

REFLEXIONES SOBRE EL FUTURO DE LA SANIDAD PRIVADA EN ESPAÑA

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía Pública de la Univ. Pompeu Fabra.

Resumen

El presente artículo reflexiona sobre el papel del sector sanitario privado en los sistemas nacionales de salud. El argumento destaca el desfase que existe en este campo entre teoría y práctica, entre análisis económico y política sanitaria, y muestra como cuestiones relevantes para la cohesión social, como son la eficiencia y la equidad de los sistemas de salud, en lugar de resolverse por la vía de la investigación empírica y la contrastación de los hechos - capaz de fundamentar decisiones basadas en la evidencia- se intentan arrinconar del debate con diatribas y apriorismos de escaso fundamento. El texto contiene un marco de análisis a partir de la descomposición de las distintas funciones presentes en los sistemas de salud, se identifica una lógica específica para cada una de dichas funciones y se comentan los argumentos que mejor pueden sustentar, para el sector sanitario privado, un rol coherente con los objetivos de un sistema público de salud. Finalmente se ofrecen algunas reflexiones para mitigar determinados prejuicios que se configuran como obstáculos culturales en la gestión del cambio postulado

I.- DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA DE LA POLITICA SANITARIA

El anclaje teórico

Probablemente sea la cuestión del papel del sector sanitario privado en un sistema público de salud uno de los peor tratados por nuestra economía de la salud y más aún, de los peor traducidos en la práctica para la elaboración de la política sanitaria en nuestro país. Estamos tan abocados a lo que tenemos que resulta difícil recuperar perspectiva para analizar lo que podría ser y no es. No en vano se suelen entender poco las implicaciones del teorema de

Rotschild-Stiglitz sobre la superioridad paretiana (alguien mejora sin que nadie empeore en su bienestar) en razón de una intervención pública que asegure distintas forma de aseguramiento coactivo, pero que requiere a su vez del acompañamiento del sector privado para conseguir el menú contractual óptimo. Se ignora a menudo que el resultado de eficiencia social (y en este sentido, estructural, normativo, sin necesidad de argumentos ideológicos coyunturales, etc.) a favor de la cobertura pública, una prima única comunitaria y un pool básico de contingencias obligatoriamente protegidas, se fundamenta precisamente en la necesidad, y no-ausencia, de un aseguramiento complementario privado. Sin éste, no existe la aludida ‘pareto superioridad’, ya que es también este último componente privado lo que determina, por encima del seguro obligatorio, el equilibrio separador en el que ambas partes (los buenos y malos riesgos poblacionales) mejoran su bienestar a la vez.

Una mejor comprensión del teorema que para muchos está en la base de la justificación de los sistemas sanitarios públicos nos recuerda que el alcance del componente obligatorio viene a depender del peso de la población de riesgos altos respecto de la población total, lo que suele determinar una cobertura pública mínimo-básica y no un alcance completo y universal de la cobertura que arroje del mercado al sector privado, y menos aún se prescribe con ello la gratuidad en el momento de acceder a los servicios. Con la prima única resultante, está claro que los buenos riesgos subvencionan a los malos, dado que pagan más que lo que les correspondería por un precio actuarialmente justo y específico para ellos. Pero éste es un subsidio que desean pagar los buenos riesgos para conseguir privadamente, a partir de dicho nivel básico, el aseguramiento al que de otro modo no podrían acceder (ya que los malos riesgos ‘depredarían’ la cobertura deseada haciendo inviable su oferta a precio razonable). Esta ganancia por la fijación pública de unos niveles mínimo-básicos y coactivos, resulta particularmente importante en función del valor que los ciudadanos otorguen al aseguramiento, ya por sus efectos renta, posibilitadores de un mayor acceso a prestaciones -y por tanto en la maximización de utilidades condicionadas a la aparición de la contingencia de salud de la que derivar la función de demanda (tal como argumenta Nyman)-, ya sea a la vista del grado de aversión al riesgo que predomine en sus funciones de utilidad (como aduce la teoría convencional del seguro).

En cualquier caso, del teorema mencionado, se deriva un seguro público coactivo básico y no necesariamente omnicomprehensivo, coadyuvado de un seguro privado con primas privadas adicionales a la pública (la pública común a ambos grupos de riesgo, pero no la privada) y sin que se derive, por supuesto, justificación para que su prestación en especie se deba de realizar a través del entramado público burocrático, que excluya al sector privado incluso desde una misma financiación pública). De modo que el ‘vale’ y la ‘concertación’ son instrumentos compatibles con el equilibrio propuesto. Asimismo, la ‘gratuidad’ (aunque nada es realmente gratuito) es compatible con fórmulas de transferencias de renta (más altas para los colectivos más necesitados, si se desea) y no requiere inexcusablemente de prestación pública en especie, no requiriendo la substitución completa de la capacidad de pago del individuo (así para prestaciones complementarias). El objetivo es que la prima no dependa del riesgo poblacional para el tramo de aseguramiento público obligatorio, pero sí puede depender quizás de la renta. Y aún en el caso de mostrarse con ello sesgos a favor de uno u otro colectivo (riesgos altos concentrados, por ejemplo, en la población de menos renta), la garantía de capacidad de pago podría igualmente conseguirse a través de transferencias monetarias públicas, selectivas y superiores para dicho colectivo destinatario.

Fuera de ello, como destacó ya en su día Culyer, para derivar la superioridad de la prestación en especie (típica de los Servicios Nacionales de Salud, NHS) respecto de la monetaria (más propia en sus orígenes de algunos sistemas de aseguramiento social), hace falta argumentar algo más acerca de la naturaleza de las funciones de utilidad de ambos colectivos (de alto y bajo nivel de riesgo), su interdependencia (ya por altruismo o por puro egoísmo -de uno que requiere el nivel de utilidad del otro como argumento en su propia función de utilidad-), y el modo en que se pueda, en la práctica, asegurar mejor el acceso (o consumo) de dicho bien de mérito entre las partes.

Los reflejos de la teoría en la política sanitaria

Más allá de la teoría, los desarrollos argumentales traducidos a los ámbitos de la política sanitaria (¿existe también una política sanitaria basada en la evidencia?), aparecen a menudo teñidos de prejuicios políticos y poco fundamentados en el análisis empírico: así en

lo qué debe garantizarse públicamente, con qué criterios de inclusión, qué conviene dejar a la responsabilidad privada, con qué nivel de regulación, qué nivel de compatibilidad profesional es aceptable entre el ejercicio público y privado; cómo integrar la cobertura privada cuando la pública; sobre la posibilidad de gestión privada del propio aseguramiento colectivo (convenido públicamente), o sobre el alcance de la acción concertada en el suministro de servicios sanitarios.

Suele preocupar también política y legítimamente, la equidad de lo que se acceda privadamente: prestaciones complementarias a lo que el sector público no ofrece, servicios acaso duplicados, con distintos componentes asistenciales... dentro de la racionalidad de entender quien accede a la oferta privada y por qué lo hace: dada la calidad percibida en sus múltiples aspectos, los más frequentadores por su auto percepción de peor salud, los más hipocondríacos, los más adversos a las consecuencias de la enfermedad... Pero todo ello se debe resolver con el análisis y no con el apriorismo descalificador. Se trata así de introducir en el debate cuestiones tales como a) ¿por qué razón ciudadanos con problemas de salud similares difieren en la utilización que realizan de los servicios médicos (ya sean públicos o privados)?; b) ¿Qué costes o barreras de acceso interfieren y cómo incide ello en la equidad de los sistemas públicos y en el control del gasto?; c) ¿Deberíamos subvencionar fiscalmente el gasto sanitario privado?. ¿Cómo varía su opinión de acuerdo con la constatación de (i) que los que consumen privadamente lo hacen por pensar requieren una utilización más elevada (al tener o creerse tener peor salud) son los pobres; (ii) que dicho consumo privado ahorra utilización que mejora el acceso de otros colectivos al sistema público a igual financiación; (iii) que por el contrario, ello facilita aún más válvulas de escape para que determinados grupos de renta se desentiendan del sistema público, o (iv) cuando la doble cobertura público-privada se constata no sustituye efectivamente utilización ‘necesaria’, sino simplemente genera muchas más visitas consideradas ‘innecesarias’ (resultantes del ‘abuso moral’).

II.- LAS RESPUESTAS ORGANIZATIVAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Las respuestas dadas por la mayoría de países occidentales desarrollados, a la vista de la organización del dispositivo sanitario con el que se dotan para el abordaje de los problemas de salud, han sido, por un lado, la creación de un Servicio Nacional de Salud (al estilo del *National Health Service* británico), como un servicio público administrado más; y por otro, los ‘bismarckianos’ sistemas de aseguramiento social (*Social Health Insurance Systems*, SHIS). Entre los primeros, destacan unos fundamentos en torno a sus tres variables descriptivas básicas: servicio / nacional / de salud; *servicios* como si de un servicio administrativo más se tratase, ‘*nacional*’ como aspiración uniformizadora frente a la diversidad, y de *salud* (y no sólo de servicios sanitarios), como pretensión de intersectorialidad para el alcance de los objetivos, no siempre ratificaba por la realidad de las políticas seguidas. A ello se ha contrapuesto en otros países la configuración de un sistema / de aseguramiento / social, entendiendo *sistema* como engranaje ante la diversidad de proveedores y heterogeneidad de individuos; de *aseguramiento*, ante la obviedad de prestaciones sanitarias limitadas que se han de gestionar con criterios de cobertura y selección de proveedores, y *social*, por la exigencia de primas comunitarias (no individuales, no actuariales, no ajustadas al riesgo) al fundarse su financiación en criterios de solidaridad (el no usuario en favor del paciente).

Entre los rasgos diferenciadores en principio de ambos sistemas: 1- la mayor afectación de ingresos y gastos que explicitan los sistemas de aseguramiento (contribuciones como ingresos afectados), 2- la mayor facilidad de universalizar la atención sanitaria desde la financiación con impuestos que desde el aseguramiento (colectivos de la economía informal, ciudadanos no cotizantes) –aunque sin duda la cotización no deja de ser un impuesto y la generalización de la cobertura es posible en ambos casos-, y 3- la mayor facilidad de operar el selectivismo en prestaciones más equitativas, copagos y prueba de medios desde los SHIS que desde los NHS (mayor consolidación, más visualización de derechos que deberes, difícil marcha atrás en prestaciones ofertadas universalmente).

Dicha clarificación ha de permitir ofrecer una distinta lógica para asignar en dichos contextos cada una de las funciones básicas de un sistema sanitario avanzado a sus agentes más adecuados. Nos estamos refiriendo a quién deba de realizar las funciones de planificación sanitaria, financiación, aseguramiento, compra y suministro de los servicios en cada una de las respuestas institucionales observadas. Las funciones son a su vez distinguibles por dos parámetros básicos: el peso implícito de los componentes políticos y de los técnicos en cada una de ellas, y la lógica gestora que abone sus fundamentos de racionalidad (la necesidad de priorizar en sentido primario -o de capacidad disponible- o al nivel secundario -entre alternativas, tomando la capacidad como dada). Podríamos casi establecer un gradiente en cuanto a valores políticos y técnicos, desde la planificación y la financiación (mucho más políticas) hasta el suministro de los servicios (de un modo más técnico, más cercano a la evaluación económico-financiera del mundo empresarial). De modo similar se podría establecer el gradiente, a partir de los balances – entre costos y beneficios- de la priorización (en clave mucho más política la función planificadora, con propensión al ‘sí’, hasta la más necesaria y frecuente opción gestora del ‘no’).

Entendemos por planificación el despliegue del dispositivo asistencial funcional, y geográficamente (plan de servicios), en correspondencia a un plan de salud que mantiene una estrategia definida en cuanto a objetivos de salud (cifrados, por ejemplo, en innecesarias muertes prematuras y sanitariamente evitables, años de vida perdidos ajustados por la calidad de vida, carga social de la enfermedad, etc.). El componente técnico innegable de dicha función tiene que ver con el discurso epidemiológico y de salud comunitaria, y con los aspectos logísticos organizativos del despliegue de recursos sobre el territorio que preserve la continuidad asistencial, la longitudinalidad y los esfuerzos de prevención. En ello juegan las externalidades en positivo y negativo (contaminación atmosférica, vacunas) también procedentes de otros sectores, con algunos componentes propios de los bienes públicos, de consumo no-rival e inaplicabilidad del principio de exclusión. Es bien sabido que entre funciones asistenciales y en las valoraciones eficiencia-equidad (por ejemplo, en la ubicación de centros sanitarios sobre la geografía a isócronas de acceso determinadas), los *trade-offs* no tienen resolución técnica sencilla, ya que un

ejercicio de evaluación para estos fines requiere unos resultados mayormente comparables en la valoración de su efectividad.

En la función de financiación, de nuevo no es menospreciable su ingrediente técnico (incidencia final de impuestos, cotizaciones sociales, tasas y precios, definición de cláusulas financieras técnicas de traslado de riesgo etc.), pero aquí como no el peso de la valoración política en la disyuntiva eficiencia (exceso de gravamen derivado de un impuesto para el buen funcionamiento de la economía) -equidad (aversión a la desigualdad, solidaridad y funciones de bienestar social) es sin duda clave.

El gradiente político disminuye cuando analizamos aspectos asociables a la función de aseguramiento: definición de la cartera de servicios, alcance de la cobertura siguiendo consideraciones de coste efectividad, pool mínimo de aseguramiento y re-aseguramiento para garantizar un traslado de riesgo creíble a sus destinatarios, técnicas de tratamiento de la selección adversa, selección de riesgos y abuso moral, cláusulas de ‘stop loss’, franquicias y responsabilidades exigibles a los usuarios en el buen uso del sistema. Sin duda que existe componente político en la mayor parte de aquellas decisiones pero atenuable por una capacitación técnica nada menospreciable.

En líneas similares al razonamiento anterior, en lo que atañe a la función de compra de servicios, como gestión descentralizada o delegada del mismo aseguramiento, sobre la base de la determinación de las condiciones contractuales de la compra de los servicios (de acuerdo con la planificación salud/ disposición de servicios, mecanismos financieros establecidos y cobertura de aseguramiento de prestaciones), con selección de proveedores, acreditación de su oferta, gestión de la demanda (con de-marketing en su caso de consumos), revisión de utilización, determinación de numerarios de pago a nivel meso o institucional o micro de proveedores, ajustes por *case-mix* (complejidad/ especialización...) y un largo etc.

Y finalmente, mucho más técnica que política es la función vinculada a la producción de los servicios, entendida ésta como organización de la producción, políticas de compra, de

implementación de tecnologías, formación en capacidades, políticas de incentivación de personal, de recursos humanos, segunda opinión, de gestión de stocks...

La separación, identificación y búsqueda de racionalidad en la gestión de cada una de dichas funciones favorece su asignación al eslabón que mejor perfil ofrece en capacitaciones técnicas y aislamiento o vinculación (según gradiente comentado) de la influencia política explícita en la función referida, no remitiendo de otro modo al escalón más institucional-político aquellas decisiones que en gestión requieren a menudo una negativa en la valoración de los costes de oportunidad de las alternativas contempladas.

Es la hipótesis de trabajo con la que aquí construiremos las secciones precedentes la constatación de que sea cual sea el punto de partida (NHS- SHIS) en los diseños históricos de los sistemas de salud de los países occidentales, los dispositivos organizativos actuales de la mayoría de dichos países se están reformando y lo continuarán haciendo, según la lógica (*mix* político-gestor) de cada sistema y la racional separación e identificación de las funciones comentadas. Es en estas coordenadas que se analizan a continuación los retos y oportunidades del sector sanitario privado en los sistemas públicos de salud.

III.- LOS USUARIOS, LA LIBRE ELECCION Y LA OFERTA PRIVADA EN SANIDAD

El análisis anterior nos ofrece un marco de análisis a partir de la descomposición de las distintas funciones presentes en los sistemas de salud, identificando una lógica específica para cada una de dichas funciones, lo que abre la puerta a los argumentos que mejor puedan sustentar para el sector sanitario privado un rol coherente con los objetivos de un sistema público de salud.

Desde la anterior perspectiva, la consideración de los intereses y aspiraciones de la demanda en el diseño de las respuestas institucionales por el lado de la oferta no ha parecido por el momento tenerse demasiado en cuenta en el diseño e implementación de las

políticas sanitarias públicas. Ello es así pese a que en un contexto social desarrollado como en el que nos movemos, en el que los tratamientos diagnósticos y terapéuticos de las intervenciones médicas incorporan garantías generales de efectividad, los aspectos utilitaristas y propios del consumerismo están haciendo un mayor acto de presencia.

La preocupación por introducir nuevos márgenes de elección en sistemas sanitarios se insertaría en las coordenadas siguientes 1- en el ámbito del *aseguramiento*, entre asegurarse o no (con distinto grado de obligatoriedad, según prestaciones y por colectivos-tipo); (i) con participación o no de aseguradoras privadas en su oferta, a elección bajo idéntica financiación pública; (ii) según cual fuera alcance de los beneficios cubiertos (entre el mínimo obligatorio y el componente complementario), y (iii) a la vista de la correspondencia que pudiera existir entre prima y grado de cobertura (o su inversa, esto es, el grado de subsidiación transversal entre colectivos, implícito en dicho mecanismo).

Son también referentes de elección 2- para el usuario *en provisión*, la elección sobre el primer contacto ejercido con el proveedor, centro asistencial, especialista en el centro, o médico de cabecera responsable para un conjunto amplio de contingencias. Y, 3- por lo que atañe a los aspectos relativos al *tratamiento*, ello incluiría la posibilidad misma de rechazar o no un tratamiento, la elección entre modalidades de un mismo tratamiento, la forma concreta de asistencia, y las facilidades hoteleras asociadas a la prestación y/o en el tiempo de espera.

La anterior perspectiva ayuda a definir un papel potencial para el sector privado en un sistema sanitario público en los ejes siguientes: (i) sobre la base de la oferta de lo que el sector público no suministra, o lo suministra a calidad inferior a la aceptable para determinados grupos de población; o (ii) actuando por cuenta del sector público (franquicias privadas de prestaciones públicamente financiadas), complementando en su caso aquello que se sitúe fuera de catálogo público.

En lo que atañe al *rol complementario/ alternativo* para aquellos aspectos que el sector público no suministra o suministra a calidad inferior, se podrían considerar puntos fuertes del posicionamiento privado: la mayor especificidad empresarial que permite la

concentración de la oferta en estos servicios, y que resulta menos compleja desde un punto de vista clínico a aquella en la que se basa su alternativa; la posibilidad que ofrece de organizar una producción más acotada, con mayor prestación directa (frente a la alternativa aseguramiento y gestión de riesgos y siniestralidad que requiere intermediación y así mayores costes de transacción), resulta concretable para el marketing propio del posicionamiento del sector privado en cuestiones de ‘calidad’ percibida y mantiene la tendencia general de organizar su suministro como actividad complementaria a coste marginal con respecto a la pública en regímenes duales o de compatibilidad.

En lo que se refiere los puntos débiles de dicha alternativa, cabría destacar la mayor dependencia de la oferta pública (menos previsible en su evolución) y de las condiciones de trabajo de sus profesionales (en exclusividad en los sistemas sanitarios públicos); una previsible elasticidad precio y renta de su consumo que lo hace más sensible a las coyunturas económicas, y la necesidad de instrumentar incentivos mayormente explícitos (monetarios), contando menos los implícitos, al estar más acotado el rol de lo privado (asociados a lo que se conoce en la literatura el *job enrichment* y el *job enlargement*; esto es, a mejores contenidos en el desempeño laboral de la actividad realizada y de sentirse parte de un conjunto más amplio en el que se inscribe la aportación laboral de uno).

Alternativamente, si nos referimos a la consideración de un *rol substitutorio* para la actuación del sector privado por cuenta del sector público (franquicias privadas de prestaciones públicamente financiadas), complementando en su caso aquello que se sitúe fuera de catálogo, son puntos fuertes en dicho posicionamiento, un coste de elección inicial neutral para el usuario (no siendo penalizado el acceso a la oferta privada con un pago adicional) por hacer efectiva dicha opción, y consecuentemente, resultando sobre dicha alternativa más fácilmente articulable una prestación complementaria; mientras que entre los puntos débiles, cabría destacar que el alcance concreto de dicha opción quedaría al albur de la comprensividad o mayor o menor alcance de la definición del catálogo público, y una mayor dificultad organizativa (al requerir el aseguramiento la construcción de una red completa de proveedores) y de gestión (aseguramiento con financiación a prima comunitaria de difícil ajuste si no se acompañase de regulación de pool mínimo de riesgos, reaseguro y sistema de igualación de primas).

Son factores comunes, generadores de incertidumbre en ambos casos, la evolución que puedan seguir las organizaciones públicas ofertando desde sus mismas instalaciones prestaciones privadas, destacando aquí el debate de supuestos en los que se incurre en competencia desleal, ya sea en la dirección de un menor coste marginal público con respecto al coste medio privado en la decisión de contratar externamente o producir directamente (en un horizonte temporal dado), ya sea por la menor o mayor exigencia de exclusividad en el trabajo de los profesionales que se exija en el sistema público con respecto del privado (que afecta a la cuantía de la ‘retribución marginal privada’ a abonar, frente al ‘salario medio’ público en vigor).

IV.-EVALUANDO LO PÚBLICO Y LO PRIVADO EN SANIDAD

La controversia básica subyacente en el estudio de los efectos de las distintas alternativas organizativas, de estructura y financiación de los sistemas de salud sería la relativa a si son compatibles las pretensiones de lo que se decide políticamente, en principio a favor del interés colectivo, con la lógica empresarial de la persecución del excedente económico, dando un mayor peso al sector privado. Ello nos remite a la cuestión genérica del papel de ‘*lo público y lo privado*’ en sanidad, de la que son sus referentes conceptuales (de ámbito mayormente coyuntural), la teoría de la provisión pública de bienes privados preferentes, y la evidencia empírica que pueda existir acerca de la eficiencia relativa de ambas modalidades de prestaciones a igual financiación, ya sea desde un esquema de provisión pública con producción directa, o a través de producción privada concertada.

En el marco de los vectores que podríamos denominar de ‘lo privado en lo público’, y de ‘lo público en lo privado’ : son posibles como mínimo las siguientes aproximaciones, (i) acuerdos para financiar nueva inversión en el sector, vía colaboraciones público privadas (*public-private partnerships* o la inicialmente denominada *public finance initiative*); (ii) la prestación de servicios en régimen de propiedad diferenciada (vía, por ejemplo, entidades de profesionales o nuevas formas consorciadas de proveedores sobre base territorial y en régimen jurídico privado), (iii) la propia empresarialización de la gestión de las

instituciones (bajo formas organizativas del tipo consorcios, fundaciones, sociedades limitadas), (iv) la contratación del subministro de servicios (concertación externa, contratos de gestión delegada, fórmulas de *leasing*, etc.), (v) el régimen de compatibilidad aceptado en la institución para los profesionales, en práctica privada (para la institución) y pública (para el financiador), lo que resulta indisociable del análisis del sistema retributivo público, y (vi) la propia utilización del dispositivo público con finalidades mercantiles privadas (imputación de costes de capital por utilización de equipamientos públicos).

Todo ello se inscribe, por lo demás, en unas nuevas coordenadas de financiación y gasto que incluirían limitaciones a los incrementos en la financiación pública que afectarían ya sea los gastos corrientes y/o a los de capital. En su conjunto, dicha variación en la capacidad de financiación acaba resultando muy acotada a la renta y riqueza de cada comunidad, bien a su esfuerzo fiscal propio o a la capacidad de pago adicional mostrada (desde las antiguas igualas a la demanda privada de servicios sanitarios). Este reconocimiento debiera de favorecer más diversidad geográfica para los sistemas de salud, más próximos a las realidades territoriales, abiertos a la participación de los agentes (de todo tipo) en la esfera local con un aumento previsible del peso del gasto sanitario privado en el conjunto. Ello se enlazaría con la aceptación explícita o tácita de que, a mayor renta, menos justificación adquiere el universalismo para el conjunto de prestaciones (objetivo que acaba siendo muy costoso y poco equitativo según sea el sistema tributario), y menos aún para servicios con bajos ratios de coste-efectividad y/o que incluyen mayores componentes de ‘utilitarismo’ y ‘consumerismo’ en la prestación de cuidados que reduce legitimidad a la financiación coactiva y colectiva.

Si se acepta el razonamiento anterior, la participación de usuarios, en su caso, se basaría preferentemente en (i) copagos vinculados a la renta y manteniendo en todo caso el concepto de factura sombra que identificase el coste completo, o con pagos incorporables en su valor monetario a la base imponible del impuesto sobre la renta de las personas físicas, y a la que se podría aplicar la progresividad deseada; (ii) primas adicionales para prestaciones complementarias a las públicas, y (iii) una financiación privada por uso de servicios hoteleros adicionales o de entorno (aunque en ello no reside el futuro de la

sanidad privada a nuestro entender) de coste generalmente sufragado en el momento de acceso.

En todos los supuestos anteriores resulta crucial lo que pueda suponer la gestión del cambio respecto de la situación actual. Ello implica medidas que mitiguen restricciones –culturales sobre todo-, hoy no articulables exclusivamente desde el sector público, a favor de más y mejor involucración privada en la gestión sanitaria (no sólo del equipamiento, no sólo del aseguramiento). No se trata tampoco de medidas a delegar a los propios proveedores aislados a través de precios en el punto de acceso o de pagos directos por elementos asistenciales, al contar previsiblemente una estrategia de financiación privada con pagos directos no regulados, con mucho menor aceptación política general, lo que impide que se pueda articular en la práctica desde la prestación de los propios servicios, y requiera cuando menos bases territoriales con poderes políticos compartidos.

Una racionalidad del proceso quizás provendría de la creación de una ‘póliza’ complementaria de base poblacional (adicional a la prima pública y que se construiría sobre aquella base): de ahí la importancia de la descentralización territorial de la gestión del aseguramiento y/o la agrupación de intereses de proveedores y usuarios en el territorio, como parte de la solución propuesta, al posibilitar un complemento financiero, subsidiado o no fiscalmente, respecto de la prima pública básica.

En el apartado de políticas de gasto sanitario (aún recordando aquí que antes de articular nuevas medidas de financiación hace falta un renovado esfuerzo de eficiencia en provisión respecto del gasto hoy ya comprometido), la prospectiva dibujada se basaría en (i) la integración asistencial de proveedores (lo que viene a favorecer una financiación capitativa, a complementar privadamente sobre base territorial), a través de un adecuado traslado de riesgo que incentive la racionalidad de las decisiones de los agentes, (ii) cambios en el status de los proveedores e instituciones sanitarias, sin temer la diversidad organizativa, la experimentación y la emulación de las mejores prácticas, y (iii) una mayor presencia del sector privado en el ámbito de la producción de los servicios, compra y/o gestión del aseguramiento colectivo para territorios definidos.

En estos nuevos contextos la solidaridad del sistema se debería asentar en una definición cuidadosa de la cobertura básica (lo coste efectivo), en la definición de lo complementario a precio tasado y/o gratuito según prueba de medios (no universal), en la progresividad derivada de las subvenciones y de los gastos fiscales que se pudieran implantar al limitar las desgravaciones por dichos pagos adicionales sólo para determinados colectivos, y la regulación de pólizas de acceso no restringible. Ello tendría efectos adicionales en la descompresión de las finanzas públicas, y en la recuperación de una incidencia presupuestaria más equilibrada, vistos hoy los vectores de crecimiento de impuestos.

En general y más allá de las especificidades del sistema actual, se trataría de repensar conjuntamente el sector sanitario (público y privado) desde la óptica global del sistema de salud, más aún, del gasto social en su conjunto, desde la perspectiva intergeneracional y de la economía en general. Ello se debería de acompañar de una estrategia de financiación diferente, retribuyendo a los agentes no por 'ser' o 'hacer' sino por 'conseguir' en atención a sus resultados, y abriendo nuevas esferas de financiación privada, que coordinada con la pública general, ofreciera mejor garantía para la sostenibilidad del sistema sanitario.

V.- A MODO DE CONCLUSION: LOS VALORES CULTURALES EN LA GESTION DEL CAMBIO

Cambios como los comentados requieren una buena dosis de gradualismo, ya que requieren cambios culturales en las percepciones que algunos aún tienen hoy de la lógica empresarial, privada o del propio beneficio monetario en la gestión de los servicios públicos. Envolverse en la bandera de la equidad, del temor a lo desconocido, del disgusto a la transparencia versus la acomodación a la opacidad.

En cualquier caso, es hora de reconocer algunas falacias en las que estamos instalados (fuera del discurso político en favor del realismo y la re- dirección de foco de atención del análisis. Por ejemplo, en la idea de gratuidad (nada es gratuito), en la valoración que una financiación impositiva siempre es más equitativa que la basada en el asegurado o en el usuario (sin atender al tipo de prestaciones financiadas ni el tipo de impuesto utilizado), o a

la vista de consideraciones generales sobre equidad (quizás debiéramos de hablar siempre de igualdad que es un concepto más preciso, y de desigualdad, y dentro de éstas de las socialmente aceptables y las que no) que no son guías de acción. Por ejemplo, la muchas veces pretendida equidad de acceso a la asistencia sanitaria (no digamos ya la de consumo o de resultado) no es realmente factible, ya que cuenta con factores insuperables ‘no sanitariamente evitables’ –diferencias en cultura sanitaria, educación, renta, trabajo...- que la obstaculizan. Ofertar servicios gratuitos y olvidarse de los factores anteriores hace un mal servicio a la equidad. En este sentido, parece más sensato identificarlos y ‘conllevarlos’, y si acaso combatirlos desde fuera del sistema sanitario (vivienda, tipo de empleo, retribución, que está claro dependen de políticas distintas a las sanitarias) y que a menudo se soslayan por la supuesta gratuidad. Más todavía, quizás el logro de la equidad de acceso, consumo o resultado, constituya en si mismo un objetivo no deseable (acceso igual a todo, independientemente del esfuerzo, sin contraer deberes ni responsabilidades?; de consumo pese a la negativa de voluntad?, Etc..) y en todo caso nunca posiblemente alcanzable (por el grado de intervencionismo necesario y posiblemente inaceptable socialmente)¹.

En favor del realismo en el análisis convendría aceptar que el que un sistema sea público no hace desaparecer el ‘excedente’: si no es monetario (lucro), otra forma posiblemente revestirá (ventajas individuales, baja productividad...). Excedente se genera siempre en toda actividad: será más o menos transparente –y así fiscalizable en democracia- (dinero – más-, beneficios en especie -menos), y sus destinatarios serán más o menos identificables (accionistas, médicos empresarios, profesionales burócratas), pero ‘de ser’, sin duda ‘serán’. De forma que el hecho que no se identifiquen intereses crematísticos en la prestación sanitaria no equivale automáticamente a la garantía de que se entronicen los intereses de los enfermos en su lugar.

Reconocido lo anterior, conviene señalar también algunos prejuicios muy instalados en el sector privado, que identifican sanidad privada con competencia horizontal entre

¹ - Tal y como remarcaba Janos Kornai en la Conferencia Europea de Economía de la Salud celebrada en Budapest el julio del 2006; www.ihea.org).

proveedores aislados. Dicha perspectiva empresarial (mercados impugnables, riesgo de quiebra), no parece tener pie en un sistema sanitario público. No sólo por la integración y continuidad asistencial deseable que debe alcanzar cualquier sistema sanitario, sino también porque el sector privado en la práctica acaba no siendo competitivo, buscando la protección oligopolística o de la competencia imperfecta, tan grandes son los costes fijos ‘hundidos’ de las inversiones en el sector. Ello hace que para la protección de las cuentas de resultados aparezca comúnmente la financiación de marginalidades, cláusulas de revisión o subvenciones indirectas de explotación, no reconociendo con dicha horizontalidad competitiva otros valores necesarios, tales como la prevención, la coordinación entre centros y niveles, y la reducción de la actividad innecesaria. Lo que sería esperable desde la racionalidad empresarial y clínica a la vez es, si acaso, la creación de esquemas verticales público-privados sobre el territorio, integrados -ni que sea virtualmente- para no perder el sentido de la propiedad y la buena gestión de los activos-, y bajo formas de financiación básica para el componente público estricto, de base poblacional y de pago por resultados, abriendo en su caso el ámbito de lo complementario de un modo más flexible en atención a las demandas y aspiraciones de los usuarios².

Finalmente, vale la pena darse cuenta de la escasa o nula aceptabilidad política que muestra la sociedad a la apertura de financiación privada de pagos directos no regulados; y los costes de intermediación y fiscalización que a ellos se pueden asociar. Ello no impide, si se quiere, que se articule dicha financiación fuera del momento de acceso a los propios servicios, requiriendo por parte de quien gestione el servicio, una ‘póliza’ complementaria de base comunitaria (adicional a la prima colectiva construida en base al catálogo público y posiblemente financiada por impuestos). De aquí la importancia de hacerlo desde la nueva descentralización territorial y con conceptos de uniformidad y cohesión social lo suficiente flexibles en una sociedad desarrollada.

² - Anotemos en este sentido que existe desacuerdo de los analistas en dos temas importantes 1- entre los economistas que antes de hablar de gasto identifican las pérdidas de bienestar causadas por los impuestos (el exceso de gravamen vinculado a una imposición distorsionadora de la eficiencia económica) y los que los ignoran a la hora de computar el coste de los recursos públicos; y 2- entre quienes presumen de que toda financiación basada en impuestos (sin precisar tipo de impuesto, fuente de renta ni niveles de cumplimiento fiscal) es siempre más equitativa que una disminución del gasto, dejar fuera prestaciones de baja efectividad o introducir copagos, y quienes piensan lo contrario.

Reconocido lo anterior, y vista la importancia de las tareas pendientes, se impone la conveniencia de un gradualismo y radicalismo selectivo como estrategias de implantación de cambios, contra reformas parciales inconsistentes, bandazos legales o diatribas políticas.

BIBLIOGRAFIA para completar el análisis

The Handbook of Health Economics (I, II). A. Culyer & J Newhouse (eds.)
Elsevier publish. North Holland 2000.

Frontiers in Health Policy Research (I, II, III, IV) A. M. Garber, NBER,
MIT Press, 2001. (selected chapters)

Health Economics S. Fowland et al. 3rd edition, 2001.

Artículos:

Adam Wagstaff (2007) Social Health Insurance reexamined World Bank WP: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/01/09/000016406_20070109161148/Rendered/PDF/wps4111.pdf

E Docteur y H Oxley (2003) Health Care Systems: Lessons from the reform experience.
Paris OECD Health WP no 9

M. Pauly et al. (2006) Private Health Insurance In Developing Countries
Health Affairs 25: 369-379

Victor R. Fuchs, "The Future of Health Economics" Working Paper 7379, NBER Working Paper Series; pps. 29.

Timothy Besley, Miguel Gouveia, "Alternative Systems of Health Care Provision".

Philip Musgrove, Riadh Zeramdini, Guy Carrin, "Basic Patterns in National Health Expenditure", Bulletin of the World Health Organization 2002; 80: 134-142.

Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano, "Consumer Choice and Demand", chapter 7 "The Economics of Health and Health Care", Prentice Hall; pps. 177-215.

Roger Feldman, Bryan Dowd, "What does the Demand Curve for Medical Care Measure?", Journal of Health Economics 1993; 12: 193-200.

Thomas Rice, "Demand Curves, Economists, and Desert Islands: A Response to Feldman and Dowd", Journal of Health Economics 1993; 12: 201-204.

Peter Zweifel, Friedrich Breyer, “Complementary Principal – Agent Relationship with Health Care”; “Health Economics, Oxford University Press 1997, pps. 239-299.

John G. Cullis, Peter A. West, “The Economics of Health”, Chapter 3 “Health Care and Market Intervention”, pps. 50-61.

Martin Chalkley, Jame M. Malcomson, “Government Purchasing of Health Services”, Handbook of Health Economics, volume 1, 2000, pps. 849-890.

Joseph P. Newhouse, “Reimbursement under Uncertainty. What to Do if One cannot Identify and Efficient Hospital”, RAND; pps. 60.