Zeitschrift: Panorama suizo : revista para los Suizos en el extranjero
Herausgeber: Organización de los Suizos en el extranjero
Band: 40 (2013)
Heft: 1

Artikel: La sanidad, siempre en obras
Autor: Gross, Seraina / Baumann-Hölzle, Ruth
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-908408

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

La sanidad, siempre en obras

Suiza ofrece a sus habitantes excelentes servicios médicos. Todos tienen un seguro obligatorio, apenas hay aprietos y el trabajo del personal médico es extraordinario. No obstante, el sistema sanitario suizo no está bien preparado para los futuros retos. Por ejemplo: ¿Quién se hará cargo de los cerca de 220.000 enfermos dementes que se espera hasta 2030?
Por Seraina Gross

El sistema sanitario helvético es un reflejo de Suiza: Es bueno pero también caro. «El sistema sanitario suizo es uno de los mejores de la OCDE», según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011. «La población dispone allí de servicios médicos cercanos, una amplia gama de ofertas de servicios y compañías de seguros y una extensa cobertura de prestaciones médicas básicas y medicamentos». Una prueba del alto nivel de calidad del sistema sanitario de Suiza son las elevadas expectativas de vida. Prácticamente en ningún otro lugar del mundo alcanzan una edad tan avanzada sus habitantes como en Suiza. Un hombre de 50 años podía contar en 2011 con vivir 83 años, las expectativas de vida de una mujer de 50 años en 2011 eran incluso por término medio de 35,9 años más.

Pero la calidad tiene su precio: en 2009, los gastos sanitarios constituían el 11,4% del PIB. Así, a escala mundial, Suiza se sitúa al mismo nivel que Canadá – el 7° puesto de los países de la OCDE. A la cabeza se sitúa, con gran diferencia, EE.UU., con un 17,4%. La Oficina Federal de Estadística calculó que los gastos sanitarios de Suiza en 2010 fueron de 62.500 millones de francos. Dado que el país tiene unos escasos 8.000.000 de habitantes, esto corresponde a 661 francos por persona al mes.«

Creciente carga de las primas

Por eso, las elevadas primas de los seguros de enfermedad son uno de los temas objeto de continuos debates políticos, al suponer una considerable carga para la población, pese a las moderadas tasas de aumento registradas estos últimos años. Desde enero, los asegurados gastan una media de 353,10 francos al mes para el seguro de enfermedad. Los que menos pagan son los que viven en Nidwalden (172,10 francos), los que más, con una media de 461,40 francos, son los habitantes de Basilea. Según la OCDE, una familia de clase media con dos hijos destinaba en 2007 un 9,8% de su presupuesto doméstico al pago de las primas. En 1998 era sólo un 7,6%. Eso sin contar con los gastos que el mismo paciente debe cubrir en caso de enfermedad. Un 10% de los gastos de cada tratamiento es costeado por el paciente, pero sólo hasta un máximo de 700 francos anuales. Además, todo asegurado debe pagar a principios de cada año todos los gastos de tratamiento por una cantidad, según el modelo de seguro, que asciende a 300 o hasta 2500 francos; sólo a partir de esa cantidad, el seguro de enfermedad está obligado a pagar.

También en la rica Suiza estamos aún muy lejos de una situación en la que todos puedan pagar por sí mismos las primas. Por eso, los hogares con un presupuesto modesto tienen derecho a recibir ayuda financiera. Entretanto, casi uno de cada tres asegurados se beneficia de una reducción de primas, que en 2010 supuso para la Confederación y los cantones un gasto de 4.000 millones de francos.

¿Más mercado o más Estado?

La situación de la sanidad suiza aún es buena, pero las perspectivas no son tan halagüeñas. Se acumulan los indicios de que Suiza no podrá enfrentarse a los futuros grandes retos, al ser una de las sociedades que más rápidamente envejecen a nivel mundial. Por eso, desde hace años, la OCDE y la OMS advierten de que „es necesario hacer reformas", pero Suiza es muy reacia al respecto. Desde la introducción del seguro de enfermedad obligatorio en 1996, la política en torno a este tema se ha estancado.

El bloqueo de la política sanitaria obedece a varias razones. Una de ellas es que en un punto fundamental no se llega a un acuerdo: ¿Qué necesita el sistema sanitario? ¿Más mercado o más Estado? El Parlamento, predominantemente conservador, tiende a favorecer modelos competitivos, pero la población es escéptica. El fracaso del proyecto de ley Managed-Care el pasado junio es un claro ejemplo. Por el contrario, la iniciativa del PS para introducir un seguro de enfermedad unitario parece tener buenas posibilidades de ser aceptada por el pueblo. También aquí juegan un papel importante ciertas negligencias políticas: en los últimos años, la política no ha logrado introducir un equilibrio eficaz de ries-

La medicina ultramoderna de alta tecnología origina enormes gastos

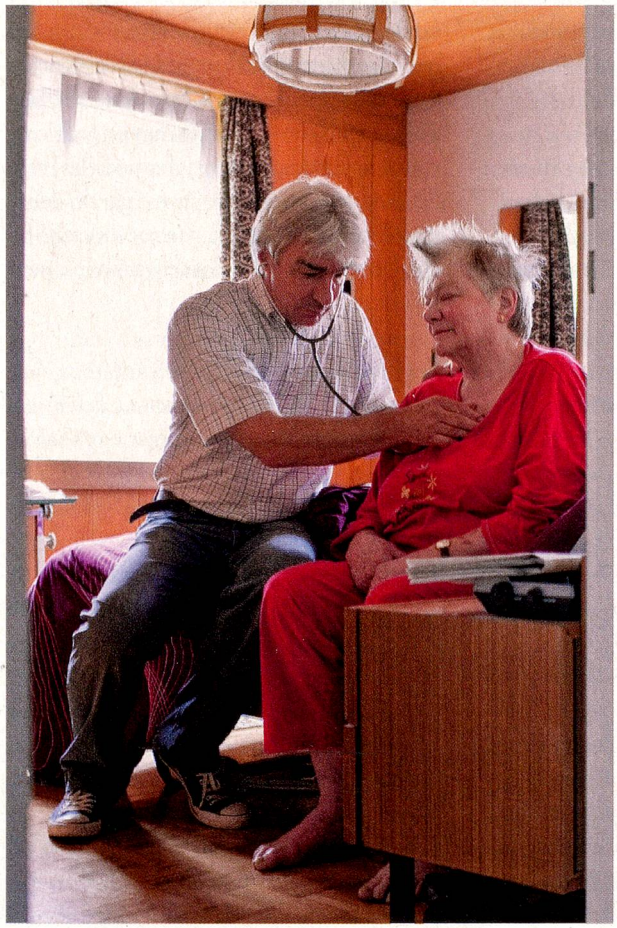
gos entre los seguros de enfermedad. Lo único que cuenta es la edad y el sexo de los asegurados, pero no su estado de salud. Así, la competencia entre seguros de enfermedad se limita sobre todo a „correr" tras los „riesgos positivos": asegurados jóvenes y sanos. Pro con esto no se ahorra gastos, al contrario: cada cambio de seguro de enfermedad produce costos y los gastos de publicidad de los seguros de enfermedad tienen que costearse de alguna manera.

El bloqueo político proviene de los numerosos intereses individuales. Implicados en él están los médicos, los seguros, la industria farmacéutica y los pacientes, por nombrar sólo algunos de los grupos de presión. En ningún otro expediente participan tantos y tan diversos actores como en la política sanitaria. Los dos principales grupos de presión, los seguros de enfermedad y los médicos, están desde hace unos años representados incluso en el Parlamento. Representando a los seguros de enfermedad en el Consejo de los Estados estaban el grisonés Christoffel Brändli, de la UDC, y Eugen David, de San Gall, por el partido PDC, que respectivamente presiden la Asociación de Seguros de Enfermedad Santésuisse y el mayor seguro de enfermedad de Suiza, Helsana. Los médicos estaban representados en el Consejo Nacional por su Presidente ginebrino de la FMH, Jacques de Haller (PS).

Responsabilidad compartida

También obstaculiza las reformas la responsabilidad compartida del sistema sanitario. Y aunque del seguro de enfermedad es responsable la Confederación, los servicios sanitarios son competencia de los cantones, que deciden por ejemplo sobre los servicios hospitalarios. No obstante, sólo cerca de la mitad de los gastos de los hospitales es asumida por los cantones. El resto lo paga el seguro de enfermedad. La responsabilidad compartida conduce a un „muddling through" (embrollo), dicen observadores como la ética zuriquesa Ruth Baumann-Hölzle (véase la entrevista). La OCDE y la OMS no critican tan duramente los mecanismos de decisión suizos. Incluso consideran la „flexibilidad local" de los 26 cantones un punto fuerte del sistema. También el papel de la democracia directa les parece positivo: „El singularmente elevado nivel de la participación política directa a todos los niveles gubernamentales permite a los suizos ejercer influencia sobre la orientación de la política sanitaria". No obstante, ambas organizaciones advierten también de que „las diferencias entre cantones en cuanto a la financiación y la habilitación pueden enmascarar desigualdades".

A esto hay que añadir que en los últimos años el sistema sanitario no ha tenido precisamente suerte con los consejeros federales. Al temperamental liberal del Valais, Pascal Couchepin le costaba trabajo identificarse con el papel de promotor de la equiparación de intereses. Didier Burkhalter, de Neuchatel, también él liberal, abandonó el Departamento del Interior tras sólo dos años para trabajar otra vez en el Departamento de Asuntos Exteriores, sin haberse ocupado en serio de la política sanitaria.



Actualmente faltan muchos médicos jóvenes que quieran ser médicos de cabecera – el trabajo es duro y los ingresos escasos

Los primeros pasos de Alain Berset

Desde algo más de un año, el friburgués socialdemócrata Alain Berset es el responsable de la sanidad, siempre en obras. A este consejero federal de apenas 40 años se le considera un pensador rápido y un pragmático audaz. Cabe preguntarse si podrá resolver los grandes problemas. Aún es demasiado pronto para hacer balance. Al menos los primeros proyectos que ha puesto en marcha van por buen camino. Gracias a Berset se busca por fin una solución a la falta de médicos de cabecera, un problema desde hace tiempo endémico en las regiones rurales, donde los médicos a punto de jubilarse apenas encuentran sucesores, con lo que la jubilación significa muy a menudo el cierre de los consultorios.

No obstante, también en zonas urbanas y cercanas a las ciudades uno se puede considerar muy afortunado si tiene un buen médico de cabecera. La media en Suiza es de 6 médicos de cabecera para cada 10.000 habitantes, en Francia hay 16. Suiza forma cada año a 400 médicos de cabecera menos de los que necesita, dicen los expertos. El Observatorio Suizo de la Salud, una organización política neutral, cuenta con que hasta 2030 faltará 1/3 de los médicos de cabecera que serían necesarios.

300 médicos más al año

Desde el año académico 2018/2019 se deberá formar cada año a 300 médicos más. El número de licenciados en Medicina de las cinco facultades de Medicina de Suiza (en Zúrich, Berna, Basilea, Ginebra y Lausana) deberá aumentar progresivamente hasta los 1100 por año académico. Incluso se habla de abrir nuevas facultades de Medicina. Lo que hay que aclarar es quién asumirá los costes anuales de 56 millones de francos que cuesta la formación de esos médicos más que se necesitan. En realidad, la formación de médicos es, como la mayoría de los asuntos educativos, competencia de los cantones, pero ahora la Confederación debería contribuir a la financiación. Sólo que es difícil que ésta extienda un cheque en blanco para los cantones. Si contribuye a la financiación, se supone que también querrá tener voz y voto.

Formar a más médicos no soluciona el problema de la falta de médicos que deciden am-

Photo: Keystone

pliar estudios en medicina general. Y es que esta falta afecta sólo a los de cabecera, los internistas y los pediatras. No faltan los especializados, al contrario, sobran. Por eso, a finales del año pasado, el Consejo Federal decidió volver a limitar la habilitación de especialistas. Ya desde abril, los cantones deberán poder denegar a especialistas el permiso de abrir un consultorio si piensan que no hacen falta. Con ello, el Consejo Federal reacciona al incremento de consultorios de especialistas desde que expiró la fecha tope de la primera limitación de habilitaciones a fines de 2011. Pero nadie está realmente contento con esta solución. Por eso se quiere que las limitaciones de habilitación sólo sean válidas por tres años. El tiempo restante debería aprovecharse para reforzar la medicina general. En el „plan maestro" sobre los médicos de cabecera elaborado por el consejero federal Berset está previsto, entre otras cosas, que los que se estén formando como médicos de familia puedan ser asistentes en un consultorio de médicos de cabecera. Hasta ahora realizan sus prácticas como los especialistas, sobre todo en hospitales. No obstante, lo decisivo será ver si se logra hacer más atractiva esta profesión también desde el punto de vista económico, ya que en Suiza estos médicos ganan mucho menos que los especialistas. La Asociación de Médicos FHM calculó que el salario medio anual cotizable obligatoriamente al seguro AHV/AVS de los médicos internistas en 2009 era de 197.500 francos, mientras que un neurocirujano ganaba más del doble, a saber, 414.650, un oculista 345.150 y una ginecóloga 236.000.

300.000 enfermos de Alzheimer hasta el año 2050

Apoyo a la medicina general, reintroducción del cupo de apertura de nuevos consultorios, mejora de la compensación de riesgos entre los seguros de enfermedad: el consejero federal Berset persigue, desde el fracaso de sus reformas de amplio alcance de estos últimos años, una política de pequeños pasos. Lo decisivo será ver si soluciona uno de los gran-

„No puede ser que se delegue la distribución a la cama de un hospital"

Ruth Baumann-Hölzle es uno de los personajes más importantes de Suiza en lo relativo a cuestiones éticas del sistema sanitario. Está totalmente en contra de que se nieguen tratamientos médicos a ciertos pacientes para ahorrar gastos. Aboga en cambio por analizar en profundidad las prestaciones.
Entrevista: Seraina Gross

«Panorama Suizo»: *En Suiza rigió durante mucho tiempo la consigna de que la salud no tiene precio. ¿Rige todavía hoy en vista de los 661 francos por persona y mes que nos cuesta?*

«Ruth Baumann-Hölzle»: La consigna nunca fue sostenible. Siempre fue así: cada prestación tiene su precio, pero esta actitud ha conducido a que durante mucho tiempo Suiza no se planteara los límites de la financiación del sistema sanitario. No obstante, también en Suiza hay que preguntarse cuánto estamos dispuestos a pagar por la sanidad.

Ruth Baumann-Hölzle

¿Y cuál es su respuesta?

No se lo puedo explicar con cifras. Lo importante es que nos preguntemos la relación que existe entre los gastos del sistema sanitario y otros gastos sociales, por ejemplo los gastos de la educación. Tenemos que apoyar la formación, no sólo la universitaria, sino también la básica. Sabemos que hay una correlación directa entre el nivel de formación y el estado de salud: cuanta más formación, mejor estado de salud. Dicho de otro modo, la pobreza y la falta de formación enferman a la gente.

Suiza tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, pero hay déficits, ¿dónde residen?

Tenemos una buena asistencia básica y también el acceso a las más modernas y sofisticadas prestaciones médicas está garantizado, pero hay déficits en la distribución de los medios que no son justos.

¿Hasta qué punto?

Hay tratamientos superfluos y paralelamente falta de asistencia. A ciertos pacientes se les somete a tratamientos innecesarios y a otros no se les ofrece la asistencia que necesitan. Sabemos, por ejemplo, que en Suiza se hacen muchas operaciones innecesarias. Y es que las operaciones son económicamente muy rentables. El problema del exceso de terapias se da sobre todo entre pacientes con seguros privados, porque los tratamientos de estos pacientes son muy lucrativos.

«Así nos metemos de lleno en la discusión de lo que es una vida digna o no»

¿Qué pacientes no reciben los tratamientos necesarios?

Se trata de pacientes que sobre todo necesitan atención y cuidados más que tratamientos médicos. Por ejemplo los que padecen varias enfermedades, y también los llamados pacientes que ya han agotado sus posibilidades de tratamiento. La regla que rige en estos casos es que cuanto mayor sea la necesidad de atención y cuidados, mayor es el peligro de ser víctima de racionamientos. También hay un problema con personas que sufren enfermedades raras. En este campo se sigue investigando demasiado poco. La industria farmacéutica ha hecho ciertos avances en los últimos años, pero no bastan.

Se efectuó un sondeo hace poco sobre el tema de la racionalización. Según el mismo, una escasa mayoría se pronuncia a favor de negar a un alcohólico un trasplante de hígado. ¿Qué opina al respecto?

Estoy totalmente en contra de que se discuta la cuestión de la racionalización en base a casos individuales o ciertos grupos de pacientes. Lo rechazo de entrada porque así nos metemos de lleno en la discusión de lo que es una vida digna o no. Esta discusión no es digna de un ser humano y la historia nos demuestra a lo que conduce: a la pérdida del humanitarismo.

des retos del futuro: atender al creciente número de enfermos crónicos y de personas que necesitan cuidados permanentes. La Asociación Suiza de Enfermos de Alzheimer cuenta de aquí a 2030 con 220.000 pacientes con demencia, y se calcula que hasta 2050 la cifra podría llegar incluso a los 300.000. Ya en la actualidad trabajan en Suiza decenas de miles de enfermeros alemanes, polacos y franceses que serían muy necesarios en sus países de origen, tanto como los miles de médicos extranjeros que trabajan en hospitales y consultorios médicos en Suiza. La OCDE y la OMS recomiendan que se realice una planificación nacional para el personal sanitario.

El porcentaje de ancianos en la población es cada vez mayor

Además, ambas organizaciones internacionales critican la falta de datos de política sanitaria en Suiza y argumentan que los relativos a la eficacia de las terapias son importantes para una política „basada en el conocimiento". Con ello se refieren a la falta de transparencia, un punto muy criticado también en Suiza, por lo que las discusiones sobre política sanitaria también parecen siempre un intento de husmear en la niebla, cuando lo bueno, y sobre todo necesario, sería saber exactamente lo que realmente recibimos a cambio de lo mucho que nos cuesta el sistema sanitario.

SERAINA GROSS es corresponsal de la Suiza francesa para el periódico «Basler Zeitung» y periodista independiente

¿No tendría que discutir Suiza sobre la racionalización?

Por supuesto, pero no en base a pacientes individuales. Se trata de decidir cómo se fijan las prioridades. Tenemos que negarnos a discutir si se debe o no denegar un trasplante de hígado a un alcohólico y en vez de eso calcular si la relación gastos-beneficios de las diversas prestaciones actualmente pagadas por los seguros de enfermedad es positiva. ¿Justifica realmente el efecto del nuevo medicamento contra el cáncer recién salido al mercado los gastos adicionales que supone en comparación con el antiguo medicamento? Pero para eso se necesita una buena investigación de calidad de la que Suiza no dispone. Este es uno de los grandes déficits del sistema sanitario suizo: la falta de investigación de calidad.

¿Qué opina del concepto de los Qaly (Quality Adjusted Life Years), de la idea de que se acuerde una suma que puede costar un año de vida más gozando de buena salud?

Actualmente no existen auténticas alternativas del QALY como referencia para medir la eficacia de las prestaciones médicas. Pero los QALY no pueden utilizarse para juzgar el valor de un ser humano. No puede ser que delegue la distribución a la cama de un hospital. Por el contrario es indispensable que apliquemos el concepto de los QALY en el análisis de la relación entre gastos y beneficios de las prestaciones.

¿A riesgo de que se supriman las muy costosas dentro del catálogo de prestaciones cubiertas por el seguro de enfermedad?

No. Cuando una prestación es eficaz, también puede ser cara. Porque en ese caso la relación gastos-beneficios es positiva. Al revés, la relación gastos-beneficios de una prestación económica pero ineficaz resulta negativa.

Esto significa que se llegaría a un acuerdo sobre las prestaciones cubiertas por el seguro de enfermedad y si una prestación está dentro del catálogo de las que paga el seguro estaría abierta a todos los asegurados.

Exactamente. A mí me gusta compararlo con una biblioteca: la decisión de si un libro se pone a disposición de los usuarios se toma cuando se compra. Una vez que el libro está en la estantería tampoco se puede decir de repente: Ahora no puede usted pedir prestado este libro. Tenemos que analizar la composición de la «biblioteca» del sistema sanitario. Estoy convencida de que aquí hay un enorme potencial de ahorro.

¿Significaría eso que se analiza también quién y cuánto gana con las prestaciones?

También la cuestión del margen es una cuestión ética. Sabemos que los márgenes son, en parte, exorbitantes. Por ejemplo los precios de medicamentos, implantes, y camas de hospital en Suiza son muy elevados. Sillas de ruedas por las que los seguros sociales suizos pagan miles de francos se pueden comprar en Internet por una fracción del precio en Suiza. También las tasas de aumento de las primas de los seguros de enfermedad han sido estos últimos años superiores a la de la correspondiente carestía.

«Este es uno de los grandes déficits del sistema sanitario suizo: la falta de investigación de calidad»

¿Por qué no se analizan bien las prestaciones?

Porque falta la voluntad de que haya transparencia. Las relaciones transparentes conducirían a que fuera visible quién tiene qué intereses. Hay pocos sectores políticos en los que los intereses particulares sean tan fuertes y en los que los grupos de presión trabajen más intensivamente como el del sistema sanitario.

Vayamos más al meollo del asunto. ¿Cuál es en realidad el „Alfa y Omega" de un sistema sanitario? En el discurso político se habla mucho de mercado de la salud.

El sistema sanitario no es simplemente un mercado, ya que una prestación sanitaria sólo es en cierto modo un bien elástico. Una terapia no es como un coche. En el caso de éste último uno puede decidir por sí mismo si quiere comprar uno o no, cuándo y cuál. Cuando estoy en urgencias con un cólico biliar ya no soy yo quien decide, otros deciden por mí.

¿Carece de ética ganar dinero dentro del sistema sanitario?

No, los que trabajan dentro del sistema sanitario deben naturalmente ganar dinero y ser retribuidos adecuadamente conforme a su contribución. Pero ganar dinero no es el Alfa y Omega del sistema sanitario. Lo principal debe ser la atención de los enfermos.

Photo: Keystone