

¿Es bueno el mercado para consolidar un Sistema Nacional de Salud?

Vicente Ortún Rubio

Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES),
Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

Al lector le sonará Adam Smith y su afirmación (1776) de que la búsqueda del interés privado, en competencia y bajo una serie bastante exigente de requisitos técnicos e institucionales, conduce al interés público. Sus ideas fueron, dos siglos después, formalizadas y demostradas teóricamente por Arrow y Debreu (1959), posteriormente premios Nobel. Otra virtud del mercado, en tanto que mecanismo de coordinación de millones de decisiones descentralizadas a través de los precios, ya vino de la pluma de Hayek (1943) en ese siglo xx que se inicia en 1917 y acaba en 1989. Precisamente, la caída del muro de Berlín fue precipitada y erróneamente leída como el triunfo del mercado y el fracaso de la planificación. La catástrofe social (económica, sanitaria, etc.) de la transición desde economías planificadas a economías de mercado puso las cosas en su sitio: en el mundo había triunfado una combinación de mercado y Estado. El mercado constituye una condición necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de un país. Este mercado aparece de forma espontánea, cuando los aviones de bombardeo se alejan o las patrullas saqueadoras que merodean en varios puntos de África vuelven a sus bases, entonces surge el *top-manta* con productos de primera necesidad; el mercado existe incluso en los campos de concentración. Para que un país se desarrolle precisa algo más que un mercado: necesita de unas reglas de juego (provistas y garantizadas en gran parte por el Estado) que hagan individualmente atractivo lo que es socialmente beneficioso. Los informes del Banco Mundial, como el de 1997 completado ya en época de Stiglitz, ayudaron a restaurar la importancia del Estado y a corregir la trampa ideológica creada por una interpretación completamente errónea de la caída del muro de Berlín como el «triunfo del mercado».

Por bastantes razones positivas y normativas, el mercado falla en sanidad, pero la intervención del Estado también presenta fallos. Por un lado, se necesita una economía competitiva y dinámica (no un capitalismo de amiguetes en busca de regulación pública favorable y poder de mercado) para mantener un Estado de bienestar (EB) y, por otra, un Estado bien gobernado.

La consolidación de la componente sanitaria de esa conquista de la humanidad que es el EB pasa en España por

pulir peculiaridades de *Mezzogiorno* europeo (copiar de nórdicos y centroeuropeos) y por una mayor orientación a la empleabilidad a través de la educación y la formación continua tratando de evitar la cronificación de la dependencia de un subsidio público (*workfare* como variante del *welfare*). No hay incompatibilidad entre mejorar la productividad y disponer de un EB. Más allá de la solvencia económica está la deseabilidad política, la que conceden los ciudadanos en repetidas votaciones cuando optan por financiar públicamente el acceso a los servicios sanitarios. Para que esas opciones se mantengan, las clases medias no pueden quedar excluidas de las prestaciones del EB. Hay que conjurar, por tanto, el riesgo de un EB para pobres (un pobre EB), primero, por razones de eficiencia, y segundo, por un juicio moral acerca de los peligros de la dualización social que inevitablemente encontraríamos en sanidad cuando solo una parte de la sociedad pudiera acceder a cualquier innovación o prestación sanitaria.

El aumento de la desigualdad desde 1980, muy diferente según países, amenaza la democracia y el crecimiento. No parece sensato esperar la nivelación que históricamente han aportado guerras, epidemias, revoluciones violentas o fracasos del Estado. Justamente ha de ser el Estado —de nuevo con tremendas diferencias entre países— el que ha de desempeñar ese papel. España lo realiza de manera aceptable, especialmente si se consideran las prestaciones en especie del EB. Su Sistema Nacional de Salud, pese al escaso 72% de financiación pública del gasto sanitario, ha obtenido «matrícula de honor» en las comparativas mundiales del *Global Burden of Disease* publicadas en *The Lancet*.

Para consolidar esa conquista del EB, hace falta optar claramente por una mayor financiación pública (con financiación selectiva y prioridades): en el mundo de la «disposición a pagar» (demanda en sentido económico) no existe ni la sobreutilización ni la infrautilización. Si alguien está dispuesto a pagar 3.000 euros por una intervención inadecuada, y puede recibirla por 500 euros; disfrutará de un «excedente del consumidor» de 2.500 euros. Nada que ver con la necesidad clínica o sanitaria ni con el bienestar que solo con financiación pública puede atenderse.

España consolidó gasto corriente en los años anteriores a la crisis de 2008 con ingresos tributarios vinculados a la burbuja inmobiliaria. Pinchada esta, los ingresos desaparecen, el gasto queda y el déficit aumenta, presentando una evolución claramente diferenciada entre España y la Unión Europea (figura 1).

La presión fiscal en España puede considerarse algo baja cuando se compara con la de los socios europeos. Tras los fuertes ajustes de gasto experimentados cabe esperar una actuación sobre los ingresos:

- Eliminación de los beneficios fiscales en IRPF e IVA manteniendo fijos los tipos impositivos.
- Existe margen de aumento en impuestos especiales. Cabe introducir el impuesto sobre bebidas azucaradas como en Catalunya.
- Mayor uso de precios públicos.

Conviene ir más allá de las tres medidas citadas en la financiación pública del gasto sanitario ya que la armonía social y el individualismo encauzado aconsejan, como recomienda el World Inequality Report 2018:

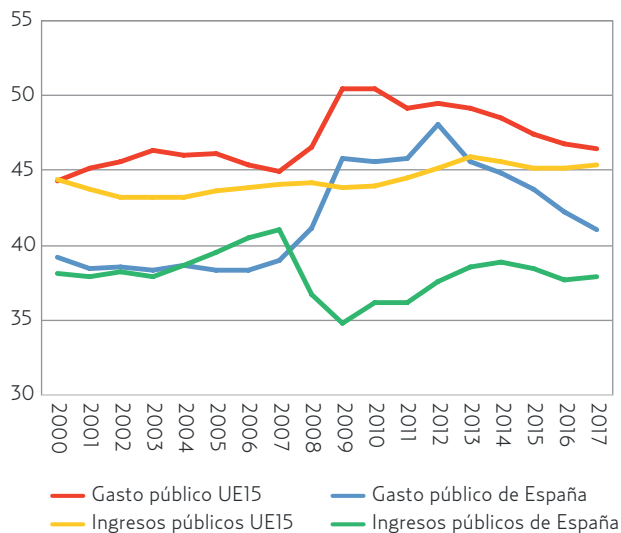
- Progresividad impositiva, impuestos incluso negativos para las rentas muy bajas.
- Registro global en el que conste la propiedad de los activos financieros (antídoto del lavado de capitales, la evasión fiscal y la creciente desigualdad).
- Mejor acceso a la educación (y a ocupaciones bien remuneradas).

La teoría popular de la democracia dice que los ciudadanos informados eligen a sus líderes en las urnas, que los gobiernan y los representan. Los ciudadanos activos controlarán las acciones de sus gobiernos y eliminarán los abusos del poder. Es una lástima que no sea así: las decisiones políticas las toman los políticos profesionales influenciados mucho más por los que detentan el poder que por los ciudadanos comunes..., pero la calidad del gobierno difiere mucho entre los países, y es conveniente aprender de aquellos que lo hacen mejor.

Es necesario que la población crea en la imparcialidad de las administraciones para que el EB se consolide. El capi-

FIGURA 1

Ingresos y gastos públicos España y UE15 en porcentaje del PIB



Adaptada de Eurostat.

talismo corrupto, de influencias, arruina esa confianza. Todos los países se enfrentan a un desafío enorme pero bien conocido: ¿cómo conciliar el capitalismo, el gobierno de unos pocos, con la democracia, el gobierno de muchos? ¿Cómo funcionará el capitalismo democrático?

Hace años que llegó el momento de introducir en España, siempre con un horizonte de 30 años, la idea y práctica de la competencia para la comparación en calidad (universidades, centros educativos, centros de sanitarios, etc.) sin la necesidad de mercados. No habrá mejor gestión pública sin una mejor política, una mejor gobernanza, un concepto que incluya la revisión del financiamiento de los partidos políticos, la responsabilidad, la resolución de conflictos de intereses y la profesionalización e independencia de las funciones ejecutivas del sistema.