiores a los 65 y 70 años. Eso hace que el ratio de dependencia de la población que está cotizando respecto a la jubilada en España aumente de manera importante, es decir que un trabajador tiene que cotizar por más personas que estén jubiladas, y eso es lo que está explicando ahora mismo la reforma de las pensiones que se va a llevar a cabo a lo largo de 2013 en nuestro país y que básicamente va a ampliar la edad de jubilación a los 67 años y también el período de tiempo para calcular la pensión con el objetivo de reducir la pensión media y poder hacer sostenible el sistema de pensiones en función de la evolución demográfica futura de España y la elevación del ratio de dependencia que es bastante considerable.

### —¿A qué se debe que este es el primer año desde hace mucho tiempo que la población total de España haya disminuido?

—Esto sucedió básicamente por dos motivos: muchos de los inmigrantes que estaban en España han regresado a sus países o se han buscado otros mercados de trabajo en lugares donde hoy los salarios son más elevados. Y además hay mucha gente de España que ha salido a buscar trabajo fuera de nuestras fronteras, ya sea en la Unión Europea o en países en expansión como lo pueden ser los de América Latina, de Asia o el Golfo Pérsico, y en efecto es una caí-



da de las proyecciones de población que en cierta medida van a frenar o van a aminorar el impacto que va a tener el envejecimiento sobre nuestra población, porque estamos perdiendo población y lo más probable es que uno no envejezca dentro de España y la capacidad de retorno sea diferente.

### —¿Con qué expectativas se observa el crecimiento de América Latina?

—Por un lado hay una visión de un horizonte más esperanzador, de hecho muchos de nuestros profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, están emigrando al Reino Unido, a Portugal y muy probablemente lo hagan a países de América Latina con más pujanza y con sistemas de salud más consolidados. Creo que España antes no veía en forma positiva a la región por una suficiencia mal entendida y ahora se la mira como una oportunidad para hacer cosas y, algo fundamental, hay países como Perú donde se está descentralizando la atención sanitaria y en España tenemos una amplia experiencia en ello. Y además, la economía de la salud está teniendo un auge muy importante, hay muchas maestrías y especialidades, que terminan siendo herramientas colaborativas para los países de las Américas. 

**“Hay que validar y medir los efectos con nuevas herramientas y una de las ventajas que ha tenido la regionalización del sistema español es que casi todas las comunidades autónomas tienen una información muy precisa de las historias clínicas de los pacientes”**