



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



BUSCANT ELS TERMES JUSTOS DEL DEBAT SANITAT PÚBLICA- SANITAT PRIVADA

Guillem López-Casasnovas
Març 2013

CRES-UPF Working Paper #201303-68

BUSCANT ELS TERMES JUSTOS DEL DEBAT SANITAT PÚBLICA- SANITAT PRIVADA

G Lopez i Casasnovas

Univ Pompeu Fabra i Centre de Recerca en Economia i Salut

Intro: Què entenem per interès públic en el debat sanitari?

Resulta fàcil jugar amb les paraules per portar els arguments a terrenys de conveniència. Aquests dies, en el món de la sanitat, les paraules volen com armes llançables al servei de prejudicis ideològics. Així en la utilització de nocions tals com ‘defensa del pacient’, ‘fer prevaldre els interessos públics’ o ‘preservar els objectius socials’. Part de la confusió ve de la identificació que es fa a casa nostra de ‘públic’ amb ‘administració’ i de ‘privat’ amb ‘benefici crematístic’. Els anglosaxons ho veuen d’altra manera i entenen com a ‘públic’ allò privat de la gent, i allò que nosaltres en diem públic ells n’hi diuen ‘de l’estat’.

L’obtenció de benefici no és, en aquest sentit, un element separador del públic-privat. Benefici, excedent, com veurem més endavant, n’hi ha sempre en tota activitat humana. En un cas, si monetari, es visualitza com a tal; si en espècie, a propietat pels propis treballadors, en forma de costos superiors als mínims necessaris i que ha de sufragar la ciutadania, no sempre són tan explícits, però de ‘ser-hi, efectivament hi són’. Més encara, en alguns casos el primer és més fàcil de regular i fiscalitzar que el segon, en el que a vegades el més ‘cara dura’, amb menor productivitat i absentisme, se’l fa seu en detriment també dels companys. Tampoc és separador el modus de finançament: no hi ha disjuntiva públic-privat; tot ve de la mateixa butxaca: la dels ciutadans. Són les formes i els seus efectes les que difereixen, i això depèn sempre del cas concret (de la incidència de qui sufraga i com, i de les modalitats concretes del què es gasta i a qui beneficia), sense que valgui un prejudici general de la bondat d’una manera millor que l’altre.

En el sentit anterior, l’interès privat de tots i cadascun dels ciutadans no es podria contraposar al públic; en tot cas seria la conveniència comunitària la que faria -en cas de

falta de consens- confrontar l'afany individual amb el conjunt. L'interès públic no es pot tampoc contraposar sempre al de 'proveïdor' privat, ja que es pot servir al primer (l'objectiu públic) des del segon (el del proveïdor privat); tot dependrà de com es reguli o financi. Més encara, l'interès del 'proveïdor públic' (de l'administració) pot servir pitjor a l'interès públic (de tots) des de l'actuació administrativa que el privat des del dret mercantil, haguda compta de la distinta flexibilitat de les normes per respondre a les necessitats i aspiracions públiques (conjuntes, comunitàries).

En el debat que ens ocupa avui de les reformes sanitàries caldrà recordar que l'objectiu social, normatiu de millora del benestar pel que tots hi els ciutadans hi guanyem, prové de l'obligatorietat d'una assegurança de risc comuna: no vol dir de prestacions completes iguals, de drets universals sobre aquestes ni que hagin de ser gratuïtes (res no és gratis!). Privatitzar la sanitat en aquest sentit voldria dir sortir del *pool*, trencar-ne l'obligatorietat: 'no em carregui a mi impostos o cotitzacions que jo m'asseguro pel meu compte'. Això generaria una selecció adversa d'assegurats en el que al cost vigent només feria convenient assegurar-se als de pitjor risc sanitari, i això enfonsaria l'oferta en perjudici de tots. Més enllà d'aquest extrem, fer el *pool* comú amb més o menys regulació i/o finançament públic, amb un percentatge menor o major de impostos o taxes, limitant en diferent grau les prestacions etc. no és sinó una qüestió ideològica, empírica i no normativa, conjuntural i no estructural, amb validesa limitada a les situacions i sotmesa a un 'jo crec, jo penso' que en la mesura que es faci en seu parlamentària és prou legítima.

Quan en aquesta guerra que veiem avui a la Comunitat de Madrid però que ressona també a casa nostra, hi escoltem allò dels interessos públics i privats (entesos aquests en termes de mitjans instrumentals, de proveïdors, de finançament, de pacients) ens equivoquem. Alimentem la idea de drets universals, de pacients front l'estat, com si no fos l'interès d'aquest el del conjunt dels ciutadans, del que els pacients en són una part. Oblidem que els deures no són fer pagar peatges als usuaris per que l'estat mantingui el finançament als proveïdors públics. I hom negligeix que el tema no és de drets ni de

deures; més aviat és de relacions sinalagmàtiques; és a dir, que generen obligacions entre les dues parts, que no són altres que els individus respecte de la comunitat a la que pertanyen i d'aquesta cap els seus membres. Comunitat que té l'obligació de promoure la prevenció, la informació i l'auto-guariment. I ciutadans 'privats' que tenen també l'obligació recíproca de mostrar cura d'un mateix abans de tenir dret a beneficiar-se de la solidaritat conjunta, meritada precisament per haver complert amb les seves responsabilitats individuals.

Parlar d'interès públic (ciudadà) com a quelcom superior a l'interès de l'administració de cada moment i de l'opinió político-ideològica en tots aquells aspectes que ultrapassen els normatius, de benestar general, de la cobertura sanitària requerida, etc., exigeix unes bases de funcionament de la vida pública, més transversals a les opcions polítiques, que només societats desenvolupades han estat capaces d'establir. Societat que, vist el que veiem aquests dies en el debat sanitari, no és la nostra.

El debat públic-privat a les reformes sanitàries

En el cas de la sanitat, el debat de les reformes avui ve monopolitzat pel paper que hagin de tenir els recursos privats en les seves distintes modalitats (*know how* de *management* general, assumpció financera i posta en disposició d'equipaments, gestió dels serveis assistencials concessionats, venda de serveis al concertats...) en un sistema públic remunta sempre a algun punt de la discussió al tema més genèric de les responsabilitats individuals i de les col·lectives en els serveis de benestar. Una qüestió que té arrels en la filosofia i en l'ètica i que s'expressa amb especificitats concretes al llarg del temps i a la vista de interaccions sectorials determinades (serveis de salut, de cures de llarga durada, sociosanitaris en general).

L'interfaç que aquí ens ocupa, relatiu al paper del sector privat (i el que aquest representa en les seves distintes dimensions operatives –motivacionals econòmiques, instrumentals d'ocupació i condicionaments de controls de distinta fidúcia-) en el sistema sanitari públic no n'és una excepció; però donat el apreuament dels extrems

relacionats amb la vida i el patiment, amb el lucre i la compassió, amb la salut i la malaltia es viuen de manera radical. Es tracta però de reflexionar en els justos termes, objectivant en la major mesura possible, quins son els pros i cons per a un debat ciutadà millor informat sobre els extrems anteriors.

Els fonaments

La qüestió de qui ha de 'gestionar' la sanitat pública no té una resposta normativa, teòrica, estructural de validesa universal. Sí en té la provisió pública, i a *sensu* contrari la privatització, entesa aquesta com a l'esvaïment de la responsabilitat pública en la provisió dels serveis per a la salut, i així l'obligatorietat de l'assegurament, un finançament almenys parcialment coactiu i entorn de qui respon finalment davant dels ciutadans per possibles males praxis. Privatitzar implicaria en el sentit esmentat que els guariments sanitaris passessin a ser responsabilitat de cadascú, que es regissin per la lliure disposició a pagar i regnés el 'campi qui pugui' en matèria de l'accés als serveis.

A la relació d'agència entre el prestador (agent) i el principal (l'autoritat), una privatització suposaria que en lloc de mantenir el principal com a agent perfecte del ciutadà, exigint transparència i avaluació, fos aquella tutela completament substituïda pel propi ciutadà (pacient), suposadament informat (tot i no ignorar que la seva demanda no és si no la que indica l'oferta, essent el prestador qui la qualifica com a 'necessitat'). Fer això seria avui un disbarat: en diem d'això la creació d'un context 'pareto inferior', en el que no hi ha res a guanyar en termes de benestar col·lectiu i molt a perdre per part de tots. Per afirmar això no cal ni comparar benestar personal entre individus ni ponderar les pèrdues d'un en termes dels potencials guanys d'altres. Existeixen prou principis normatius, teoremes, que mostren la superioritat d'una tutela sobre un cert grau d'assegurament col·lectiu i un mecanisme de finançament obligatori –transversal o solidari. Afortunadament, i malgrat la incorrecta i perversa utilització de 'privatització de la sanitat' a les reformes, davant tot un conjunt de supòsits que engloben des de la introducció de partenariats públics privats, concessions de gestió fins

a la simple concertació o àdhuc la compra de serveis privats, els casos que ens ocupen aquí pertanyen a una altra esfera que no es pot qualificar tècnicament com a 'privatització' de la salut pública. Seguint la professora Beatriz González, el finançament públic de la sanitat avui redistribueix recursos no tant entre 'rics' i 'pobres' com, sobre tot, entre la resta de la societat envers als professionals sanitaris. O com acostuma a dir el doctor Ortún, ¿on si no es pot trobar major privatització que a les places en propietat dels 'estatutaris'?

A l'àmbit aplicat de la reforma de les AA PP sanitàries, hom refereix majorment elements positius i no normatius, conjunturals i no estructurals, ideològics i no metafísics, empírics i observacionals i no teòrics abstractes. I és en aquest terreny en el que hem de remetre la discussió i les consideracions que segueixen.

Punts de controvèrsia

Des de quin àmbit es serveix millor l'interès públic

Que un equipament públic es pugui construir millor des d'un partenariat públic-privat que no des de la pròpia administració te a veure (i) en la capacitat o no del sector públic a finançar la inversió, i l'endeutament financer conseqüent per a fer-li front , d'acord amb els límits interns o externs imposats a aquest finançament; (ii) en el millor coneixement (*know how*) de com construir (en temps i forma, sense desfases, des de l'experiència d'haver –ho fet múltiples vegades); (iii) en com la transferència de risc a contracte amb preu donat, a canvi de 'claus en mà', generi una millor motivació per a l'eficiència. El valor d'aquells tres avantatges competitius pot ser qüestionat a la realitat, sobre tot quan aquest es contraposa al que hauria de ser un major cost financer per la prima de risc més gran de l'endeutament privat sobre el públic; però res no impedeix que els diferents factors (i, ii, iii) no puguin més que compensar-lo en forma d'un estalvi de costos nets per al contribuent.

Que un centre concertat pugui produir millors serveis en termes de cost efectivitat que els resultants de la producció directa te a veure (i) en el coneixement més expert de la

gestió privada dels recursos i les majors capacitats de compra de inputs a costos unitaris inferiors fets per aquells que actuen fora de les traves administratives de la gestió pública tradicional; (ii) en el reconeixement d'uns aspectes motivacionals superiors en la gestió de serveis intensius de mà d'obra, resolts de manera aliena a la funció pública, (iii) la major flexibilitat del finançador que no s'ha 'enganxat els dits' amb la producció directa de serveis, actuant des de la política com a regulador, finançador, avaluador i responsable d'exigir el retiment de comptes. De nou aquests extrems son valorables en distintes circumstàncies i sectors, essent guia de la decisió extrems tals com a) la validació de l'estabilitat dels mercats prestadors privats, b) l'existència de costos de transacció més o menys elevats en la contractació dels acords, altrament permissius d'oportunisme, i c) el fet de que aquests serveis concertats constitueixin o no actius específics al benestar individual¹

Finalment, que la gestió complerta d'un centre, tots els recursos inclosos –els humans i materials- a canvi d'un finançament prospectiu a llarg termini, tingui sentit, com en el cas de les concessions administratives a llarg termini pot dependre de com es valori (i) el canvi des de la intervenció pública directa a la regulació 'ratranquejada', indirecta (només acreditació, *monitorització* i seguiment), (ii) l'existència d'unes clàusules prou robustes que generin tanta estabilitat per al concessionari com per al concessionat, sense revisions posteriors des de posicions asimètriques per a una de les parts, i (iii) la incidència,, en positiu o en negatiu, del canvi de gestió enfront d'un corporativisme professional que es trenca, amb lleialtats que s'esvaeixen en múltiples direccions prou incertes, ja sigui respecte dels 'ciutadans en general', 'els meus malalts', 'el nostre centre', 'els meus companys', o 'els nostres accionistes i gerents que en nom seu manen'.

Res per tant commina el sentit de les valoracions en un sentit o un altre 'a priori': cal mirar les circumstàncies del temps i del lloc i de les realitats dels punts de partida en cada cas.

Com entendre l'excedent

Tota activitat relacional comporta un excedent. Ja d'entrada podem identificar que una activitat humana genera benestar, és a dir, 'hom està a gust amb el que es fa', quan, suposat que cal fer, la pitjor de les coses que fa (la més dubtosa, la més incertesa) continua essent millor que la millor de les alternatives que no fa.

Si la relació és de intercanvi voluntari, aquest es produeix en raó a que les valoracions dels bens intercanviats entre individus, les seves relacions marginals de substitució, no eren inicialment iguals, de manera que tots hi guanyen transaccionant ja el que adquireixen és més que el que perden amb el que donen a canvi. Quan l'intercanvi és mercantil, el fet que el mercat fixi un preu i no espolii la lliure disposició a pagar pel consumidor amb un preu diferent a cada unitat es genera un clar excedent: imaginem si no que passaria si es subhastés la primera cervesa quan hom torna de corre! versus la realitat per la que ens cobren el mateix preu per cada unitat. Mentre aquest preu superi la utilitat marginal del darrer consum fet, lliurament consumirem generant excedent. La diferència entre el que hauríem pagat en subhasta donada la nostra disposició a pagar per cada unitat i el preu fix que paguem per totes i cadascuna de les unitats lliurament consumides en diem creació de l' 'excedent net del consumidor'. De manera similar si fem l'anàlisi sobre l'oferta i no sobre la demanda podem derivar també l'excedent del productor.

Amb altres paraules, excedent, d'haver-ne, com hem dit, n'hi ha sempre. El problema és com el visualitzem i com, en aquest cas, el valorem.

Quan hom no percep que la ineficiència del productor, que s'apropia de l'excedent del consumidor amb uns costos més alts que els legítims per una actuació eficient, pot acceptar-la sense més. *Ulls que no veuen, cor que no sent.* Pagar un preu (cost unitari) més alt, i així uns impostos conseqüentment més elevats que els òptims, en raó d'una provisió pública de producció directa, amb dificultats de gestió que impliqui baixa productivitat i costos elevats, suposa de fet un espoli de l'excedent social en mans, posem per cas, dels professionals ineficients. Son aquests qui milloren la seva utilitat

treballant amb menys pressió, més *slack*, més discrecionalitat respecte del que hauria de ser un cost menor i un major excedent social. El fet que no sigui transparent dificulta, està clar, el seu control, la seva singularització, i permet sovint que sigui el més mandrós, atrevit, poc compromès, menys lleial amb el servei públic qui amb impunitat en sigui beneficiari (absentisme, escaqueig, pitjor atenció).

Fora de la provisió pública (recordem, però, sense assolir la veritable privatització, línia vermella esmentada), les formes concertades (pel fet de finançar activitat, outputs, i no inputs) permeten si més no que les relacions esdevinguin més transparents, segons tarifes i activitat, amb contractes explícits, revisables, controlables. Dels concertats sabem el que consten els serveis al finançador; no el que els hi costen als prestadors, que organitzats autònomament, busquen l'excedent. Es la part primera però que ens interessa com a contribuents; no la part segona, com sovint de manera errònia se identifica. En tot cas, si la concertació es limita a institucions sense ànim de lucre, aquest excedent es diluirà en quelcom diferent (*if not for profit for what?*) menys conegut, que pot tranquil·litzar a la ciutadania pel fet del seu 'no repartiment' o alienació del sector.

Alguns pensen que aquesta concertació es pot estendre no només a institucions sense ànim de lucre, si no també a aquelles societats que amb ànim de lucre es gestionen per part dels propis professionals: des d'una cooperativa (amb benefici retornat al cooperativista, tots els treballadors), a una societat limitada només a professionals, amb distint grau d'obertura social. Pensem per això que forçar a tots els professionals a rebre part de la seva retribució amb retorn cooperatiu variable en el primer cas pot no ser acceptable per a aquells agents adversos al risc o que en la seva capacitat de decisió influeixen menys en la creació de l'excedent. Altra cosa és que la societat limitada, en el segon cas, fixi arbitràriament qui pot i qui no pot ser accionista.

Altres opinions, farien extensiu l'anterior abast àdhuc a les societats anònimes, amb la condició de que tinguin especificitat en el sector, tals com entitats d'assegurança,

clíniques privades, etc. Finalment alguns estendrien concerts i concessions a tot tipus de societats mercantils, siguin o no de serveis, reparteixin o no beneficis, familiars o cotitzades en borsa, a accionistes de tota mena, fins i tot fons de capital risc i o voltors, pel fet d'allò que se'n diu 'el capital no te pàtria' o el 'diner no te color'.

Notem que en aquest *continuum* comentat les diferències venen de (i) que es visualitzi o no l'excedent (ii) qui i amb quin mèrit se l'apropii (iii) si una volta identificat el podem regular (iv) si és acceptable l'ànim de lucre aplicat a aquestes contingències, i (v) l'abast de qui en pot ser partícip.

A modus de cloenda: La reconsideració de la responsabilitat en els resultats de salut.

El debat fins aquí analitzat ha defugit de quins han de ser els àmbits garantits per l'acció col·lectiva, sigui la que sigui la seva forma de gestió, i quines s'han de 'internalitzar' a l'esfera de les responsabilitats individuals. En aquesta darrera secció oferim una reflexió al respecte.

Les qüestions de equitat i justícia social no son fàcilment destriables, i menys encara objectivables, en l'aplicació dels principis filosòfics que els sustenten en el cas concret. El més obvi dels terrenys de discussió és el de la identificació de quines diferències en els estats de salut son legítimes i quines no. La resposta teòrica dominant és referenciar la legitimitat a l'existència de factors atribuïbles a la responsabilitat individual. Des de la contribució de Roemer (1998), els determinants de qualsevol resultat podrien així separar-se en dos components: el que te a veure amb les circumstàncies que siguin exògenes a la persona (del tipus *background* familiar o gradient social, mai escollit), i els esforços que estiguin sota el control de l'individu. Podríem així acceptar que s'assoleix la igualtat d'oportunitats (i així legitimitat a les diferències altrament produïdes) quan les circumstàncies no juguen cap paper en els resultats de salut, que han de dependre així necessàriament només de l'exercici de la llibertat individual.

El debat te actualitat en la política sanitària i en la prioritització de malalts en supòsits per exemple de fumadors o que son alcohòlics, quan es jutja posem per cas un

trasplantament de pulmó o de fetge. La cirrosi alcohòlica es en aquest sentit una indicació controvertida. Estant els òrgans sòlids en forta limitació, la pregunta és si te sentit trasplantar algú que sabem tindrà una recidiva, de manera que es pugui per tant condicionar la intervenció a la prova d'un mínim de temps en abstinència com per a millor garantir-ne la permanència després.

La implementació a la pràctica de polítiques de igualtat d'oportunitats necessita per tant entrar en aquests àmbits personals, sobre la base d'haver identificar primer la contribució de les circumstàncies externes, i els comportaments endògens relatius a l'esforç, en la seva incidència en la desigualtat. Els esforços son particularment difícils d'especificar ja que son complexes d'observar netament i de mesurar: estils de vida – tals com fer exercici, portar una dieta equilibrada, ni fumar ni beure en excés.. son però acceptats abastament com exemples del que suposa l'esforç en relació a la salut, no representant, en principi, eleccions individuals restringides per les circumstàncies.

De tot això se'n deriva l'interès analitzar la correlació entre circumstàncies i esforços des d'un punt de vista ètic. Es interessant en aquest sentit valorar les posicions de J Roemer i de B. Barry al respecte: per exemple de com tractar la pressió familiar i així la cultura - 'el que s'espera com a normal'- en l'esforç de l'estudiant en treure bones notes (cas dels alumnes asiàtics en general, vegi's F Jusot et al, Health Economics, 2013). Per Roemer aquest entorn considerat 'normal' no permetria 'premiar' com a 'anormal', per sobre de l'esperable, l'esforç de l'estudiant asiàtic. No ho consideraria així Barry, valorant aquella pressió familiar com a una circumstància més que està fora del control de l'individu. La falta de pressió familiar en l'estudi identificaria en el supòsit analitzat un esforç premiable en el cas general dels estudiants que superessin aquell handicap (circumstància adversa), però no en el dels asiàtics, que ferien allò normalment esperable per a Roemer. En el camp dels fumadors el punt de conflicte seria el de si considerar els fills dels fumadors que fumen, menys responsables que els fills dels no fumadors que fumen. Barry diria que aquesta és una distinció irrellevant. Per a Roemer, la part de l'hàbit tabàquic que pot ser atribuït al *background* familiar és una

circumstància, i no un esforç. Es compensen circumstàncies exògenes abans de comparar resultats i així legitimar-ne diferències. Si el pitjor resultat és pel menor esforç, res a compensar, i les diferències serien legítimes a l'haver considerat tenien els agents igual oportunitat. Una oportunitat llastrada per una circumstància adversa sí que s'hauria de considerar, no poden responsabilitzar per un mal resultat per la part en la que hi ha incidit una circumstància condicionant fora de l'abast de la decisió de l'individu, per gran que fos el seu esforç.

Més complexa esdevé la disputa si passem a vincular característiques genètiques a aquells hàbits, però aquesta seria l'arena del debat. A aquesta qüestió s'hi afegeix per últim la de les responsabilitats intergeneracionals: Si considerem que és responsabilitat de la família dedicar esforços en l'educació dels fills, el que la circumstància hagi de ser compensada esdevé menys obvi. La transmissió de valors en aquest sentit 'treu mèrit': si de petit t'acostumen a casa a una bona dieta de vegetals i menjar sa és més probable que segueixi aquests hàbits sans de major. Des d'un punt de vista dels antecessors, s'hauria de reconèixer el mèrit sigui qui sigui qui el frueixi. Des d'un punt de vista de successors, no. Si es fa prevaldre a la generació jove en l'aplicació del principi de compensació, llavors hauríem de considerar que la totalitat del *background* inicial representen circumstàncies, incloent els esforços dels pares malgrat el vincle amb l'esforç dels fills. Al contrari, si l'ordre de prioritat a considerar és a favor de les generacions passades en l'aplicació del principi de premiar el mèrit, llavors els esforços parentals han de ser respectats siguin quines siguin les conseqüències que acabin esdevenint a les futures generacions. Aquestes interaccions de transmissió, en la mesura que son valors, s'han de protegir. Prevenir o evitar-les implicaria segons A Swift (2005) violar l'autonomia de la família. A la teoria de la justícia de Rawls, les llibertats bàsiques (inclosa la lliura associació que suposa la família) tindria prioritat sobre l'igualtat d'oportunitats i el principi de la diferència en la compensació al qui pitjor estar. Com a resultat, Barry considera les circumstàncies com a variables del passat i les variables a considerar son les de l'esforç que representen la lliure elecció de la generació present. Per a Roemer el vector de circumstàncies inclou totes les variables passades i

els esforços dels descendents han de ser 'netejaes' de qualsevol contaminació que procedeixi de les circumstàncies. Per a Swift, en canvi, el vector de circumstàncies només inclou les variables del passat que no tenen conseqüències en els esforços del fills. D'aquesta manera resulta clar que 'a priori' l'aproximació de Roemer minimitza la magnitud de la desigualtat que es pot considerar legítima en salut, mentre que Swift minimitza la magnitud de la desigualtat ilegítima si la correlació entre circumstàncies i salut és del mateix signe que entre circumstàncies i esforç.

L'anàlisi separador de circumstàncies i esforç encubreix però un factor que cada vegada més mereix l'atenció dels experts: la genètica. Si aquest és el cas, la traducció d'esforç amb resultat comportaria un biaix en les desviacions entre allò observat i allò esperable que no es deuria tant a l'aleatorietat com a un element predible i per tant incorporable a les circumstàncies. Però exigiria, tal com alguns proposen (N Acarin entre d'altres), fer explícits els condicionants genètics. Al contrari que per a discriminar negativament, els coneixement d'aquests permetria fer compensació explícita per a no culpabilitzar d'aquells 'residus' als individus. Això suposa en tot cas per a l'epidemiologia i per a la salut pública un canvi del paradigma tradicional de Rosen. Les accions col·lectives haurien així de buscar àmbits molts més personalitzats i molt menys susceptibles de ser tractats sota assegurança col·lectiva o universalisme en prestacions. Ambdues estratègies serien en aquest sentit menys eficients (per a millorar la mitjana de l'efectivitat de les intervencions s'estaria fent un ús poc discriminat i amb ingredients de *moral hazard*) i sens dubte, a igual despesa, menys redistributives (a falta d'aquella prioritització que focalitzi ja en aquells que més ho necessiten (regla de rescat) o que més rendiment en derivaran (capacitat de beneficiar-se). Contra les desigualtats en l'aplicació de recursos que aquesta nova focalització comporti, restaria a considerar però de nou fins a quin punt l'estoc inicial de salut de cadascú, més enllà d'aquells extrems –capacitat de beneficiar-se, punt màxim de benefici individual- es deuria a circumstàncies (genètica) o esforç (p.e., estil de vida).

En resum

Totes les valoracions vistes al llarg d'aquest text no han de tenir en democràcia per a resoldre les seves controvèrsies, altra referent que el social, expressat al Parlament, amb normes conjunturals-ideològiques emanades en cada cas, ja des del prejudici o de l'empirisme, basat en l'evidència, disponible però canviant, mutant fins i tot a resultes de l'actuació del propi finançador. Defensar contra aquestes valoracions un suposat interès general (sovint identificable amb el corporatiu, d'algú que veu amenaçat el seu status quo), l'interès públic (entès com de l'administració en la seva acció inercial) és una extralimitació. La decisió és social, col·lectiva. La societat té si més no dret a demanar però claredat, informació amb concreció de pros i cons, i a exigir, sigui quina sigui l'opció escollida en democràcia, avaluació, aprenentatge i rectificació si s'escau. I si el judici no es considera adequat són les urnes les finalment sobiranes. Això no és una invitació a l'abús de les posicions de domini, per democràtic que sigui el seu recolzament, però sí una invitació a situar el debat sobre la reforma de les AA.PP. en els seus termes justos.

Agraïments: A la lectura prèvia del document feta pel dr. Ricard Meneu, a qui dec moltes valoracions crítiques que espero hagin beneficiat el text.

Referència: -Jusot et al: *Circumstances and Efforts: How important is their correlation for the measurement of Inequality of Opportunity in Health?*, Health eEconomics, forthcoming 2013

¹ - Pot ser no ho serien el càtering d'un centre o la rentadoria, però si l'abandó de la tutela pública davant d'un alzheimer o de la clínica del càncer



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



www.upf.edu/cres