

LO PUBLICO EN LO PRIVADO (I):

LOS NUEVOS PARADIGMAS EN LA PROVISION PUBLICA DE BIENES PRIVADOS PREFERENTES. EL CASO DE LA SANIDAD

Guillem López-Casasnovas

**Depto. de Economía de la Univ. Pompeu Fabra
y Centro de Investigación en Economía y
Salud^(*).**

PREAMBULO

Si tres palabras definen la situación por la que atraviesa el sistema sanitario español, éstas podrían ser las de ‘enrocamiento’, ‘cortoplacismo’ y ‘angustia vital’ (o permanente cuestionamiento infructuoso de su viabilidad). A ello podría añadirse la contradicción creciente que se impone entre unas políticas económicas tendentes a la liberalización y desregulación para dejar que el mercado actúe como mejor asignador de recursos y los delirios crecientes de planificación del sistema sanitario. Nótese, por lo demás, que generalizadas las transferencias sanitarias a todas las CC.AA., no queda claro que normas básicas i mecanismos de coordinación puedan servir a esta desregulación, al menos en el terreno de la separación de funciones entre financiación, aseguramiento y prestación o provisión. Falta en definitiva pronunciarse por un cambio y modernización del sistema sanitario. Y a este respecto, más financiación, difícilmente va a ser la solución (“Cash is not cure”, como apuntaba hace poco *The Economist* sobre el tema).

Bien es cierto que el contenido y situación que dichas palabras intentan describir no está muy alejada de lo que acontece en otros ámbitos del sector público, por lo que la primera sección del presente trabajo revisa el contexto general en el que se enmarca la intervención del sector público en la economía, para centrarse a continuación en los aspectos más específicos a las estructuras sanitarias así como a las valoraciones sobre los niveles de gasto. El acudir al cuestionamiento de lo macro (organización y financiación) antes de reconsiderar lo micro (el profesionalismo y la gestión clínica), es

^(*) – El texto se ha beneficiado de los comentarios de Vicente Ortún. Se desea dejar constancia del apoyo financiero de la presente línea de investigación al Ministerio de Ciencia y Tecnología SEC2000-1087.

comprensible al estar el sistema actual basado en la desresponsabilización sistémica (quién toma el toro por los cuernos), y a ésta se suelen asociar las supuestas deficiencias asistenciales hoy observadas.

A juicio del autor conviene un cambio de óptica, refundando la idea de sistema de aseguramiento social (frente a la actual concepción de servicio nacional de salud), sin que ello haya de suponer necesariamente un *big bang* en nuestro sistema sanitario. A la vez, continúa haciendo falta una buena dosis de 'radicalismo selectivo' para mostrar las potencialidades de algunos cambios. Así, como recuerda Ortún (2002)¹, la tarea del gestor sanitario pasa por reducir la brecha entre lo que tecnología y recursos permiten y lo que en realidad se consigue. En este sentido, no se trata de 'saber más' sino de aplicar lo que se sabe. De igual modo, la capacidad resolutive constituye la mejor expresión de la eficiencia en la clínica.

Conviene también al respecto eliminar temores infundados: en particular, con relación a un potencial deterioro de la cohesión social de la que es tan importante protagonista la equidad de nuestro sistema sanitario. Dicho lo anterior, cohesión no es uniformidad: es curioso señalar los pocos trabajos que aporten evidencia de la falta de equidad del sistema en términos reales, más allá de las superficialidades equívocas.

¹ - V. Ortún (2002) La reforma de la Sanidad, en '*Las Estructuras del Bienestar*' S. Muñoz y otros, Civitas y Escuela Libre Editorial, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los problemas por los que atraviesa el análisis, definición y gestión del cambio en la sanidad no son excluyentes de dicho sector y se entroncan con los casos de otros ámbitos de la actividad pública como puede ser la educación o las prestaciones sociales en general. La dificultad de acometer reformas en la actuación pública tiene por supuesto causas políticas y sociológicas, pero es también el resultado de una determinada manera de entender el sector público en la que han pesado muy escasamente los aspectos de gestión y de análisis de los mecanismos de actuación. De hecho las políticas sociales tienen que ver a menudo con la complacencia a dos clientes de alto rendimiento electoral: los pensionistas y los sindicatos y funcionarios.

Puede incluso que la falta de atención a la operativa que haya de revestir la actuación pública suponga uno de los grandes, quizás el mayor déficit de la economía pública. En efecto, la Hacienda normativa ha mostrado un mayor interés en la identificación del fallo de mercado como justificante de la intervención pública y de las ganancias potenciales en el excedente de bienestar social alcanzable con su corrección, que en los instrumentos necesarios para que dicha corrección se consiga de una manera eficaz (y además sea 'eficiente').

La importancia de centrar el debate también en los instrumentos la ha provocado, entre otras, la postura adoptada por la denominada Escuela de Economía de Chicago. Su posición consiste en trasladar la carga de la prueba de la actuación pública no precisamente (o no sólo tanto) en cuanto a objetivos como a medios. Así, lo que ha de justificar la acción pública es su ventaja comparativa respecto de la acción privada, una vez incorporados los efectos reales derivados de su implementación. Dicho de otro modo, no es suficiente detectar una quiebra del mercado para que el sector público actúe. Ello no otorga 'patente de corso' alguna para el sector público, ya que al fallo de mercado puede que en la práctica quepa contraponen el fallo de la actuación pública, por lo que 'el remedio' puede ser en algunos casos 'peor que la enfermedad'. Así, la ganancia de eficiencia de una intervención pública a favor de los consumidores, pongamos por caso, en un supuesto de competencia imperfecta o monopolio, puede 'expoliarla' la actuación pública. Los costes de ineficiencia institucional pueden acabar desplazando las curvas de costes (aumentándolos) eliminando las ganancias postuladas al reducir las pérdidas de bienestar. Como resultado, con la actuación pública podemos

acabar transfiriendo excedente de los consumidores o productores privados a los burócratas, alejándonos de los objetivos sociales que justificaban la misma intervención. De ahí por tanto la importancia de los estudios que analizan el balance entre puntos fuertes y débiles de la actuación pública sobre el terreno, a la vista de la realidad contrastable con datos empíricos.

Es relevante destacar también la poca capacidad de discriminar que existe entre titularidad pública y gestión, que parecen corresponderse en el sentido de que toda titularidad conlleva necesariamente gestión de tipo administrativo, cuando podría darse perfectamente un marco de titularidad pública con gestión empresarial siempre que los resultados contasen en la asignación de los recursos mas allá de la lógica presupuestaria.

I.- LA CONVENIENCIA DE REPLANTEARSE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN EL CAMBIO DE MILENIO

I.1- El análisis del *cómo* de las actuaciones públicas.

Diversas son las razones para repensar, en general, el modo de actuación pública en la economía. Algunos las relacionan a la propia crisis del estado de bienestar, entendida como crisis de las finanzas públicas. No entraremos a discutir la plausibilidad de dicho argumento para nuestro país, habida cuenta que del gasto público español, a nuestro entender, debe preocupar más su dinámica que la estática comparativa de los niveles hasta hoy alcanzados. Creemos que conviene simplemente replantear el modelo tradicional de gestión pública asociada a un determinado modo de intervención, simplemente por pura ‘higiene’: esto es, por una práctica de revisión (intelectual cuando menos) contra las inercias y los hábitos adquiridos y que con el tiempo dejan de responder a las necesidades que plantea un contexto cambiante para satisfacer tan sólo los intereses del status quo.

En efecto, el presente contexto viene hoy marcado en buena medida por la incidencia social que adquieren lo que se pueden denominar ‘economías de alto rendimiento’: la sociedad hoy, a diferencia de la del pasado, fluye a ritmo diferente (transacciones económicas, globalización tecnológica, flujos migratorios) al que ha sido habitual en las últimas décadas. Con ello adquiere relevancia el papel del sector público no ya como ente productor director de servicios, sino como responsable de proveer el marco o contorno general para el desarrollo económico y la creación de capital social. Nos estamos refiriendo al nuevo papel del sector público centrado en favorecer la estabilidad institucional, la credibilidad de los compromisos entre los distintos agentes económicos, así como favorecer las condiciones que legitiman la competencia (igualación de oportunidades, redes de salvaguarda den apoyatura a los resultados menos deseables de la competencia, etc.)². De modo similar, se pretende que el sector público adquiera como foco de atención preferente no sólo la formación de capital público (productivo –

² - Así, por ejemplo, la valoración que se hace del sector pública supera hoy la exclusiva consideración de ratios financieros (gasto de las administraciones públicas sobre el PIB) o físicos (empleo público sobre empleo total), para centrarse en aspectos tales como los recogidos, pongamos por caso, en la ‘International Country Risk Guide’ o de la ‘Business Environmental Risk Intelligence Unit’. Estos incluyen variables tales como índices de riesgo expropiatorio, registro de estatalizaciones, grado de cumplimiento legal (en materia de seguridad de la propiedad), índice de retrasos administrativos, grado de corrupción, niveles de

infraestructuras, equipamiento, etc.-, y también capital humano –educación, sanidad, habitat digno, etc), sino también de capital social, entendido éste como el entramado de redes sociales y de reciprocidad y confianza que se generan entre los miembros de una comunidad a través de la experiencia surgida de la interacción social y de la cooperación. Ello requiere a) fundamentar bases de participación hacia unos objetivos compartidos como sociedad; b) favorecer unas identidades comunes que se reflejen en las interacciones cotidianas (asociacionismo), y c) incentivar que se comparta una inversión emocional a través de la que la gente se vincule a la comunidad (valores).

El que sea el sector público capaz de conseguir el objetivo anterior a través de sus políticas educativas, sanitarias y de regulación social en general, puede resultar decisivo para el futuro. Dicho futuro se enmarca en procesos de internacionalización mercantil de los bienes y servicios comerciables, quedando el sector de servicios personales, y los servicios públicos en particular, al margen de la presión competitiva. Como resultado, es previsible que un sector público ‘eficiente’, que ayude el desarrollo económico y no sea un lastre por su excesiva presión fiscal y gasto superfluo, resulte decisivo para la competitividad futuro de los países. Este hecho relevante debería acompañarse del reconocimiento, además, de un importante hecho sociológico. Nos referimos a la presencia en estos sectores de profesionales del conocimiento cuya aportación precisamente se basa en la capacidad de aplicar sus habilidades en decisiones resolutivas de los problemas de los ciudadanos y de la satisfacción de los mismos con ese tipo de servicios. Dichos colectivos emergentes tienen una gran influencia en términos electorales y mediáticos en tanto que tienden a ocupar el centro del espectro. Por lo tanto, con casi un 50% de renta asignado por procesos distintos a los propios del mercado (esto es, el conjunto del gasto de las Administraciones Públicas representa casi la mitad del PIB), los algoritmos de comportamiento de la ‘mano visible’ de las instituciones públicas devienen cruciales.

fiabilidad o revocabilidad de decisiones administrativas (como indicadores de la ‘calidad’ de la burocracia) y nivel de eficacia contractual y tasas de repudio en materia de credibilidad de los compromisos.

I.2--La necesidad de replantearse el ‘qué’ de la actuación pública

A la necesaria discusión del replanteamiento de la actuación pública en la economía ha contribuido de forma destacada los recientes Informes sobre el Desarrollo Mundial. En dichos Informes se destaca de manera diáfana los ámbitos en los que la intervención pública debe mantenerse o incluso verse aumentada, y aquellos otros en los que puede dejar de hacerlo. En el primer frente, el Estado, al margen de asegurar el contexto general de la economía ya comentado y, en particular, la credibilidad de las políticas públicas (en su elaboración y aplicación –contra la corrupción- y encauzando las garantías formales ante los derechos de propiedad reconocidos), ha de responder a los nuevos retos. Estos se remiten a (i) promover la acción colectiva internacional en materia de I+D, de salud pública, medio ambiente, comercio,...) (ii) la protección de datos y garantías de la persona ante los avances del genoma y compensaciones óptimas de seguro y reaseguro, en las políticas sanitarias y de formación de capital humano en general, entre otras; (iii) establecer la regulación interna y la tutela que evite las externalidades sociales negativas de las crisis financieras y bancarias o de salud pública, y transparentar en mejor medida la información existente contra las asimetrías que la corrupción explota de manera fraudulenta.

A cambio, el Estado puede ‘dejar de hacer’, en buena medida algunas intervenciones que se pudieron justificar en su día, y ya no hoy, en razón a argumentos de monopolio natural (explotación directa de las redes de transporte, de telecomunicaciones,...), de supuesto interés estratégico (los grandes servicios eléctricos, las industrias básicas, de gas,..) o por tutela de bienes preferentes que la evolución social ha convertido en redundantes (en materia educativa postsecundaria, servicios de salud complementarios, etc.)³.

No hay duda no obstante que ello exigirá probablemente asumir retos hasta hoy no abordados; y, fundamentalmente, el que representa la delegación de poder político en consejos de gobierno o administración de las empresas públicas o entes públicos de cualquier naturaleza. La gobernabilidad profesionalizada se puede ir imponiendo como necesaria ante la magnitud de la insuficiencia de una gobernabilidad fundamentada en la ‘sociedad civil’, basada en la mera representación y ‘reparto’ de dicha representación.

³ - Véase J. E. Stiglitz ‘Replanteamiento del papel económico del estado: bienes privados suministrados públicamente’ en G. López Casanovas (dir) Análisis Económico de la Sanidad. Colección Fulls Econòmics. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1994,

En resumen, observamos en la práctica de la actuación pública un pequeño núcleo de actividades en el que el Estado actúa con el beneplácito (esto es, a requerimiento) del sector privado y de la ciudadanía en general: así en supuestos en los que el fallo de mercado lo corrige de manera eficiente la actuación pública consiguiendo una mejora *paretiana* del bienestar (nadie pierde y alguien gana: ante mercados incompletos, oferta insuficiente, situaciones de dilema de prisionero, etc.). Pero a su vez, existe una amplia corona de actividades en provisión de bienes y servicios considerados socialmente preferentes, privados por su naturaleza, aunque de especial protección en razón de consideraciones sociales (políticas) expresadas en regulaciones (educación obligatoria hasta una cierta edad, normativa general para la garantía de acceso a los servicios sanitarios para todos los ciudadanos, etc.). Si atendemos a la importancia cuantitativa de ambos tipos de actividades, una simple ojeada al gasto funcional de las administraciones públicas muestra como en prácticamente ningún país occidental el componente del núcleo duro de servicios generales, defensa, protección y seguridad ciudadana, promoción social, acción legislativa etc., supera la cifra del 20% del gasto (un 10% para España).

Dicho de otro modo, la mayor parte de la actuación pública (en torno a un 60% del gasto) se relaciona con actividades sociales que no constituyen bienes públicos sino servicios preferentes (provisión de bienes y servicios tales como la educación, la sanidad, la cultura, la vivienda o el bienestar comunitario), y con actividades económicas (infraestructuras y comunicaciones, subvenciones a sectores productivos) y de servicio de la deuda.

Por lo tanto, observamos en la acción del Estado un pequeño núcleo caracterizado por (i) la ausencia de mercado para suministrar dichos bienes: en gestión pública, poco hay que emular pues de una gestión privada que no existe (bienes de consumo no rival, inaplicabilidad de precios que excluyan del consumo para su financiación), (ii) unos resultados de actividad *-outputs* (intermedios) y *outcomes* (finales)- mayormente ambiguos como para poder especificar mínimamente una función de producción o de costes que permita su control y el análisis de su rendimiento económico financiero, (iii) una preocupación creciente para garantizar la fiducia y honestidad en el uso de dichos recursos a través de mecanismos de control, de tutela de la legalidad de modo previo y concomitante que evite el despilfarro o la corrupción.

Para dichas actividades, la exigencia no puede ser otra que la derivada de la propia evaluación económica, la transparencia en la decisión en términos de costes y beneficios sociales y la mejor observancia de medidas y garantías procedimentales.

Se trata, como se puede comprobar, de un panorama completamente diferente a lo que acontece con la parte más importante de la actuación pública (i) para la que el mercado pugna (por ejemplo en educación o en sanidad) por lograr su suministro, con o sin financiación pública; (ii) para la que no existe un referente normativo o estructural que justifique el mantenimiento de dicha intervención (es la consideración política –y por tanto, coyuntural, ideológica- la que la justifica), y (iii) que ha de mostrar, mientras su provisión permanezca en la órbita pública, su mejor eficiencia -adecuación fines/medios-, ante la ‘impugnabilidad’ social de una posible devolución a la esfera privada de la economía (privatizaciones o cambios de regulación que limitan el campo de lo considerado ‘obligatorio público’).

En ambos casos a ello se puede añadir la interfase que permite la distinción entre provisión pública (responsabilidad, financiación) y producción, ya sea ésta pública o privada, con lo que la gestión pública ha de mostrar las ventajas sobre la gestión privada no sólo en términos de control de recursos (buena administración) sino también de eficiencia (vistas las alternativas posibles).

En general, cabe exigir pues un debate más profundo sobre los medios de la actuación pública: contra la presupuestación laxa o maquillada, a favor de introducir en lo posible la idea de financiación como compra prospectiva de actividad, con la creación de agencias públicas con control centrado más en resultados que en inputs, en las que existen mecanismos de ‘salida’ (elección del usuario: la financiación sigue su elección, y sin remitir al usuario a cual sea la institución que previamente recibió la financiación), buscando favorecer mecanismos de simulación de competencia, mercados internos dentro del sector público y contratación externa.

I.3-...aunque ‘no todo vale’.

En efecto, no en todos los casos instrumentos y políticas son igualmente aplicables. Se impone una cierta precaución acerca de los ámbitos en los que las políticas inciden. A veces puede tratarse de actuaciones tan diversas como las dirigidas a la salvaguarda de derechos individuales frente a intereses colectivos, o viceversa; de actuaciones que modifican derechos o expectativas de derechos; de decisiones que tienen un alcance colectivo o limitado (discriminatorio), etc. Igualmente, puede resultar conveniente

distinguir las actuaciones relativas a 'hacer' de aquellas otras destinadas a 'evitar', o entre las que introducen beneficios, de las que implican penalizaciones. Finalmente, cabe también distinguir aquellas actuaciones que tienen carácter distributivo, de las que tienen naturaleza redistributiva, ya que van a ser distintas las consecuencias de actuar previamente a la obtención de unos derechos, a una vez los derechos se han singularizado ya en el plano individual: por ejemplo, en materia de regulación de precios o rentas mínimas, versus una política fiscal de exacciones progresivas.

Así, en general, cuanto más afecte la decisión a contenidos materiales o derechos substanciales, y más discriminatoria y singularizada sea la actuación pública, y mayores efectos redistributivos genere, se tenderá a exigir más cautelas a dicha intervención. En consecuencia, mayor peso tendrán los controles administrativos y más reducida deberá ser, previsiblemente, la autonomía de actuación de los gestores públicos.

II- EL CASO DE LA SANIDAD

Antes de derivar argumentos concretos para replantear la actuación pública en el sector de cuidados de la salud, resulta conveniente, en primer lugar, recuperar la justificación misma de la intervención pública en la sanidad.

Existen para ello dos grandes argumentos: 1- los relativos a la mejora del bienestar colectivo que se deriva de la corrección de los fallos de mercado en sanidad, y 2- la mejora del bienestar social que determinadas formas de intervención redistributiva en materia de salud pueden provocar.

Las dos líneas argumentales son igualmente válidas, aunque su valor prescriptivo difiere, por lo que no conviene confundirlas. La corrección del fallo de mercado ofrece un argumento de carácter estructural o normativo, en el sentido de suponer una justificación bien fundada teóricamente y no susceptible de falseamiento factual. El argumento distributivo, sin embargo, tiene que ver con consideraciones éticas, con juicios políticos, que tienen la validez que les puede otorgar el marco legal o la prescripción de políticas públicas democráticas en cada momento vigentes. Al mayor reclamo social de esta última justificación se contraponen, sin embargo, su carácter coyuntural, cambiante en la medida en que varíe el estrato social y político que lo sostenga.

Veamos cada uno de dichos argumentos con un poco de detalle.

II.1 -La intervención pública como mejora *pareto* dominante del bienestar colectivo

Supera el espacio aquí disponible, aunque no resulta excesivamente complejo⁴, demostrar que cuando los riesgos sanitarios de los individuos son heterogéneos, y la información sobre dichos riesgos constituye una materia privada (sólo los individuos conocen realmente dichos riesgos), una política pública que fuerce un determinado nivel obligatorio de cobertura sanitaria es *pareto* superior (y por ello socialmente preferible) a todas sus alternativas. La intuición para ello es que si no resulta sencillo distinguir entre individuos sanos y enfermos (ciudadanos con riesgos bajos y altos de salud), los segundos suscribirán los contratos potenciales de los primeros, quienes se verán imposibilitados de contratar el nivel de aseguramiento deseado. Subsidiar los

⁴ Véase, por ejemplo, Zweifel y Breyer en *Health Economics*, Oxford Univ. Press, 1997, pps. 136-154

riesgos altos hasta un determinado nivel, obligando con ello a todos los ciudadanos a un nivel de aseguramiento a prima comunitaria única, permite, alternativamente, que cada grupo de riesgo complemente de manera privada sus prestaciones aseguradas con grados superiores de bienestar que los resultantes de un sistema fundado en un *pool* único de seguro, que en ningún caso supondría un equilibrio estable⁵.

Nótese en este extremo que no existe posibilidad de discriminación por parte del ente o entes aseguradores (se desconocen los riesgos sanitarios de la población), los individuos eligen contratos (un número limitado de combinaciones de niveles de aseguramiento a partir de las correspondientes primas), son adversos al riesgo (sus funciones de utilidad son cóncavas) y es su objetivo final adecuar sus rentas antes y después del surgimiento de las contingencias sanitarias. Ello resulta de aceptar en primer lugar una disminución de renta por el importe de la prima cuando se está sano, para ver su renta compensada en caso de enfermedad (a la vista de su coste) con la indemnización pertinente. Dado que los riesgos son diferentes, no existe un equilibrio que establezca un único *pool* (comprehensivo, general, global) de riesgos, ni puede el mercado privado ofrecer un equilibrio separador óptimo.

La razón de lo primero es obvia, ya que ello supondría imponer sacrificios de bienestar a los individuos de bajo riesgo, por lo que haría falta ponderar explícitamente su bienestar por debajo de las ganancias de los individuos de alto riesgo para derivar su bondad. Pero esto último, claro está, nos situaría ya en la línea de la redistribución y de los valores éticos, a los que de momento, no hemos necesitado hacer referencia alguna para justificar la intervención pública. La causa del fallo de mercado estriba en que los contratos separadores no suponen un equilibrio cuando las partes pueden ‘esconder’ sus niveles de riesgo, confundiendo de este modo sus posiciones respectivas ante el riesgo sanitario: una forma como otra cualquiera de externalidad negativa que impide que el mercado sin intervención consiga un equilibrio separador (actuarialmente justo

⁵ Equilibrio significa en este contexto el que la población adquiere el nivel de aseguramiento deseado y los aseguradores alcanzan beneficios extraordinarios nulos. Son de gran interés a este respecto los trabajos de M. Kiffman (‘Community rating in health insurance and different benefit packages’) y de B.O. Hansen and H. Keiding (‘Alternative health insurance schemes: A welfare comparison’) y el de P.M. Danzon (‘Welfare effects of supplementary insurance’), todos ellos en el *Journal of Health Economics*, vol. 21, no 5 (2002) y el trabajo precedente de M. Rothschild y J. Stiglitz (‘Equilibrium in insurance markets: an essay on the economics of the imperfect information’, *Quarterly Journal of Economics* 90, 1976) y el de B. Dahlby (‘Adverse selection and pareto improvements through compulsory insurance’, *Public Choice* 37, 1981).

para cada individuo). Por lo tanto, corregir dicha externalidad, ofreciendo el subsidio necesario por parte de los individuos de bajo riesgo a los de riesgo alto puede generar un incremento del beneficio global. Es para la población en su conjunto que el aseguramiento es entonces 'justo' desde el punto de vista actuarial. Como dicha forma de corrección deviene un bien público (no existen incentivos para su provisión), una forma de actuación que exija la obligatoriedad del aseguramiento puede aumentar el bienestar social.

II.2-Implicaciones para la regulación de los servicios sanitarios

Los individuos de riesgo alto se benefician de la intervención por el hecho de que se establece una prima uniforme de modo obligatorio, independientemente del riesgo sanitario de la población, y los individuos con niveles de riesgo bajos pueden, consecuentemente, acceder al aseguramiento complementario sin verse por ello 'contaminados' por la presencia de individuos de riesgo alto. De dicha intervención no resulta un aseguramiento público omni-comprehensivo, sino tan sólo subsidiador de parte de los costes o prestaciones de modo igual para todos los colectivos. Tampoco resulta de la argumentación teórica anterior la gratuidad del suministro sanitario, sino la provisión a una prima uniforme (no discriminatoria, no ajustada en este intervalo según el riesgo actuarial individual). Tampoco dicha política de corrección del fallo de mercado supone la abolición general de criterios de capacidad de pago en la asistencia sanitaria, sino la necesidad de reformularlos en favor del bienestar social máximo. Si deseáramos introducir en la provisión sanitaria criterios imperativos, por ejemplo de equidad categórica, tales como la abolición del criterio de capacidad de pago en aseguramiento sanitario, su éxito se conseguiría, desde esta óptica, en mayor medida y a coste inferior, actuando vía transferencias monetarias sobre la propia capacidad de pago individual: así a los grupos de renta baja para conseguir por sí mismos dicha capacidad, sin subsidio alguno a los más ricos. Sobre dichas cuestiones profundizaremos más adelante con un mayor detalle.

Nótese, sin embargo que, de momento, las calificaciones son importantes: estamos refiriéndonos a (i) estructuras sanitarias intervenidas bajo compulsión pública en el nivel regulatorio (y no con la abolición del sector privado), de aseguramiento (con resarcimiento de costes) y no necesariamente a suministro sanitario directo (con un sector público involucrado en su producción); (ii) que la obligatoriedad no implica

universalidad (no excluye la necesidad de priorizar), y (iii) que el establecimiento de prima uniforme o comunitaria no equivale a gratuidad (nada es gratuito en un mundo de recursos escasos).

Dicho lo anterior, deberían contemplarse complementariedades entre niveles de complejidad y severidad en prestaciones sanitarias cubiertos por núcleos administrativos duros, y la provisión con carácter empresarial de otros aspectos o niveles que acompañan dichas prestaciones. Igualmente es importante en términos de gestión comprobar los efectos de crear mercados en el terreno de los llamados productos intermedios que de hecho sustentan el peso relevante en términos clínicos y económicos de las decisiones clínicas.

II.3- Otros argumentos

Pese a ser el anterior el argumento fundamental seguido hasta el momento para el aseguramiento social, en el análisis de la justificación de la intervención pública en el sector de cuidados de la salud, no es el único posible. Otros argumentos pueden derivarse de:

a) la existencia de poder monopólico en la oferta de cuidados de salud. Ello se puede deber tanto a los efectos derivados del otorgamiento de licencias para el ejercicio de la actividad profesional, lo que limita la operatividad del mercado, como a la existencia fáctica de un único proveedor sobre la geografía. De todos modos, la intervención pública- como mínimo regulatoria- se debería aquí producir de acuerdo con una cuestión de hecho y no por tratarse de un rasgo estructural, determinante permanente de la actuación pública⁶.

b) La posible existencia de externalidades se ha aducido también como elemento de justificación. Se trata sin embargo de un argumento de por sí limitado a una esfera de actuaciones sanitarias reducidas, tales como las relativas a enfermedades transmisibles o contagiosas y, más matizadamente, a casos en que existe altruismo comunitario: socialmente se desea la redistribución, pero no existen incentivos individuales a realizarla, ya que una vez producida, ésta deviene bien público (beneficia a todos por igual, hayan o no contribuido a su financiación).

⁶ - El informe de la Reserva Federal Alemana ya señalaba en el 98 que cualquier sistema privado o público que no tuviera incentivos no podría en forma alguna alcanzar eficiencia social o económica. Los trabajadores del conocimiento, en terminología de Drucker, precisan de un sistema de incentivos cuando menos de tipo intrínseco i trascendente. Toda actuación monopolística y especialmente aquella que se da

c) Al anterior argumento se pueden añadir algunos casos en que la información se convierte también en bien público (beneficia a todos potencialmente por igual y el consumo por parte de un individuo no va en detrimento del que otro pueda realizar). De todos modos, conviene de nuevo cierta precaución en la utilización de dichos argumentos en cuanto no otorgan una justificación genérica a la actuación pública, sino específica en materias concretas (información sobre efectividad de servicios, control de tarifas, vacunaciones, etc.) que ni tan siquiera pueden acabar requiriendo, en la mayoría de los casos, instrumentos de intervención distintos a los de la pura regulación.

d) Finalmente, una última línea argumental para justificar la intervención pública es la del fallo de mercado por ausencia precisamente de mercados de cobertura sanitaria, por ejemplo, para determinadas patologías o tipos de pacientes. Conviene de nuevo, sin embargo, ser cuidadoso sobre dicha justificación, ya que puede darse el caso de que dicha ausencia se deba a que los pacientes buscan del legislador subsidios que garanticen acceso al mercado de aseguramiento a primas inferiores a las actuarialmente justas, por lo que más que ante un mercado incompleto estaríamos, de hecho, ante un objetivo de búsqueda de rentas redistributivas. Ello se sitúa fuera del tratamiento hasta ahora realizado en cuanto a la justificación de las estructuras de bienestar en la sanidad por el lado de la eficiencia y el bienestar social.

II.4- La importancia de los argumentos redistributivos en sanidad

Para algunos, la intervención pública en el sector sanitario, como pieza más del Estado del bienestar, no tiene otras razones que las redistributivas. No se trata de corregir un posible no funcionamiento del mercado, sino de evitar lo que en todo caso puedan ser los resultados de su operación. Se trata con ello de formular un determinado imperativo o restricción de equidad, cuyo cumplimiento supone costes en términos de eficiencia que se deben, simplemente, de asumir. Así, por ejemplo, socialmente podría postularse que tratamientos que afectasen las necesidades vitales se deberían cubrir independientemente de las capacidades financieras que puedan tener los individuos, o que el objetivo de igualación de oportunidades iniciales determinadas por la naturaleza exige cobertura sanitaria gratuita en el punto de acceso para todos los que no dispongan de un determinado umbral de renta, o que ha de prevalecer en el suministro de los

sobre el mercado laboral impide, socava y provoca una progresiva y desesperante desmotivación no recuperable por los medios habituales.

servicios el principio de no discriminación, independientemente del estado de salud de los individuos.

Se entra con dicha argumentación en el campo de las ponderaciones comunitarias sobre el valor social del bienestar individual. Un terreno legítimo pero mucho más complejo, ambiguo y vinculado a percepciones morales, no todas ellas con igual nivel de consenso. Ello es particularmente cierto cuando pasamos de las grandes palabras al plano operativo concreto. Así, por ejemplo, en lo que se refiere a la discusión sobre:

(i) si los argumentos de preservación de vida exigen tratamientos gratuitos mientras generen éstos beneficios adicionales, aunque mínimos, independientemente de sus costes marginales,

(ii) si la cobertura universal se ha de entender tan sólo para las situaciones catastróficas o para todas ellas, incluidas las rutinarias y previsibles,

(iii) si el Estado ha de garantizar las prestaciones sanitarias para toda la población o sólo para los colectivos que no pueden afrontarlas, y en este caso

(iv) considerando o no la trayectoria vital del individuo (la edad ya alcanzada), su corresponsabilización con el estado de salud, etc.

Incluso para los autores que limitan su atención al argumento redistributivo para justificar la intervención pública (quien recibe qué y a expensas de quien), existen fuertes divergencias. Así,

a) en cuanto a qué se ha de entender por equidad en los servicios sanitarios: sólo igualdad de oportunidad, acceso a igual necesidad, o de resultado,

b) si la dotación inicial de salud del individuo y su propia capacidad de generar salud se han de considerar en la actuación pública, ya sea de manera positiva o negativa (o compensatoria, generando posibles efectos de riesgo moral),

c) si la edad ha de contar o no negativamente en materia asignativa, incluso a igual coste efectividad (con el argumento de que quienes ya han obtenido de la expectativa vital su alícuota esperable no debieran ser ya prioritarios tal como sugiere A. Williams en su argumento de 'Fair Innings'),

d) si la cobertura de protección social pública se ha de basar en el principio de 'rescate' indemnizador, o tan sólo suplir lo que, de otro modo, un 'buen padre de familia' debiera de haber considerado cubrir, y

e) hasta que punto los instrumentos para los correspondientes objetivos, sean cuales sean los comentados, requieren intervención pública directa o tan sólo indirecta o regulatoria .

Finalmente, conviene señalar un último argumento: el hecho de que toda ineficiencia acaba produciendo inequidad al asignar recursos o el hecho de mantenerlos ociosos cuando la demanda y las prioridades están planteadas taxativamente.

II.5- Implicaciones para la estructura (organización, financiación y gestión) de los servicios sanitarios

En el terreno de la política sanitaria, la discusión que se deriva de los anteriores argumentos se enraiza en tres elementos cruciales, según se dirija la actuación al servicio del objetivo distributivo prevalente

(i) a través de la financiación, a la búsqueda de la combinación deseada entre impuestos, precios y primas de seguro privado,

(ii) por la vía de la gestión y control de la provisión (cantidades producidas de servicios y priorización según tipología de colectivos destinatarios), y

(iii) en cuanto a la función de producción (sostenibilidad de los costes, en atención a la productividad de los inputs y retribución de los factores).

En un extremo se situarían los partidarios de

1- financiación impositiva exclusiva, basada en la tributación sobre la renta y no en la disponibilidad de compra (excluyente incluso la complementariedad procedente, potencialmente, del sector de aseguramiento sanitario privado);

2- bajo cobertura universal con participación obligatoria (sin posibilitar el ejercicio de optar por salir del sistema en financiación y utilización);

3- con inclusión de todas las prestaciones existentes (en el sentido de conocidas por los propios profesionales en el sistema sanitario);

4- y ejerciendo un control activo de costes, vía retribuciones de proveedores, presupuestos globales para las instituciones, seguimiento de la actividad inapropiada y estableciendo limitaciones sobre la capacidad asistencial y autorizaciones de equipamientos del sistema sanitario.

En el extremo opuesto se situarían los partidarios, aún compartiendo el objetivo redistributivo básico

- 1- de contribuciones basadas en renta para la financiación de la cobertura pública básica (ya sea esta simplemente la catastrófica o la resultante de una limitada política 'de catálogo', con o sin supuestos explícitos de coste efectividad);
- 2- el acompañamiento de prestaciones complementarias de la mano del aseguramiento adicional, público o privado, pero financiado exclusivamente con contribuciones sociales no graduadas de acuerdo con los riesgos individuales (es decir, a través de primas comunitarias que pueden diferir entre colectivos -por ejemplo según edad o sexo- pero no dentro de dichos colectivos);
- 3- manteniendo la obligatoriedad de pertenencia al sistema de cobertura (impidiendo la ruptura de la solidaridad en la financiación), aunque con descentralización de la función aseguradora bajo las condiciones de registro abierto y traspaso de financiación a partir de primas ajustadas por riesgo, y
- 4- producción privada bajo provisión (responsabilización) y financiación pública como principal elemento de gestión de servicios.

Nótese que, como no podía ser de otra manera, existen posiciones intermedias y que ambos extremos caben en el mismo terreno de juego de la redistribución social, aunque con despliegue de recursos y estrategia de juego diferentes, por lo que no caben, en principio, descalificaciones ideológicas apriorísticas.

De hecho, acabar optando por una estrategia u otra deviene una cuestión de creencia en la eficacia de los instrumentos (hasta que punto se validan éstos en términos de su éxito en las políticas de lucha contra la desigualdad, hasta que punto la redistribución que provocan es o no un simple trasiego de recursos entre grupos de profesionales y contribuyentes).

II.6- Otras perspectivas de análisis

Para los estudiosos de las perspectivas políticas de la intervención pública en sanidad, la óptica de análisis apropiada es la del conflicto de intereses: llevar el sector sanitario hacia un terreno u otro genera rentas para unos grupos en detrimento de otros; por ejemplo, para dichos autores las reformas sanitarias orientadas hacia el mercado buscarían eludir el control del estado (de sus funcionarios y políticos) para ampliar las rentas de los proveedores (retribuciones profesionales, presupuestos de instituciones e ingresos de laboratorios estarían por tanto en la base del apoyo o bloqueo de las

reformas), no por su creencia efectiva en el mercado competitivo -de hecho todos ellos buscan alguna forma de colusión-, sino en la relajación del control que impide el aumento de sus ganancias.

Aquí debería mencionarse que en condiciones de no cambio en los sistemas productivos o de provisión clásicos efectivamente se darían estos conflictos de intereses, y cabría pensar que podría dar de sí en enfocar la configuración de otro modelo en la provisión con el fundamento básico de constituir organizaciones de profesionales o empresas de conocimientos en que los valores de servicio y excelencia primaran sobre los meros intereses crematísticos.

Detrás de la limitación de la cobertura pública a las prestaciones básicas se situaría el interés de ciertos contribuyentes en ver reducida su factura fiscal (por ejemplo, financiadores que por diversas razones no son usuarios de los servicios públicos). Y bajo la prescripción de un mayor consumismo en los servicios públicos se escondería la aspiración de determinados usuarios a recibir una calidad asistencial individual más elevada, mejor acceso a ciertos servicios, etc.⁷ En resumen, se trataría de descubrir, y pronosticar incluso, la evolución de las reformas a la vista de la capacidad fáctica de cada uno de los agentes en llevar el agua a su puerto.

Desde la anterior perspectiva, la descentralización y la delegación de los poderes propios de la actuación pública en materia sanitaria es vista en este sentido como la cesión de prerrogativas estatales a determinados colectivos particulares (así en materia de licencias, patentes, etc.) que se acaban utilizando para preservar los derechos e intereses de unos pocos frente a los colectivos (resolviendo de este modo la cuestión de quien recibe qué a expensas de quien, antes comentada). En este sentido autores como Klein⁸ entrevén en las reformas sanitarias británicas la ruptura del pacto histórico establecido en el sistema sanitario entre políticos y médicos. Según dicha interpretación, el pacto inicial consistió en extender la financiación pública a la actividad de los profesionales, para que a cambio de un comportamiento 'razonable' en costes no vieran los profesionales interferida su libertad clínica. El gerencialismo, al interponer la economía en dicho pacto, ha venido a minar la confianza mutua previamente existente sobre los términos de la relación.

⁷ *Going for gold*, R. Evans Nuffield Occasional Papers on Health Economics, n 3, 1998.

⁸ *The Politics of the NHS*, R. Klein, Longman, Londres, 2a edición, 1989.

En muchos de dichos trabajos, el pronóstico final acerca de la implantación de unos u otros instrumentos en el terreno de la intervención pública va a depender de la valoración que de ellos hagan los actores, por ejemplo, a) de como los profesionales mejoren sus rentas a cambio de la libertad clínica que con ello están dispuestos a sacrificar b) que alianzas farmacéuticas se pueden establecer integrando la cadena de valor del medicamento con los distintos agentes que en ella intervienen (cómo se pueden repartir sus rentas las oficinas farmacéuticas y los médicos gestores de patologías) para maximizar sus márgenes, o c) que apoyo conseguirán de las clases medias determinadas clases privilegiadas para conseguir los propios objetivos últimos de rebelión fiscal (reducción de la factura tributaria eliminando estado de bienestar).

En resumen, hemos querido separar en las anteriores secciones, el hilo argumental de la intervención pública en el sector de cuidados de salud en

(i) un referente normativo estructural (mejoras inequívocas de bienestar social, sin necesidad de ponderaciones utilitaristas ni concreción de valoraciones políticas) que se expresaría en la obligatoriedad de determinado nivel de aseguramiento público y el mantenimiento de aseguramiento privado complementario, y

(ii) otro referente redistributivo distinto, de política pública (de medios e instrumentos de actuación estatal), que resulta tan coyuntural como lo puedan ser las opiniones en las que se sustenta, aunque con un fuerte arraigo social al vincularse a las realidades existentes en la mayoría de los sistemas nacionales de salud.

Queremos con ello destacar que la revisión de las estructuras de bienestar en sanidad tienen por un lado unos límites teóricos: el mercado dejado a su lógica es *pareto* dominado por una determinada intervención pública, que concretaríamos en que las reformas tendrían su límite natural en la imposibilidad de permitir el *opting out* total del sistema sanitario (ruptura del aseguramiento sanitario), y por otro lado, fronteras ideológicas que sólo la democracia y la transparencia puede legitimar o deslegitimar. Se trata éste último de un tema más difuso en lo que atañe a su capacidad de orientar reformas sanitarias, ya que difiere en sus interpretaciones. En este sentido, la economía de la salud se debe centrar posiblemente, en la presente disyuntiva, en ayudar a analizar la eficacia de los instrumentos para cualquiera que sea la definición de los objetivos políticos formulados, mostrando los balances o *trade-offs* existentes entre las distintas

opciones, y favorecer los estudios empíricos acerca de la efectividad real de los instrumentos de intervención. En este sentido, ni el Estado ni el mercado deberían entenderse como fines en si mismos, sino como instrumentos al servicio de la mejora del bienestar social en cualesquiera de sus interpretaciones políticamente establecidas.

Decimos que el sector sanitario puede quedar fácilmente atrapado en el status quo actual, y ser incapaz por tanto de responder a las nuevas necesidades sociales. Ello se puede deber, entre otras razones, a las mismas raíces del universalismo (beneficios que se acostumbran a presentar como 'necesarios' para todos), del cortoplacismo de las políticas sanitarias, que no favorecen grandes cambios, del corporativismo normal de los intereses hoy prevalentes, y la utilización a menudo de la sanidad como arma política electoral.

Es posible, por tanto, que la reorientación hacia un nuevo sistema de aseguramiento social impregne muy lentamente la sanidad del futuro. Ello acabaría sustituyendo la concepción inglesa del NHS (importada para la Ley General de Sanidad española con más de cincuenta años de retraso), de un Servicio que en definitiva se creó en una circunstancia muy diferente a la actual (en una etapa post-bélica de pobreza extrema, de los gobiernos conservadores 'compasivos' y con fuerte preeminencia de la responsabilidad social sobre la individual). Resulta difícil pensar que este instrumento, que tanto éxitos tuvo en el pasado para mejorar el bienestar de la población, sea extrapolable hoy para hacer frente a un futuro marcado por posibilidades anteriormente difícilmente imaginables, tales como la aparición de tests genéticos y de los tratamientos 'a la carta', la irrupción de nuevos y costosos medicamentos de 'estilo de vida', capacidades tecnológicas en las que prima el 'cuidar' sobre el 'curar' y unas fuertes expectativas para introducir elementos de bienestar individual, y no tan sólo de efectividad clínica, en la prestación sanitaria. Y por supuesto, en consonancia con todo ello, una mayor aceptación social de una mayor responsabilidad de la esfera individual frente la acción estatal colectiva⁹.

Pero es que además en este dilatado lapso de tiempo el gerencialismo entendiendo por tal la introducción de la medida económica en la actividad ha sufrido una importante y radical cambio en su concepción. Hoy ya no se trata de ganar la productividad bajando

⁹ -Tal como se reconoce en *Catalunya Demà*, 'La Sanitat', mimeo, Generalitat de Catalunya, 2001.

costes y actuando sobre la masa salarial como el principal de estos costes, sino introduciendo la gestión del conocimiento y de los talentos dándoles empowement en las organizaciones para que sean ellos , quienes tienen el conocimiento del que hay que hacer y de cómo hay que hacerlo los que señalen las mejoras y los cambios organizacionales que lleven a la eficiencia deseada.

III. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: El futuro frente a la situación actual

III.1- Los ejes del debate

Caracterizábamos al inicio la situación por la que atraviesa nuestro sistema sanitario en torno a dos ejes:

a) El enrocamiento y el cortoplacismo en sanidad

La conceptualización de los modelos ‘bismark’ versus ‘beveridge’ ha ayudado a una cierta dicotomía que está en las bases del enrocamiento del status quo actual. La anterior división de hecho atiende más a la historia y al origen de los modelos que a una realidad en lo que se refiere a sus contenidos. De hecho un sistema bismark basado en el hecho del alta en cotización como trabajador activo, deviene universal cuando se extiende el derecho a los pasivos y a los parados con financiación pública sustitutoria. De manera similar, un modelo basado en el concepto de contribuyente en lugar de cotizante se hace universal cuando se extiende la conjunto de la ciudadanía, incluida la inmigración ilegal. Por tanto es mejor atender a los contenidos de los modelos (formas de racionamiento, peso de los copagos y fuente de aplicación, colectivos exentos, etc.) que a su origen histórico o a la falaz diferencia entre cotizaciones e impuestos, como si las primeras no fueran en si mismas un impuesto sobre nóminas. Sin duda esta perspectiva ha tendido a identificar impuestos como superiores en términos de equidad a las cotizaciones y a los precios, pese a que obviamente ello va a depender de las formas concretas que adopten dichas figuras recaudatorias.

En cualquier caso, el punto de llegada de los sistemas sanitarios públicos parece ser el de una cierta universalidad. Y una vez en este punto el desenroque del supuesto ‘todo para todos y de la mejor calidad’ se hace muy difícil, aún aceptando que a igual financiación, determinadas actuaciones selectivas orientadas a determinados grupos que expresan una mayor capacidad/ necesidad de tratamiento serían superiores en términos de bienestar social. La idea universal supone enroque en razón a (i) favorecer un sentimiento de afectación generalizada en el mantenimiento o transformación de una realidad determinada; (ii) hace innecesaria la definición –siempre compleja-, de ‘*target groups*’ y procesos selectivos de políticas sanitarias que en este modo se visualizarían más y, pese a permitir mayor escrutinio social, como toda priorización aparejaría mayor

discusión política, (iii) genera la ilusión fiscal de que lo que el sistema no posibilita tiene consecuencias menos graves socialmente ya que afecta a todos por igual (como si lo que no se da se prohibiera, sin que juegue la capacidad de pago del individuo para su acceso final).

Por otro lado, es bien conocido que el enrocamiento procede de un estado de cosas en el que cualquier tentativa de cambio identifica –y moviliza- perjudicados concretos con el cambio, mientras que los potenciales beneficiarios no se reconocen como tales a efectos de defender la política en cuestión. Este es el caso pese a que se hayan podido identificar algunos cambios como claramente superiores en términos de bienestar y en el sentido paretiano (compensaciones posibilitan que los que ganan con el cambio superan a los que pierden), la visualización de dichas compensaciones no tiene aceptación social sencilla. Nótese que la ventaja como tal para un grupo determinado está en todo caso implícita en el *status quo*. Pero el hecho de aflorarla para su eliminación y compensación la hace evidente favoreciendo que se cuestionen la compensación por la abolición de la prerrogativa más que su mantenimiento. Finalmente, el enrocamiento viene fundado también en la relativa comodidad de unos colectivos profesionales que desean un ejercicio profesional autónomo y a tener garantizadas una rentas como si fuera posible compatibilizar una actuación por cuenta propia en el plano de la práctica con un una retribución como cuenta ajena en el plano financiero, sin asunción alguna de riesgo. A este eje contribuye como cierre la idea que negar la empresarialización (esconder el incentivo crematístico) equivale a entronizar el interés del paciente como motivación del sistema sanitario.

De manera adicional, comentábamos al principio como el cortoplacismo impregnaba también la realidad de nuestro sistema sanitario. Por un lado, las razones son políticas: el largo plazo en este terreno no existe y los beneficios futuros pesan mucho menos que los costes presentes; por otro, son de comportamiento comunitario: el paciente enfermo es intrínsecamente ‘corto plazo’ y domina sobre el ciudadano (como concepto y soporte fiscal de los costes del sistema, con un contenido de mayor largo plazo). Ello se relaciona también con el hecho que como grupo de identificación de intereses, los pacientes son un ‘cluster’ más homogéneo que el de los ciudadanos (para los que otras cosas menos inminentes que su enfermedad les separa: ideología política, edad, preferencias...), lo cual ha de prevenir contra la identificación de un mayor papel de los

ciudadanos en la relación sanitaria (*'empowerment'* en terminología anglosajona) con una atención más preferente a los intereses de los grupos de pacientes. En primer lugar, porque fácilmente puede ello encubrir los intereses de profesionales cuya actividad se relaciona con dichas patologías y, en segundo lugar, porque los costes de oportunidad relevantes son los sociales y transversales a distintas categorías de pacientes y no los específicos a un grupo en concreto. Finalmente, como efecto colateral al cortoplacismo cabe identificar que ello permite remitir los problemas de desigualdad en servicios sanitarios no a cuestiones de acceso, sino de utilización, como en el caso de las listas de espera. De nuevo lo inmediato primaría sobre acciones que afectan radicalmente a la equidad y que tienen más a ver con actuaciones intersectoriales que con financiación adicional de algunos servicios.

A falta de una redefinición de roles entre agentes con interés legítimo en el funcionamiento del sistema sanitario, puede acabar prevaleciendo cierto despotismo ilustrado ya sea en la construcción desde el profesionalismo de unos determinados valores éticos (que en realidad son sociales), ya sea desde el gerencialismo con un discurso *'eficientista'*, de justificación de más actividad independientemente de los niveles analizados de utilización adecuada -sobre o infra-, o puramente inapropiada. En realidad, el propio concepto de eficiencia social requiere efectividad, es decir que la productividad de la actividad asistencial se dirija al objetivo social determinado. Ello requiere en sí mismo unos instrumentos nuevos que se centren más, pongamos por ejemplo, en los *Clinical Risk Groups* (de base poblacional) que en los *Diagnosis Related Groups* o en los *Ambulatory Visit Groups*, de base asistencial.

Enrocamiento y cortoplacismo obligan a un cierto gradualismo en la gestión del cambio, con actuaciones radicalmente selectivas que pese a ello mantengan su atención a un horizonte a medio y largo plazo que de coherencias a dichas actuaciones, pese a su carácter marginal o corrector de tendencias. Son denominadores comunes de dichas tendencias una mayor empresarialización relativa, configurándose más centros de responsabilidad entre los diferentes *'centros de coste'* que integran el gasto de las instituciones, con los que pactar presupuestos por objetivos, tanto en el desarrollo de la atención primaria como de la especializada, y la generalización de órganos de gobierno que sobre el territorio coadyuven los niveles deseables de diálogo, integración y coordinación asistencial. Ello ha de ayudar a romper la segmentación asistencial de los

cuidados, la noción inflacionista que impide que las innovaciones tecnológicas sustituyan distintos componentes de la actividad de las instituciones, y la defensa de territorios particulares de las diferentes organizaciones. A su vez ello puede permitir una mayor liberalización (autonomía de los proveedores integrados) en materia de producción sanitaria (sobre la base de la gestión del episodio mórbido en su integridad) y de función de costes (contabilización de costes que en cuanto a elemento interno de gestión no debería tener relevancia en la regulación de las tarifas por parte del financiador). Finalmente, común a todo el proceso descrito es obviamente una mayor responsabilización a todos los niveles, también en el ámbito de profesionales y usuarios en el mejor uso de los recursos, que se asignan políticamente sobre base poblacional, identificando en su caso los grupos de riesgo de atención preferente objeto de escrutinio social. Ello equivale en la práctica en un modo u otro a descentralizar o desconcentrar la función de aseguramiento y facilitar de este modo la entrada del aseguramiento complementario a primas únicas o comunitarias (no individuales actuariales). Dicha complementariedad vendrá sin duda favorecida por la irrupción del aseguramiento de dependencia; por un lado, en razón de la propia incapacidad del sector público para financiar los cuidados de larga duración y, por otro, en razón al hecho de que al ser menor en estos nuevos contextos la asimetría de información entre proveedor y ciudadano, la capacidad de contratar niveles individuales óptimos de aseguramiento es mucho mayor.

Creemos podría ser muy relevante, poco ideológico y con repercusiones electorales positivas pasos hacia “políticas de devolución” hacia el ciudadano y en primer lugar de la de los datos básicos de su historial clínico. Su manejo y la responsabilización del ciudadano obligaría con mayor celeridad que cualquier otro proceso al reposicionamiento de todos los agentes diversos del sistema

b) La perspectiva de la sostenibilidad: ¿Es la realidad actual de nuestro sistema sanitario proyectable tal como es hoy para el futuro?

Ante lo "viejo" que no termina de morir y lo "nuevo" que no termina de nacer, las dudas son mayores, pero en todo caso su discusión irremplazable.

Por ello, no descubrimos nada nuevo si reconocemos que la presión social sobre el gasto sanitario público ha colocado a su financiación en un callejón sin salida. La influencia de una sociedad cada vez más ‘medicalizada’, que espera que el sistema sanitario tenga capacidad resolutoria de los distintos problemas de salud al empuje de las nuevas

tecnologías y la aparición de nuevas enfermedades obliga a un ejercicio de priorización: las posibilidades que favorece el conocimiento sanitario son globales, pero los recursos con los que cada cual las ha de afrontar son locales. De ahí que todo racionamiento, y la financiación selectiva de medicamentos en particular, se visualice en gran medida como frustración de bienestar colectivo para la que la confrontación política puede arrojar rentas electorales importantes. En este contexto, la racionalización del gasto sanitario deviene una misión extremadamente compleja.

III.2- ¿Es el incremento del gasto sanitario la solución (*'cash is cure'*)?

España constituye, sin duda alguna, un caso atípico en el entorno de la Unión Europea (UE) en lo que se refiere al crecimiento del gasto sanitario público dentro del gasto sanitario total.

En efecto, una primera observación de las cifras revela que el porcentaje del gasto público sobre el gasto sanitario total se mantiene muy estable (si acaso con tendencia creciente) durante todo el período considerado. Ello quiere decir que la presión de aumentos del gasto sanitario, en una etapa de crecimiento relativo de renta (entre 1980 y 1998 se recuperaron 12 puntos del diferencial de renta existente entre España y la media de la Unión Europea) se ha dirigido tanto o más a la financiación pública que a la privada. Su elasticidad renta (su característica de bien 'de lujo') no ha sido diferente para las prestaciones públicas que para las privadas. Dicha observación resulta contraria a la que cabría esperar como 'normal' (el desarrollo social, más allá de un umbral determinado sustituye gasto público por gasto privado), aunque perfectamente explicable desde la perspectiva política y de elección social (en la disyuntiva financiación con cargo al contribuyente o al usuario acaba pesando más la primera).

La comparación internacional no arroja tampoco resultados simples. Si bien es cierto que los datos agregados en el gasto sanitario público muestran una diferencia importante (un 25%) en relación con la media de muchos de los países avanzados, permítasenos destacar que la comparación es equívoca al no considerar, primero, los distintos diferenciales de desarrollo existente entre países, y segundo, el elevado peso que tienen en la muestra los países de tradición aseguradora -ya social (Alemania, Holanda, Francia), ya privada (EE.UU.). Utilizar por tanto dicho referente equivale a aceptar que debemos aumentar el gasto también como dichos países (lo que a algunos

de quienes proponen los cambios dudo que compartan), y que no consideramos el concepto de elasticidad renta en el crecimiento de éste gasto social (lo que es contrario a los propios argumentos de aquéllos). Ambos extremos se nos antojan erróneos.

Por ello, si ajustamos por el diferencial de renta y/o limitamos la comparación a países europeos con sistemas sanitarios públicos como los que establece la Ley General de Sanidad, o si se quiere, si comprobamos cuánto gastaban dichos países cuando tenían (en el pasado, ya que nos llevan ventaja) la renta que hoy tenemos nosotros, resulta que nuestras cifras de gasto son las que corresponden con nuestro nivel de desarrollo y no menos. Por lo tanto la valoración global es que 1- tenemos el nivel de gasto sanitario que nos corresponde -¿a qué vendría entonces favorecer con argumentos equivocados incrementos de gasto sanitario público para satisfacción (indiscriminada?) de diferentes colectivos o grupos de presión (sindicales, industriales) sin referente alguno a acciones coordinadas para la mejora de la salud?-, y 2- que en la medida que aumente la renta relativa de los españoles es previsible que así lo haga el crecimiento del gasto sanitario, siendo una decisión endógena crucial a la política sanitaria la evolución de su combinación (esto es, entre gasto sanitario privado y público, o en otras palabras, a cargo del usuario o del contribuyente)¹⁰.

En efecto, un error adicional en el argumento convencional a favor de nuevos aumentos de gasto es no sólo no seleccionar su destino, sino tan siquiera interrogarse sobre su financiación. Ello supone en la práctica ignorar la necesidad de equilibrio presupuestario (nada es gratis en este mundo: ¿qué impuestos deberán entonces incrementarse?), o incluso favorecer el retorno al déficit público (como si el endeudamiento no tuviera efectos redistributivos intergeneracionales perversos: ¿nos preocupamos de la herencia medio ambiental que les legamos a nuestros hijos, pero no de la carga financiera de la deuda?).

El sentido común impone pues que huyamos de los fundamentalismos y nos fijemos más en los detalles de las políticas de gasto público, en lo que llama Atkinson la estructura ‘sutil’ de los programas del bienestar (tipo de gasto, finalidades, aspectos institucionales, regulación de beneficios, condiciones de acceso, selección de destinatarios, modo de financiación...).

¹⁰ Un buen argumento sobre el tema puede encontrarse en libro de esta misma colección: Análisis de la Financiación Pública de los Medicamentos’ Jaume Puig (dir.) Masson, 2002.

En resumen, la cuestión que actualmente debe preocupar no es tanto la que hace referencia a si el nivel de gasto alcanzado es o no homologable al exhibido por el resto de países de nuestro entorno, como la relativa al grado en que las actuales tasas de crecimiento del gasto sanitario público resultan encajables en los escenarios de ingresos fijados para el sector público español en la convergencia europea y sus marcos de estabilidad.

III:3- ¿Es la descentralización parte del problema o de la solución?

Resulta obvio que el mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en los últimos años es el de la generalización de la transferencia de competencias a manos de las distintas CC.AA. que integran el Estado. Pese a que algunas CC.AA., las históricas en general muestran registros de casi veinte años en la gestión de sus sistemas sanitarios, la extensión descentralizadora a todo tipo de Comunidad, independientemente de su tamaño, vocación política de autogobierno y capacidad de gestión, ha venido a remover buena parte del status quo. ¿Es compatible la descentralización sanitaria con un Servicio Nacional de Salud cohesionado?. ¿Es la descentralización sanitaria parte del problema o de la solución?.

Nótese que las razones intrínsecas de la descentralización fiscal no son otras sino las de romper las pautas uniformes de provisión de servicios, a favor de respuestas mucho más próximas a la realidad (deseos, preferencias, necesidades) de cada 'cluster' territorial. Uniformismo y descentralización son términos antagónicos, de modo que la ruptura del patrón único en las combinaciones de provisión, prestación y financiación sanitaria, dentro de los límites constitucionales, ofrece un ámbito de experimentación de reformas (y así de combinación público-privado en sanidad), y de emulación de las mejores prácticas competenciales que supone algo nuevo en nuestro sistema sanitario.

Vaya por lo demás el reconocimiento de que la generalización de las transferencias en un modo tan frágil como la experimentada en nuestro país (con mucha rapidez –poco menos que seis meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales conocidos (aún pendientes algunas de dichas normativas: de coordinación, de desarrollo de normativa básica, de modificación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, con un nuevo acuerdo de financiación autonómica general del que no se conocen aunque se intuyen algunas lagunas, etc), ofrece un presente con interrogantes. Un posible mal uso de las amplias competencias transferidas (se entiende por parte de

las nuevas Comunidades en ejercicio de sus poderes) es fácilmente utilizable por parte de quienes añoran el centralismo preconstitucional, para levantar todo tipo de temores entre la población de resquebrajamiento de éste uno de nuestros pilares del Estado de bienestar.

Ante ello se deberá pronunciar la Administración Central del Estado, ya que la coordinación de las políticas sanitarias en los nuevos contextos de descentralización fiscal, es la clave del nuevo rol del Ministerio de Sanidad¹¹.

Las políticas que favorezcan la coordinación puede que no sea la tarea única del Gobierno, ya que una interpretación extensiva de las prestaciones de la Seguridad Social al conjunto de la asistencia sanitaria (como se pretende con la prestación farmacéutica) remitiría al punto 17 y no 16 del art. 149 de la Constitución española, remitiendo así su desarrollo a lo que se puede entender competencia exclusiva del Estado. Si así fuera, el desarrollo de normativa básica no requeriría tanto procedimientos horizontales sino normativos substantivos. Sin embargo, no deja de resultar paradójico que los que se pronuncian abiertamente contra una generalización extensiva de las competencias sanitarias a las CC.AA. se refugien en un supuesto retorno a una sanidad prestación de seguridad social para recuperar 'ataduras' en el sistema sanitario. Y en esto curiosamente coinciden algunos partidos políticos desde ideologías diferentes, olvidándose del universalismo al que aspiró en su día la Ley General de Sanidad, aunque con flecos pendientes como el que ahora permite una reinterpretación centralizadora de los desarrollos autonómicos.

Sea el que sea el 'iter' constitucional finalmente seguido, nos centraremos aquí en lo que atañe en concreto a la cooperación en materia de política sanitaria. Se trata de una función que tiene como objetivo promover el respeto, según la LGS (arts 70, 2 y ss.), a los '*criterios mínimos básicos y comunes*', que han de informar el sistema sanitario español; concreción insuficiente a efectos de lo que debemos finalmente entender por coordinación en el plano operativo: un terreno que admite diversas acepciones, entre el '*coordinar-se*' entre iguales y el '*ser coordinados*' por un superior, entre los acuerdos resultantes de un '*previo informe a*' y la exigencia del '*previo informe de*', entre el '*a propuesta de*' versus el '*según informe preceptivo y vinculante de*'...

¹¹ Un muy buen resumen del tema se puede leer en la ponencia de J.L. Beltrán, publicada en el Libro de las XXII Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en Pamplona en junio del 2002. Barcelona, AES, 2002.

Reconocida la anterior dificultad interpretativa, entenderemos aquí por ‘coordinación’ lo que entiende el Tribunal Constitucional (TC) en diversas Sentencias (por ejemplo, la 32/1983; y la 102/1995): ‘Se trata de una función instrumental, consistente en fijar medios, sistemas y procedimientos de relación entre CC.AA. que hagan posible, sobre la base de la información recíproca y la acción conjunta, la integración del sistema sanitario desde la diversidad de las acciones de las diferentes CC.AA.

Con ello, lo que caracterizaría la coordinación competencial sería:

- a) el que se trata de una competencia formal (normas comunes y directrices auto-otorgadas a través de órganos mixtos,), no substantiva (no afecta a un organismo separado de las partes o perteneciente exclusivamente a una de ellas (como sería el caso si se ejerciera desde la Alta Dirección o Inspección del estado o del Ministerio con potestad reglamentaria);
- b) su desarrollo en el plano horizontal, fuera de la vía jerárquica y vertical (LGS art.73);
- c) con carácter mayormente preventivo, de aceptación anterior a la adopción autónoma de decisiones.
- d) el no requerir funciones de dirección, ni de gestión, ni ejecución, sino tan sólo de instrumentación de mecanismos y sistemas de relación;
- e) con un objetivo último que no puede ser otro que establecer, a través de los diferentes mecanismos formales de coordinación, las condiciones básicas que garanticen los derechos y las obligaciones de los ciudadanos ante las prestaciones sanitarias en términos de igualdad de oportunidades de consumo ante igual necesidad, y
- f) evitando divergencias ‘irrazonables y desproporcionadas’ (Sentencia del TC 37/1981)

En el contexto anterior, y tal como reiteran distintas sentencias del mismo TC: ‘El principio de igualdad no puede ser entendido en modo alguno como una monolítica uniformidad (...), y no requiere un ordenamiento del que resulte que, en igualdad de circunstancias, en cualquier parte del territorio nacional, se tienen los mismos derechos y obligaciones (...), especialmente cuando ello resultase frontalmente incompatible con la autonomía (Sentencias del TC 37/1981 y 37/1987).

Aclara por lo demás el TC, que se trata de garantizar la ‘igualdad de posiciones jurídicas fundamentales (...) de modo que la igualdad de derechos y obligaciones no puede ser entendida en términos tales que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado, pues ello impediría el ejercicio por las CC.AA. de

las competencias que tienen atribuidas, ejercicio que, entre otras cosas, supone libertad para configurar una política propia en dichas materias (Sentencia del TC 14/1998).

Así pues, queda claro que ‘coordinación’ no es uniformidad, aunque tampoco parece que pueda ser compatible con divergencias ‘no razonables’ o ‘desproporcionadas’.

Ello nos remite al terreno de lo concreto: ¿Es desproporcionada la provisión de una prestación fuera de catálogo por parte de una C.A. que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos?. ¿Es desproporcionada la provisión de para unas mismas prestaciones, pero a una mayor ‘calidad’, por parte de una C.A. que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos?. ¿Qué entendemos en este ámbito por ‘Calidad’: la relativa al dispositivo asistencial, al tratamiento hotelero, a prácticas diagnósticas menos agresivas (aunque menos ‘coste-efectivas’), a un menor tiempo de espera, a mayor frecuentación (aunque de demanda superflua)....?

¿Es ‘irrazonable’ un criterio de transferibilidad de derechos (*portability*) por el que el ciudadano que se desplace a otra CA ‘arrastre’ su derecho a la asistencia, de modo que ésta no se le pueda negar allá donde vaya, pero que si es de nivel inferior en algún aspecto en destino que en origen, posibilite que el servicio de destino (público o privado) facture al servicio (público) de origen?. ¿Es ‘irrazonable’ un criterio de transferibilidad de derechos (*portability*) por el que el ciudadano que se desplace a otra CA ‘arrastre’ su derecho a la asistencia, que no se le puede negar allá donde vaya, pero que si es de nivel superior en algún aspecto en destino que en origen, no le legitime a la plena gratuidad (respecto de una addenda que no ha ayudado a financiar) y el servicio de destino (público) facture al propio paciente?...

Parece claro, por tanto, que hace falta sentido común para buscar los balances apropiados. Así, la descentralización que otorga nuestra Constitución a favor de las CC.AA. es política, no administrativa –como es el caso de los entes locales) y comporta capacidad financiera y legislativa propia. Como resultado de lo anterior, la diversidad es inevitable, más aún es deseable si se desea la misma descentralización. El recurso a los modelos garantistas apela bastante al sentido común, pero hay que ser conscientes de que son muy complejos de implementar. Además, a menudo, garantizar es un poco ‘empezar a morir’.

Y una última observación. Como hemos señalado en otros trabajos (López-Casasnovas, 2001)¹², España, al contrario de lo que algunos postulan, no es un Estado desigual en la financiación sanitaria pública capitativa. El punto de partida es más bien de una gran igualdad (coeficientes de variación en la financiación per cápita entre CC.AA. inferior a todos los países occidentales analizados (Francia, Italia, Reino Unido (e Inglaterra), Suecia, Alemania, Canadá y Australia) y muy bajos (en torno al 3%). No constituye una sorpresa que cuanto menos descentralizado esté un país mayor sea la variación en el gasto sanitario público per cápita. Las razones son que bajo un sistema descentralizado resulta más difícil la discrecionalidad de mantener variaciones importantes en recursos entre territorios y, en cualquier caso, cualquier diferencia observada permite una lectura política y una reivindicación social geográfica muy difícil de ignorar políticamente. Este mismo resultado lo observa K. Banting (2002)¹³ comparando sistemas sanitarios con o sin estructura federal, para concluir que siendo el nivel de gasto total mayor en términos absolutos en los descentralizados, además la proporción de gasto sanitario público sobre el total es además mayor. Nótese en cualquier caso, que de acuerdo con nuestros resultados, importa distinguir lo que es financiación pública del gasto de lo que es el gasto sanitario público en si mismo, en aquellos casos en los que pesa mucha la capacidad de los parlamentos federales de añadir financiación por su cuenta a los niveles de financiación procedentes de la federación. Claro está, sin embargo, que las lecturas de equidad territorial en uno y otro caso son distintas, ya que las aportaciones financieras propias de una comunidad derivadas de su esfuerzo fiscal adicional al realizado conjuntamente para la financiación común, y que se territorializa con criterios de equidad fiscal (por ejemplo, por necesidad aproximada por población más o menos ponderada, independientemente de la capacidad fiscal o contributiva de cada territorio), parece menormente discutible. Es la ciudadanía que prioriza entre diferentes partidas de gasto a igual esfuerzo fiscal.

III.4- Las otras vías para aprehender la realidad.

Para pronunciarse acerca de los problemas y sus alternativas de solución, hace falta, sin embargo, comprender las raíces del comportamiento del gasto y los factores que en mayor medida coadyuvan a su crecimiento.

¹² - 'La Sanidad Catalana: Financiación y Gasto en el marco de las sociedades desarrolladas'. Fulls Econòmics, 16 Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2001.

Todo apunta a que la mayor presión sobre el crecimiento del gasto ha procedido de los contenidos diagnósticos y terapéuticos de la prestación sanitaria media respecto de la que se ha proyectado, hasta el momento presente, una mayor frecuentación, de la que no es ajeno en nuestro país el avance del envejecimiento demográfico.

Si bien es cierto que los precios sanitarios son en buena medida endógenos en la sanidad pública (salarios de los profesionales, al menos en el corto plazo) y las variaciones demográficas predecibles, la evolución de la prestación real media depende en menor medida de decisiones del gobierno. De hecho, la evolución del factor utilización depende de una serie de variables (la capacidad de resolución del sistema a través de alternativas asistenciales de menor coste, el nivel de frecuentación de los servicios y la evolución en la intensidad de cuidados asistenciales y/o del grado de 'intensidad' de la tecnología por episodio asistencial), cuyo control por parte de la Administración resulta, como mínimo, complicado. Así, si la frontera tecnológica se mueve en sanidad de modo acelerado (los fármacos combinados en el tratamiento del SIDA como nuevo reto), aparecen nuevos tratamientos (y no sustitutivos de los ya existentes) -tales como estatinas, antiasmáticos, antidepresivos antipsicóticos-, la población envejece, aumenta su esperanza de vida (Aunque se mantienen algunas incógnitas en la asociación entre envejecimiento, discapacidad funcional media y morbilidad) y se aspira a mejoras en la calidad con la ésta se vive (haciéndose borrosa, en este extremo, la separación entre el gasto sanitario y el gasto social), todo llevaría a nuevos empujes en el gasto por los contenidos diagnósticos y terapéuticos de la prestación sanitaria real media. Si éste es el caso, la cuestión relevante no es si crece o no el gasto sanitario –que crecerá según nuestro punto de vista-, sino como evoluciona su financiación (¿tanto los aspectos de curar como los de cuidar han de ser asumidos por la financiación pública?). Nótese que la resolución de la anterior cuestión resulta más sencilla si la variación en la prestación sanitaria real media se produce mayormente por la vía de la efectividad, pudiéndose discutir en su caso su relación coste-efectividad a efectos de financiación pública. Mucho menos, sin embargo, en la medida que la evolución de la prestación incorpore elementos de utilidad o bienestar. Aunque la frontera entre el 'curar' y 'cuidar' no siempre resulte fácilmente identificable, parecería lógico que los componentes de 'valor de cambio' (utilidad por ejemplo derivada de la libre elección) tuvieran un tratamiento financiero más próximo al usuario individual que

¹³ - 'Fiscal Federalism and Health Care Systems'. Blackwell Publishers, 2002.

al solidario o colectivo, habida cuenta del mayor peso de las valoraciones subjetivas –y por tanto menos acotables- en el primer caso que en el segundo.

Es sumamente importante al analizar la tecnología como componente importante del gasto el observar, vistas las dificultades derivadas de las cuestiones relativas a la burocracia administrativa, como de hecho la innovación tecnológica no se acompaña casi nunca de innovación organizativa con lo que los efectos son sumatorios y no resolutorios de los problemas que pretenden solventar. Igualmente, la deficiente implantación de las nuevas tecnologías conlleva elevados costes de procesos y mayores costes laborales.

En definitiva, en ausencia de un proceso general de racionalización de la toma de decisiones en materia sanitaria, la presión social sobre el gasto sanitario público parece colocar a su financiación en una situación muy compleja. La influencia de una sociedad cada vez más ‘medicalizada’, que espera que el sistema sanitario tenga capacidad resolutoria de prácticamente todos los problemas de salud, al empuje de las nuevas tecnologías (tratamientos a la carta) y ante la aparición de nuevas enfermedades, obliga a un ejercicio de priorización muy cruel: las posibilidades que favorece el conocimiento sanitario son globales, pero los recursos con los que cada cual las ha de afrontar son locales. De ahí que todo racionamiento se visualice en gran medida como frustración de bienestar colectivo y que la confrontación política arroje rentas electorales importantes.

Un mínimo de realismo en la definición de las políticas sanitarias hace aconsejable pues empezar a elaborar escenarios alternativos de modo que toda la previsible presión que generará el crecimiento del gasto sanitario concorra por márgenes distintos a los hoy incidentes sobre la financiación pública de dicho gasto¹⁴. En los nuevos contextos, dicha financiación quizás se deba de concentrar óptimamente de manera selectiva en prestaciones que superen criterios de coste-efectividad, ‘descomprimiendo’ con ello la presión fiscal general. Y ello no tanto por el nivel alcanzado de nuevo por ésta en nuestro país (la ratio entre ingresos públicos coactivos/PIB se sitúa en la banda baja de las comparaciones internacionales), como por la dificultad de encajar nuevos

¹⁴ Resultan muy interesantes a este respecto las consideraciones de JJ. Artells ‘Necesidad versus demanda’ y publicadas en el Libro de las XX Jornadas de Economía de la Salud celebradas en Zaragoza. AES, 1999.

incrementos en impuestos cuando dichos ritmos están fuertemente contenidos ante la importante competencia comercial internacional.

En resumen, y en lo que atañe a los niveles de gasto, y con una visión de contexto de economías desarrolladas, podemos afirmar que España tiene el gasto sanitario público que le corresponde dado su nivel actual de renta y riqueza.

Por la misma razón, es previsible que el gasto sanitario crezca en el futuro en la medida que España cierre su diferencial de desarrollo con la Unión Europea, elevando así su participación en el PIB, y en la medida en que de acuerdo con el sistema comparado el referente sea en mayor medida modelos de aseguramiento social (menores restricciones de acceso, mas satisfacción de usuarios, mayor gasto), y no sistemas sanitarios administrados (tipo NHS). En este sentido, son hoy a nuestro entender constataciones del propio proceso de gestión del gasto, desde el desorden presupuestario por insuficiencias de financiación, a la contención institucional mayormente uniforme –y por tanto indiscriminado-, pero con crecimientos aleatorios del gasto farmacéutico. En el gasto institucional operativo (primaria, especializada), la separación presupuestaria funcional ha favorecido la defensa de ‘territorios’ (financiación), pese a las innovaciones sanitarias producidas, y con una tenue separación entre el gasto sanitario y el gasto socio-sanitario, aunque resulta por ello decisivo, cara al crecimiento futuro del gasto sanitario, el impulso del envejecimiento y los cuidados de larga duración. A este respecto, resulta de difícil previsión ante el impacto que puedan suponer dos efectos contrapuestos: mayor número de ancianos a) con mejores estados funcionales (han así sobrevivido); b) con niveles de prevalencia mórbida más altos (son los inframarginales los que sobreviven)

Es en todo caso relevante la discusión acerca del contenido de los cuidados asistenciales (informales o no, y por tipo de instituciones prestadoras) y de niveles de cobertura (universales o selectivos)

III.4- Valoración de algunas innovaciones a lo largo de las dos últimas décadas.

En el registro de innovaciones en las dos últimas décadas cabe considerar la homologación de la liturgia de la modernización: Ley de Ordenación sanitaria de Cataluña, Informe abril, LEGSA, .., aunque todas ellas con luces y sombras, así como la aparición de nuevas formas de gestión, aunque con cierta improvisación y falta de

evaluación de acompañamiento. A su vez, es posible destacar una mejora general del dispositivo asistencial, que asemeja España con otros países avanzados de nuestro entorno, la reforma de la atención primaria, pese a algunos puntos oscuros, y una mejora del análisis en materia de la comprensión de la descomposición del gasto a fin de entender sus mecanismos propulsores (también en farmacia), y avances graduales en las fórmulas de financiación hospitalaria, casuística, etc.

Continúan siendo retos pendientes del proceso incipientemente emprendido, la concordancia de conceptos relativos a la integración de servicios sanitarios, noción de aseguramiento y financiación de base poblacional; la mejora de la asignación de responsabilidades en gestión clínica de manera coherente con la consignación presupuestaria descentralizada, y ciertos avances en materia de corresponsabilidad fiscal en coherencia con la diversidad en prestaciones sanitarias reales medias.

Destaca la mejora del cómputo de la inflación sanitaria específica, y de la comprensión de las relaciones entre productividad aparente y política de rentas, en lo que atañe a los incentivos de los profesionales sanitarios, y la persistencia de errores de formulación de propuestas de base comparativa: en descentralización territorial, en entender el papel de los médicos de cabecera en Canadá o Reino Unido, etc.

La falta de estudios relativos a la planificación prospectiva de gasto sanitario, sus escenarios, calibrado y simulaciones es quizás de nuevo uno de los temas peor resueltos en el análisis reciente del gasto sanitario..

La misma definición de lo que se entiende por 'prestaciones' es también a menudo en la práctica, un problema: incorporaciones al catálogo (prótesis incluidas), variaciones en los mandatos de atención en las listas de espera (límites máximos definidos, por ejemplo a través de catálogos de derechos de ciudadanos), concreción de determinados perfiles de tratamiento o de protocolos de asistencia ...) y, obviamente, la inclusión o no de medicamentos o de nuevos colectivos destinatarios de las prestaciones. Este último es hoy el caso de los inmigrantes, el cargo de colectivos de prisiones, o el incremento en general de la población beneficiaria (por ejemplo cuando se eliminan, con la universalización, determinados regímenes especiales o algunas empresas colaboradoras). Nótese que los aumentos de destinatarios en general, de los grupos específicos de riesgo o debido a las nuevas patologías susceptibles de ser prestadas

sobre el territorio a veces resultan heterogéneamente repartidas (como por ejemplo las vinculadas a un factor externo como es el envejecimiento o las relacionadas con la disposición previa de un equipamiento asistencial específico, como en el caso de trasplantes), por lo que se requeriría algún tipo de compensación.

En este contexto se ha de remarcar la importancia de la innovación sanitaria futura procedente potencialmente de las terapias genéticas, de tratamiento de algunos cánceres, de reemplazo hormonal, agentes diabéticos orales y de los anti-artríticos, agentes de disminución del colesterol, anti-hipertensivos en general y de anti-depresivos, entre otros. Vale la pena destacar también la importancia de elementos que resulten del tratamiento, otros que la efectividad en sí misma de la prestación, y que suelen ser especialmente reclamados por ciudadanos con buena educación sanitaria o elevadas expectativas de consumo, típicamente en sociedades de mayor bienestar. Nos referimos en este punto, por ejemplo, a intervenciones que hoy se pueden considerar ya como excesivamente radicales (tales como la mastectomías), que no evitan intervenciones recurrentes o se basan en terapias excesivamente repetitivas que afectan la calidad de vida (por ejemplo en materia cardiovascular, dado su importante impacto en la capacidad funcional e los pacientes), favorecer, por el contra, exploraciones menos dolorosas (por ejemplo, en lugar de colonoscopias), menos invasivas (inmunoterapias en vez de quimio), aligerar la carga de determinadas herencias genéticas (a partir precisamente de los test genéticos y su manipulación), inhalación de insulina (en vez de inyección), de citología fina para el cribaje del cáncer de cérvix), mejora de capacidades diagnósticas antes de la intervención para un mejor conocimiento del estadio de la patología (por ejemplo, a través de tecnología de emisión de positrones en los tratamientos oncológicos), etc.

Destacamos todos los puntos anteriores por el hecho que es previsible que estas innovaciones se incorporen como expectativas 'normales' de tratamiento en sociedades avanzadas y medicalizadas o con educación sanitarias, aunque el ratio coste efectividad de estas intervenciones nada más sea favorable si se aceptan importantes elementos de utilitarismo, bienestar social y calidad de vida en la medida de sus resultados. Esta presión -incluso valoración social-, es poco probable que sea homogénea entre CC.AA. que partan de diferentes niveles de desarrollo.

De forma similar en lo que se refiere a la regulación de tratamientos que afecten a segmentos de población pequeños pero que suponen un coste unitario suficientemente elevado (por ejemplo en el caso de los anticuerpos monoclonales para determinados cánceres) contrapuestamente en aquellas otras intervenciones que afectan a muchas más población, pero resulten a precio inferior (citología fina para cáncer cervical) o que son de mejora de calidad de vida general (alivian síntomas o aligeran efectos, tales como los antireumáticos, o que retarden el deterioro neurodegenerativos). Aquí de nuevo es previsible que las valoraciones sociales marquen diferencias como mínimo en lo que se refiere a lo que la sociedad o el individuo revela como disponibilidad a pagar. La aceptabilidad del coste de oportunidad que determina una lista de espera concreta, la gravedad de la enfermedad en sí misma, la ausencia o no de alternativas terapéuticas o si el tratamiento implica un mayor coste hoy a cambio de un ahorro potencial mañana (que requiera una determinada tasa -social- de descuento), finalmente, marcará presiones sociales diferenciadas entre CC.AA., explícitas en más o menos medida, previsiblemente vinculadas a la vista de su nivel diferencial de desarrollo.

IV- REFLEXIONES FINALES

La utilización de principios entre litúrgicos y ‘desiderata’ para el futuro que transcurra sobre la base de la consolidación de nuestro sistema sanitario arroja algunas cuestiones fundamentales.

- a) consolidar (¿dejar las cosas como están?) el sistema sanitario público, sobre la base de una provisión pública universal (de todas las prestaciones presentes y futuras?, ¿para todos los colectivos por siempre jamás?) y único (para los que confunden obligatoriedad con gestión de aseguramiento, ¿negamos la obviedad de que existe un sistema paralelo para funcionarios y de empresas colaboradoras, que en toda la etapa socialista no sólo se mantuvo sino que se reforzó?). Y todo ello, por supuesto, obviando la necesidad de priorización, esto es, a través de cobertura con base financiera suficiente (nos olvidamos de los escenarios de consolidación presupuestaria?) y bajo la hipótesis de convergencia real (¿acaso no gasta ya España lo que le corresponde por su nivel actual de desarrollo?).

- b) mejorar la eficiencia y la equidad del sistema sanitario (se ha identificado en todo caso cual es el campo, estrecho, en que ambas políticas son compatibles?), tanto en la esfera inter como intraterritorial en la asignación de recursos (se está apostando por una interpretación de equidad como uniformidad de prestaciones en un sistema descentralizado de provisión? y, si este es el caso, se precisa cómo se pretende conseguir?). La equidad se argumenta sobre la base de la equidad de acceso (acceso a qué: disponibilidad, consumo efectivo o resultado probado?, independientemente de factores no sanitarios o sociales?). La eficiencia, por su parte, se argumenta sobre la base de la separación de funciones y de la autonomía de gestión (se piensa para ello en descentralizar la función de aseguramiento, que es la manera efectiva de responsabilizar a los proveedores?), con pocas referencias adicionales que no sea otra que la apelación a la competencia interna regulada (trasladando riesgos de manera aceptable a determinados proveedores, dotándoles de capacidad, por ejemplo, de cambio en los sistemas de contratación de personal o de endeudamiento?).

c) controlar y fomentar la calidad asistencial (existen parámetros substanciabes al respecto?), sobre la base de la acreditación común y la comparación de los sistemas de información (cómo será ello efectivo en un Estado descentralizado en el que el propio Ministerio no ha conseguido plenamente redefinir todavía su papel como agente coordinador del sistema?), otorgando mayor poder a los ciudadanos (dónde están, hasta el momento presente, las cartas de derechos de los usuarios?, cuál es el límite último a la libre elección?), y motivando e involucrando para ello a los profesionales, a través de un nuevo régimen profesional, carrera y formación continuada (pendientes de definir, por supuesto, todos los extremos mencionados).

Resulta extremadamente difícil realizar una prospección de lo que será la sanidad del futuro, aún del más cercano; particularmente, si nuestro sistema sanitario continúa 'anclado' en la dinámica que ofrecen hoy los servicios nacionales de salud: 'servicios' como si de un servicio administrativo más se tratara, 'nacional' con una fuerte impronta uniformista, y 'de salud', con pretensión que no siempre se traduce en la mejor integración entre objetivos finales y la prestación de servicios, ni en una buena intersectorialidad entre las políticas del sector sanitario y las del resto de sectores económicos y sociales.

Es probable que en el futuro el abordaje de los problemas de salud requiera una concepción más arraigada en la idea de sistema de aseguramiento social. 'Sistema', porque el engranaje de objetivos finales y servicios asistenciales, entre agentes públicos y privados, y entre diferentes agentes públicos, legitimados políticamente sobre el territorio, deba ser mayor, y su mejor coordinación, clave para el éxito de una política de salud. De 'aseguramiento', porque es inescapable la idea de concreción de niveles de cobertura asistencial y limitación selectiva de prestaciones. 'Social' porque continuara previsiblemente el objetivo de solidaridad implícito en sus sistema de financiación, la tutela en la cobertura de toda o parte de la población, y una integración más próxima de las necesidades sociosanitarias de la población.

V.- LA REVISIÓN DEL INTERFAZ PÚBLICO-PRIVADO EN SANIDAD

Ante este nuevo escenario, algunas indicaciones del interfaz público-privado analizados se resumen a continuación:

- 1- Devolver el sistema sanitario al ámbito natural y conceptual del aseguramiento social (póliza- prima solidaria- catálogo explícito) debería de coadyuvar a la determinación de un terreno de juego más explícito para el aseguramiento privado. El complementario, a prima comunitaria si coste efectivo, y libre si 'utilitario', y el substitutivo ('a la MUFACE') pendiente de nueva regulación. El futuro, por desarrollo tecnológico, predominio de cuestiones utilitarias (por ejemplo con relación a algunos aspectos sociosanitarios, de calidad hotelera y de medicamentos de estilo de vida) y por una mayor disposición a financiar dichos bienes de elasticidad renta superior (en la medida que crezca nuestro nivel de renta), ha de generar un mayor protagonismo relativo a la financiación privada en el gasto sanitario total de los españoles.

- 2- La descentralización sanitaria, y la aparición por tanto de políticas sanitarias distintas (no 17, sino quizás tres, a la vista del componente 'político' de las priorizaciones encubiertas (necesarias en todo caso) a partir de las opciones políticas presentes, abre un campo muy interesante para la emulación, y así quizás del posible desenrocamiento del sistema de su actual status quo. Ello puede emerger de la experimentación en distinto grado en materia de acuerdos público-privados para financiar nueva inversión (*Public-private partnerships*), para la prestación (entidades de profesionales de base asociativa, consorcios de proveedores sobre base territorial), para la gestión (consorcios, fundaciones, empresas sanitarias) y para el subministro de servicios (concertación externa, contratos de gestión delegada, fórmulas de leasing), etc.

- 3- El esfuerzo para la recuperación a favor del individuo de mayores cotas de decisión sobre las cuestiones que afectan a la salud, requiere no perder el referente de la intervención pública en el sector sanitario: el de la obligatoriedad del aseguramiento. Más allá de este extremo, los caminos intermedios requieren

valoraciones sociales sobre el grado de equidad que no son ni estructurales ni de consenso, y sobre el grado de responsabilidad colectiva que haya de prevalecer en las esferas individuales. El binomio público- privado se encuentra aquí en revisión, a partir de las distintas teorías sobre la justicia, y del empirismo consecuencialista que se deriva de determinados comportamientos morales. La reflexión filosófica que ello impone sobrepasa el interfaz específico de lo público y lo privado en sanidad.

- 4- En cualquier caso, parece lógico postular a favor de que todas las nuevas esferas que se abran a la decisión individual o de grupo se acompañen de responsabilidad: ya sea financiera (especialmente justa en caso de copagos evitables), ya sea de resultados (cuando la priorización del grupo de riesgo, bajo financiación pública general, exige unos determinados comportamientos que mejor garanticen la efectividad de la prestación. O si se quiere más explícitamente, que a igualdad de condiciones no se es prioritario en recepción sino se es donante previamente, y que la utilización del recurso público gratuito exige control y no libre elección (contra el abuso moral).