

Hacienda Pública Española

**MONOGRAFÍAS
N.º 1/1993**

ECONOMIA DE LA SALUD: EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

**Instituto de Estudios Fiscales
1993**

La reforma del Sistema Sanitario Español: radicalismo selectivo (*)

Vicente Ortún Rubio y Guillem López i Casasnovas
Universidad Pompeu Fabra

Resumen:

Se analizan las restricciones externas e internas a la reforma del Sistema Sanitario Español (SSE) desde la perspectiva del economista, enfocada a la racionalización de los gastos sanitarios. Las principales limitaciones a la eficiencia en la regulación, financiación y producción de servicios sanitarios se derivan de la inadecuación de los incentivos, tanto organizativos como individuales, a los que se enfrentan los agentes del sistema. Tras revisar el comportamiento del SSE en las tres dimensiones clave de satisfacción, contención de costes, e indicadores de salud, se fundamenta teóricamente una estrategia viable de reforma del SSE. Los autores denominan a tal estrategia radicalismo selectivo, esto es, transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y reducido que se extienden a todo el sistema por un proceso de innovación-difusión.

Palabras clave:

Reforma de los Sistemas Sanitarios, España, Financiación de servicios sanitarios, Producción de servicios sanitarios, Regulación de servicios sanitarios, Satisfacción, Contención de costes, Racionalización, Política Sanitaria, Economía de la Salud.

Abstract:

External and internal constraints of the Spanish Health System (SHS) Reform are analyzed from the economist's point of view, concerned with the rationalization of health expenditures. The main limitations to a more efficient regulation, financing and production of health services come from the inadequacy of both organizational and individual incentives faced by the health system agents. After a survey on the Spanish Health System performance in the three key dimensions of satisfaction, cost containment and health indicators a feasible and theoretically sound strategy for the Health System reform is derived. The authors name that strategy as selective radicalism, i.e., very specific and deep changes in key and small parts of the system that spread to the whole system by a process of innovation diffusion.

Key words:

Health Systems Reform, Spain, Health Services Financing, Health Services Production, Health Services Regulation, Satisfaction, Cost containment, Rationalization, Health Policy, Health Economics.

(*) Este artículo se beneficia de alguno de los trabajos financiados por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, CICYT, dentro del proyecto SEC92-0558.

PREAMBULO

Existe en la actualidad cierta tendencia a valorar negativamente cualquier aspecto relacionado con la actividad pública. Así, mientras el calificativo de *público* se asocia comúnmente a ineficiencia, a derroche, a la cultura de «lo de todos y lo de nadie», etc. a ello se contraponen el rédito de lo privado, la cultura de «el interés del amo engorda el caballo», la «búsqueda de la excelencia».

Este tipo de arma arrojadiza contra lo público olvida que es ideológico el discurso de lo que debe considerarse bajo el tutelaje público; esto es, que se ha de administrar fuera del alcance de los intereses privados. Su supuesto carácter de bien de mérito es en gran parte acepción subjetiva de mayorías sociales, de opciones políticas, y no –en definitiva– de argumento técnico.

Especialmente repulsivo resulta el debate si, además, la supuesta argumentación técnica está mal formulada y pobre en matices por cuanto puede devenir insultante para la inteligencia. Los modelos tildados como *macros* resultan en este caso particularmente propensos a la simplificación; incluso algunos piensan que su carácter agregado los legitima para ello: identifican al sector público con sector no productivo, al gasto público como gasto innecesario, con externalidad nula o negativa sobre el sector privado, con un servicio de output «no progresivo» y crecimiento de productividades ralentizado, etc. Ciertamente, muchos de estos modelos con pretensiones académicas, comparando no comparables u obviando realidades, acaban siendo armas políticas al servicio de intereses particulares más que al conocimiento científico.

El sector sanitario público es especialmente sensible a dichas diatribas «anti públicas». La costumbre de disparar con escopetas de gran calibre para pretender acabar con pequeños problemas, a la vez que magnifica la contribución de quien las utiliza –el trueno del disparo– permite derivar continuos *big bangs* en las propuestas de transformación, si bien a costa de su nula relevancia postrera en aplicaciones prácticas.

Sin embargo, frente a la anterior criticada posición –que ignora que el discurso de la eficiencia relativa nunca cuestiona la legitimidad de la prestación, sino únicamente, en su caso, la forma concreta de producción– uno encuentra instalada cierta desidia en la administración de la cosa común: desde la política del avestruz –«ojos que no ven, corazón que no siente»– hasta la política de la ingenuidad –pensar, por ejemplo, que la uniformidad garantiza un objetivo redistributivo– pasando, más de una vez, por la simple incompetencia.

La mejor defensa de un servicio público es hoy, posiblemente, coger el toro por los cuernos y afrontar los problemas llamando las cosas por su nombre: una escoba no dispara, un cañón destruye en exceso. En este sentido, contra la estrategia de continuas propuestas tentativas de cambio, las páginas que siguen abogan por la aplicación de un radicalismo selectivo; esto es, echar a andar experiencias concretas de reforma, evaluándolas y cribándolas para adicionar a ellas cambios marginales en iteraciones sucesivas de mejora.

El objeto de este artículo es, por tanto, recoger y dotar de propósito una serie de experiencias e investigaciones, que constituyen, a nuestro entender, transformaciones claves, aunque limitadas, del proceso de cambio abierto hoy al Sistema Sanitario Español (SSE, a partir de ahora). En este sentido, los autores no creen que el colapso integral sea el prerrequisito del cambio (el «cuanto peor resulte la situación de partida, mejor para el cambio deseado», favoreciendo de este modo posiciones de «reforma o caos»). Pero tampoco que la liturgia de las grandes palabras, el discurso de la «competencia gestionada» sea suficiente para provocar los cambios deseados; al contrario, como cortina de humo, su liturgia de reforma ilustrada puede amagar a más de un seguidor de Mazzarino (1).

16

LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL REVISITADA

Existe cierta costumbre en nuestro país a infravalorar la producción de cosecha propia y a sobrevalorar la de importación. A ello cabe añadir la especificidad de la falta de criterio con el que a veces se contempla la necesidad de cambio en nuestro sistema de salud. Es muy común, a este respecto, fijar un continuo de factores que amenazan con generar una dinámica supuestamente explosiva de gasto sanitario («metiendo miedo al cuerpo» social) para justificar a continuación lo que se pretende, incluyendo aquí desde un resultado completamente fuera de objetivo a un objetivo simplemente irrelevante.

Entre los supuestos elementos justificativos de los cambios, a los que acostumbramos a recurrir generalmente reproduciendo el listado conjunto de la OCDE —como si en su seno

(1) «Si tienes intención de promover leyes, muestra su imperiosa necesidad a los sabios y prepara el proyecto con ellos. O simplemente haz circular el rumor de que los has consultado y escuchado. Después, sin tener en cuenta sus consejos, toma la decisión que te convenga.» La cita proviene de la edición catalana del Breviario de los Políticos, atribuido al cardenal Guilio Raimondo Mazzarino, 1602-1661 (Mazzarino, 1991, p. 76).

todos los sistemas fuesen iguales—, encontramos factores tan diversos como el envejecimiento de la población, la falta de incentivos a la efectividad clínica, la «exogeneidad» tecnológica, la aspiración a una mayor equidad de acceso, la satisfacción del usuario, la búsqueda de mejora de renta de los profesionales sanitarios, o todo ello de modo conjunto. Al escenario anterior se acaba refiriendo un continuo de medidas de nuevo copiando el listado íntegro de la literatura al respecto, que incluye la presupuestación por grupos de médicos de cabecera, cambios organizativos a la «Health Maintenance Organization», o tal o cual medida de financiación hospitalaria (PMCs, DRGs...).

No deja de sorprender, en este sentido, la falta de aproximación lógica con la que se analiza el binomio fines y medios en la reforma sanitaria. Sin diagnóstico preciso de cuáles son los problemas de que adolece nuestro sistema sanitario, la trasposición de medidas tomadas de otros sistemas deviene ineficiente: se trata a veces tan sólo de propuestas de reforma, singularizadas por algunos estudiosos pese a que no alcancen la implementación efectiva (2), o que se instrumentan con fines coyunturales, buscando algún efecto colateral, de modo previo a su supresión, que el importador autóctono no llega ni a conocer (3).

Como resultado de lo anterior no queda sino la validación *ex post*, por insensata que ésta sea en el contexto sanitario: ver qué cambios —si alguno— se han producido, asociar a ellos las medidas y teorizar, consiguientemente, acerca de si aquello observado se corresponde con lo que se pretendía.

Contrariamente a lo anterior, conviene reconocer que cada sistema tiene rasgos específicos, incluso la propia cultura de cambio organizativo que ha de permitir el paso de la teoría a la acción, que hacen que la reforma sanitaria difiera entre países. Ello obliga a elaborar un diagnóstico específico a la sintomatología

(2) La propuesta de reforma sueca y la holandesa se encuentra en este impasse.

(3) Para más de un analista, el hacer posible la presupuestación por Médicos de Cabecera en práctica asociada o *GP Fund Holding* del *White Paper* de la reforma *Working for Patients* en el Reino Unido no ha sido sino una estrategia para el debilitamiento de la corporación médica, que han visto sus intereses divididos en cuanto aceptar o no la reforma. Sin embargo, implantado lo sustancial de ésta —una mayor centralización de la gestión con un papel de agencia en favor de los Distritos sanitarios contratantes con *Trustees* de proveedores— los *GP Fund Holders* (práctica completamente minoritaria) desaparecerían como resultado secuencial de no reembolsar los déficits presupuestarios en los que puedan incurrir. Alternativamente la generalización de los *GP Fund Holders*, allá donde la demografía, accesibilidad y valoración positiva por parte de la población lo permitiera, conseguiría el doble objetivo de, primero, mejorar la satisfacción del usuario al darle posibilidad de elección y, segundo, inclinar los servicios sanitarios hacia la atención médica primaria y sus potencialidades sanitarias y económicas.

logía —ejercicio más complejo que el que resulta de poner todas las causas posibles bajo sospecha— y a concretar acciones de reforma no genéricas, excepto que se adopte un posicionamiento trotskista al cambio (por ejemplo, Arruñada, 1991), sino selectivas.

En este sentido, aunque nuestra interpretación es discutible, juzgamos que el rasgo diferencial de nuestro sistema sanitario no radica ni en los resultados sanitarios ni en los niveles relativos de gasto sanitario alcanzados. El problema tiene carácter coyuntural, por un lado, resultante de los referentes externos al propio sistema sanitario: la crisis en las finanzas del Estado. No por ello deja de ser cierto que existan referentes internos no negligibles en sus efectos. Pero éstos no son diferenciales para la introducción o no, en el presente momento, de una reforma sanitaria y requieren un continuo de acciones independientemente de lo que pueda pasar en el futuro con los referentes externos.

El primer referente es, como decimos, la limitación financiera que se impone sobre el gasto público —crisis del Estado de bienestar y congelación de la presión fiscal en el escenario Maastricht— y que afecta a la financiación de nuevos servicios. El segundo, a la difícil contención de costes sanitarios en un marco de escasa involucración interna de los agentes en las medidas de racionalización de gasto.

En favor del realismo en la detección del problema mencionado, dos comentarios resultan convenientes:

1. En un contexto de descenso en la tasa de crecimiento del Producto Interior Bruto, los indicadores de gasto sanitario público PIB lo único que ponen en evidencia es la rigidez del gasto sanitario per cápita (4). Ello no tiene por qué sorprender, al resultar dicho gasto muy vinculado a cotas sociales que tienen difícil marcha atrás, y su contención sometido a un paradigma económico extremadamente complejo.

Dado que no tiene sentido alguno «prohibir» el gasto sanitario, que va a crecer previsiblemente en los próximos años sin mayor remisión, y que la financiación pública —se afirma— no va a mantener el «pari passu» en la provisión de nuevos servicios, de lo que se trata es de instrumentar los cambios adecuados a este nuevo escenario. Por ejemplo, que se aminoren los efectos no deseados que se puedan derivar de medidas complementarias a las actuales de financiación, en un sistema de acceso universal como el nuestro, y se favorezcan marcos en los que se acabe racionando con la mayor racionalidad posible.

(4) Por ejemplo, entre 1990 y 1991, los datos OCDE de gasto sanitario/PIB en Finlandia arrojan un crecimiento de 1,1 (del 7,8 al 8,9). Sin gasto sanitario adicional alguno lo que ello refleja es el descenso del PIB finlandés en un 5,6%.

2. Las medidas de descontento que el Sistema Sanitario Español observa son, en parte, deficiencias de nuestro sistema organizativo (y, por tanto endógenas y corregibles por ésta y no otra vía) y, en parte, de cuestiones relativas a la motivación de sus profesionales. De hecho, su descontento trasciende muchas veces al usuario de los servicios como arma arrojadiza, porque los profesionales, a menudo, no acaban de asumir su papel decisor en un contexto en el que la limitación de recursos provoca repulsa más que solidaridad con los objetivos del sistema sanitario público.

Sin embargo, las cuestiones de incentivación tienen solución difícil en el sector público si se pretende tratarlas secuencialmente con incrementos puros de renta. En la medida que el sesgo cultural de entrada al sector sanitario público es querido y elegido libremente, han de ser otras las razones que impulsen al cambio. Homologados los salarios de los profesionales sanitarios a los niveles correspondientes a titulaciones similares en el sector público, la motivación al cambio que se desee ha de venir a través del convencimiento de la racionalidad de vías clínicas y no clínicas a la eficiencia social, que puedan generar determinados proyectos de demostración.

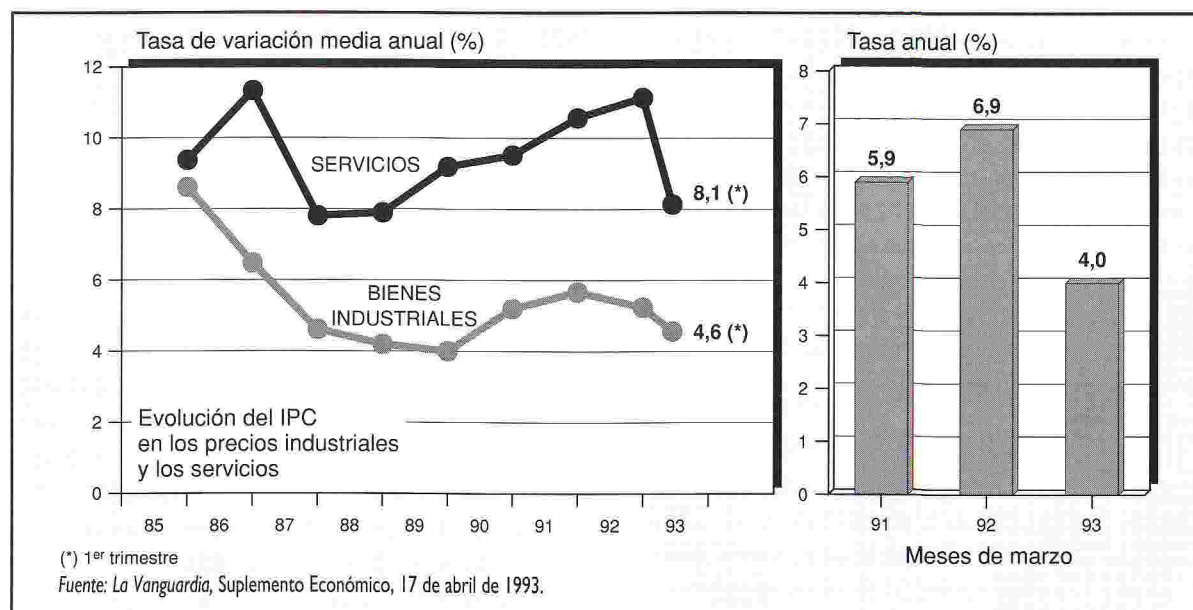
Las actuaciones se deben dirigir, por tanto, *por el lado de los ingresos* a diseñar medidas complementarias a la financiación del gasto sanitario público, con objetivos tales como los de generar el mínimo de regresividad social. Dentro de la idea de seguridad social (esto es, con solidaridad interna en el mecanismo de financiación y no con pago individualizado según riesgo actuarial) los márgenes de las propuestas son enormes y merecedoras de análisis cuidadoso; así, no generan los mismos efectos medidas de financiación complementarias basadas en el pago de un precio íntegro por un servicio no cubierto que el copago por servicios múltiples en el punto de acceso, sean éstos concurrentes o no con los de provisión pública, con techos prefijados o no según renta del usuario, con seguro complementario de resarcimiento o no, con reembolso limitado o no, con prima fijada sobre salarios con bases máximas o sin éstas, con tratamiento fiscal favorable o no, en renta de personas físicas o de sociedades, con bonificación limitada a determinadas rentas o no, y un largo etcétera. Todo ello no es inocuo en las consecuencias que puedan ocasionar en un sistema que se ha definido con vocación universal.

Por el lado del gasto, objeto aquí de atención preferente, el propósito es mostrar las posibilidades de desarrollar políticas de racionamiento con contenidos racionales. Con la estrategia de radicalismo selectivo propuesta, se trata de favorecer polí-

17

CUADRO I

DIFERENCIAL DE INFLACION, PRODUCTIVIDAD APARENTE Y CRECIMIENTO EN EL PIB RELATIVO DEL SECTOR SERVICIOS Y DEL SECTOR SANITARIO SOBRE EL TOTAL EN LA ECONOMIA ESPAÑOLA
Evolución reciente del diferencial de precios entre bienes industriales y servicios



18

Evolución del deflactor implícito del VAB 1980-85 (1980 = 100)

Total	170,7
Sanidad destinada a la venta	205,6
Sanidad no destinada a la venta	191,5

Fuente: Contabilidad Nacional de España

Evolución del diferencial (%) IPC gral y medicina (5) 1984-1992

1985	+3,4	1989	-15,3
1986	-15,8	1990	+1,5
1987	+15,1	1991	+64,1
1988	+31,3	1992	+65,0

ticas que puedan actuar con efectos de resonancia dentro del sistema sanitario. Se trata de este modo de probar que la efectividad clínica no es antinómica a la eficiencia económica, y más aún, que las políticas de equidad tienen su mejor aliado en la consecución de una mayor eficiencia.

Las páginas que siguen recogen los referentes externos e internos propulsores y condicionantes de la estrategia de cambio propuesta por los autores para el Sistema Sanitario Español.

(5) Ponderación en el IPC de gastos privados en sanidad (medicina y farmacia): 1983: 2,39; 1992: 3,13 (farmacia: 6,7%; gastos en medicina: 93,3%).

SECTOR SANITARIO Y REFERENTES EXTERNOS DE LA REFORMA

El déficit comercial, creciente desde la adhesión de España a la Comunidad Europea (el primero del mundo en términos relativos) y la inflación dual de la economía española constituyen el referente externo que recuerda el imperativo de competitividad de la economía española. La superior inflación de los servicios, y especialmente de los servicios sanitarios producidos privadamente, indica, por otra parte, hasta qué punto

19

estos servicios están protegidos de la competencia exterior. Ello propicia la consideración de los cambios a introducir en la regulación de los servicios sanitarios.

En términos similares, en lo que atañe a la productividad diferencial entre sectores, tal como refleja el cuadro adjunto:

VARIACIONES DE LA PRODUCTIVIDAD EN ESPAÑA (1940-89)
(tasas anuales acumulativas)

	Productividad aparente del trabajo	Producción total
Industria	4,7	5,0
Servicios	2,2	4,5

Fuente: J. Alcaide (1990).

El efecto conjunto ha sido una importante tasa media de crecimiento del valor añadido en los servicios colectivos y en la sanidad en particular.

Al no parecer registrar la demanda sanitaria un efecto precio relativo como resultado del diferencial de inflación observado, ya sea por su baja elasticidad o por la no relación unívoca entre precio y coste en la utilización de los servicios sanitarios (públicos en sus tres cuartas partes), éste ha alimentado un importante crecimiento del gasto sanitario, cuya descomposición puede apreciarse en el cuadro 2.

El Plan de Convergencia enuncia, en muy pocas líneas, unas medidas presupuestarias, organizativas y de gestión en Sanidad, fácilmente generadoras de amplio consenso, por los buenos

CUADRO 2

DESCOMPOSICION DEL INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA

	1964-87	1964-75	1975-87
% s/PIB inicial	2,41	2,41	5,05
Crec. nominal	20,58	23,81	17,69
Deflact. sanidad	12,52	10,85	14,08
Deflact. PIB	11,51	9,31	13,57
Exceso precios sanit.	1,01	1,54	0,51
Crec. real	7,16	11,7	3,16
Crec. demográfico	0,88	1,03	0,75
Crec. intensidad	6,22	10,56	2,4
% s/PIB final	6,01	5,05	6,01

Fuente: M. Parellada (1991), p. 29.

propósitos que contiene, así como una política fiscal y presupuestaria «de acompañamiento», por la que se propone mantener la presión fiscal individual en el nivel de 1993 y reducir el déficit público hasta el 1% en 1996; aunque esta última medida ha contado con mucha menor aceptación.

Entre quienes abogan por la reforma de la sanidad pública española, los hay que piensan que la solución del problema se concreta y limita a una reducción de la financiación pública del gasto sanitario, que coadyuve, entre otros efectos, a la eliminación pretendida del déficit público. Ello supone, básicamente, no hacer frente a las necesidades futuras de gasto sanitario público por la vía de la tributación, dejando si acaso abierta la financiación ya sea por la vía de los precios públicos (tiquets) o los privados (primas y precios por servicios no cubiertos).

Se trata, por tanto, de una solución financiera a un problema de financiación del gasto público, y no de contención del gasto total. La anterior valoración favorecería el estudio de medidas de reforma con alcance no tanto al contribuyente como al usuario, con un mayor peso del racionamiento basado en términos de disponibilidad a pagar (precios) y no de cantidades (elegibilidad y tiempos de espera, básicamente).

Si lo que se desea políticamente es no comprometer la financiación pública —esto es, una mayor presión fiscal— a aumentos de gasto sanitario público, parece aconsejable que la discusión se centre en términos de incidencia diferencial (introducción de un elemento financiador nuevo), y no de incidencia absoluta (sustitución de un instrumento por otro) en las consecuencias de la financiación del gasto sanitario.

Para ello, la introducción de tasas por utilización de servicios públicos es una de las políticas posibles dentro de la estrategia anterior. Es tan sólo cuando se rechaza la idea de la afectación de ingresos fiscales a determinadas políticas de gasto social (caso de los impuestos «afectados» o de los recargos específicos), que conceptos como los de tasas por servicios sanitarios aparece como la solución más factible. Dados, sin embargo, los distintos mecanismos de solidaridad implícitos en cada alternativa de financiación (vía precios o vía impuestos), la anterior política adquiere consistencia tan sólo dentro de una estrategia de suministro de servicios públicos que no se entienda como específica a la provisión sanitaria.

El anterior es, en todo caso, un discurso distinto al de la contención del gasto bajo supuestos de racionalización según criterios de eficiencia, necesario en cualquier caso para el economista de la salud, independientemente de cual sea el mecanismo de financiación arbitrado.

De modo ilustrativo, no deja de entrecerarse una cierta dislexia entre la argumentación a veces utilizada entre distintos

actores del sistema sanitario por falta de explicitación del objetivo. Este es el caso, por ejemplo, de quienes abogan (i) por no comprometer una mayor presión fiscal al gasto sanitario público —no importa implícitamente para ellos lo que acontezca con el gasto sanitario total— como podría argumentar un ministro de finanzas, (ii) por mantener un nivel de gasto sanitario público que minimice, en la medida de lo posible, los decibelios del descontento social —la espita del gasto sanitario privado mantenida abierta y al albur de la degradación que pueda derivarse del mayor o menor efecto de la política de contención de gasto en las prestaciones públicas (6)— como podría acaso constituir la preocupación de un ministro de sanidad, o (iii) por racionalizar el conjunto del gasto sanitario, como ha de ser, sin duda, la preocupación de un economista de la salud.

REFERENTES INTERNOS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

20

En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud cubre el 99% de la población, produce públicamente el 67% (7) de los servicios sanitarios y está financiado públicamente en un 78%. Dentro de España, la conocida peculiaridad catalana se traduce en una producción pública que significa el 56% de la producción total (*Comptes* 1992). Lo que la diferencia respecto al resto de España estriba en la producción hospitalaria amplifica su visibilidad. La reducción en «cintura» ha conferido a Cataluña una mayor agilidad gestora. La elocuencia de las tres cifras anteriores (99-67-78) basta como pista introductoria al SSE.

En otro lugar se han analizado las similitudes y contrastes entre el SSE y los sistemas sanitarios de los países desarrollados (8). Algunos de los problemas son ciertamente comunes y, por tanto, las soluciones también pueden ser comunes. Otros muchos no; por ejemplo, los problemas derivados de una

(6) Esta última alternativa constituye, a nuestro entender el peor de los mundos posibles, con una sanidad pública «de alpargata» que haya perdido toda entidad como agente planificador y una sanidad privada «de rolls royce» que va por libre, protegida de la competencia a través de las ventajas que la selección adversa y abuso moral otorga a este sector de negocio.

(7) Barea (1992) elabora estos datos y equipara España con Portugal e Italia en cuanto a porcentaje de producción pública de servicios sanitarios. Merece la pena reseñar que los landers orientales de Alemania parten también con una elavada producción pública de servicios sanitarios.

(8) Véase FEDEA: *La Reforma del Sistema Sanitario*. Madrid: Mundi-Prensa 1992, y Murillo (1991).

Administración Pública que autolimita su eficiencia son específicos del SSE.

Estado de salud

- Esperanza de vida excelente —otra cosa distinta es la capacitación funcional con la que ésta se viva—, superada únicamente por Japón, Suecia, Suiza, Holanda y Noruega. Posición en la jerarquía mundial más acorde con el gasto sanitario per cápita, expresado en paridades de poder de compra, en indicadores —como la mortalidad perinatal— que reflejan en mayor medida el impacto de los servicios sanitarios.
- Patrón de morbi-mortalidad que ha convergido con el de los países desarrollados tras la reciente reducción en la incidencia de algunas enfermedades transmisibles que nos diferenciaban: antroponosis como la brucelosis y la hidatidosis y, particularmente, enfermedades susceptibles de ser evitadas mediante vacunación como difteria, poliomelitis y sarampión.

Factores de riesgo

- Pésima situación en lo referente a tabaquismo (el factor de riesgo al que se le puede atribuir mayor mortalidad e incapacidad en los países desarrollados; en torno a un 15% de las muertes son atribuibles, en España, al tabaquismo).
- 3,8% de la población española bebe en exceso: más de 100 cc de alcohol por día. Se estima que entre un 4 y un 12% de la mortalidad total puede atribuirse al alcohol.
- Excesivas intoxicaciones alimentarias (colza, clenbuterol) y persistencia de otras secuelas negativas del modo de crecimiento como la de un urbanismo insano.
- Accidentes de tráfico como causa importante de mortalidad prematura (anterior a los 70 años). Entre 160.000 y 170.000 víctimas al año, y unas 9.000 muertes anuales en los 30 días siguientes al accidente de tráfico, hacen que la motorización esté suponiendo en España un coste en salud más alto que el de la mayoría de los países europeos. La Ley de Seguridad Vial, de 1992, parece estar teniendo un notable impacto positivo.
- Tasas de mortalidad por accidentes de trabajo sensiblemente más elevadas que en países del entorno económico de España, como Reino Unido, Alemania o Francia.

- En relación a los hábitos de vida relacionados con la salud, deben destacarse el consumo frecuente de tabaco y alcohol, la falta de ejercicio físico y la tendencia hacia una dieta con excesiva ingesta lipídica.

Oferta sanitaria

- 3,6 médicos por 1.000 habitantes, cifra muy alta, que empeora si se ajusta por oferta asistencial.
- Ratio enfermería/médico de 1,1, muy inferior al de los países de la CE.
- Atención médica primaria todavía sin historia clínica ni examen físico en bastantes lugares con el efecto asociado de uso irracional de fármacos.
- SSE centrado en los hospitales no por el porcentaje del gasto que a los mismos se dedica (en torno al 50%) ni por la oferta de camas (3,5 camas de agudos por 1.000 habitantes sólo rebajada en la CE por Reino Unido y Portugal) sino por el comparativamente escaso valor que se está obteniendo del gasto sanitario no hospitalario. Los hospitales se han constituido en macrocentros de urgencias y «sparring» de las insuficiencias del sistema.
- Insuficiente y tardía adaptación de la oferta a los cambios en morbilidad y aspiraciones de la población (reconversión de camas de agudos en camas de crónicos, mayor orientación hacia el usuario).
- Escasa tradición de pago por acto, a valorar en principio como afortunada.

En conjunto, el gasto sanitario se sitúa en la recta de regresión del gasto per cápita sobre PIB per cápita en un corte transversal de los países desarrollados. El grado de financiación pública y la existencia de un financiador público dominante permiten el control de la oferta y el ejercicio de poder monopsonístico.

HACIA LA REFORMA RADICAL: LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Cualquier objetivo que pretenda introducir criterios de eficiencia en la racionalización del gasto sanitario requiere conju-

gar en la decisión clínica los beneficios de la actividad clínica con aspectos relativos a costes (o lo que los economistas identifican como punto de confluencia de la «isocuanta» de actividad y la restricción presupuestaria o línea de «isocoste»).

La denominada isocuanta de producción recoge diferentes combinaciones de factores productivos (horas de trabajo o equipamiento disponible; horas de personal sanitario o fungibles; horas de personal médico o de profesionales de enfermería; de médico adjunto o MIR, etc.), que garantizan un mismo nivel de producción (9).

Los factores que en concreto deben entrar en dicho análisis dependen naturalmente de la actividad de que se trate. Así, si el *quantum* viene referido a la analítica, ésta se puede conseguir con más o menos horas de trabajo manual, según el nivel de equipamiento del laboratorio; si a una primera visita ambulatoria, con más o menos tiempo de médico o de enfermería; si el output se identifica como un grupo determinado de diagnósticos, se podrá desarrollar con una categoría u otra personal y una categoría u otra de suministros sanitarios (10).

Nótese, por tanto, en primer lugar, que para poder hablar de isocuanta tienen que existir distintas maneras de desarrollar una actividad o conseguir un resultado. Puede que no sean infinitas, y que la isocuanta no sea continua y definida en todos sus puntos; pero, en todo caso, tiene que existir más de una alternativa. Si éste no es el caso porque no se está dispuesto a revisar práctica clínica alguna la búsqueda de la eficiencia queda cortocircuitada.

En segundo lugar, conviene recordar que la isocuanta es una curva asintótica a los ejes y de pendiente negativa. Es decir, si se sustituye un factor (horas de médico adjunto hospitalario de seis horas, por ejemplo), se tiene que reemplazar con cantidades adicionales del otro factor (horas quizás de médicos en formación) para garantizar un mismo nivel de actividad: ni se pueden sustituir ambos factores a la vez, ni necesariamente han de crecer al unísono (¡complementar siempre es receta más sencilla que sustituir!). Es, además, asintótica a los ejes y no una línea recta, por cuanto las posibilidades de intercambiar un factor por otro se hacen cada vez más difíciles en los extremos (cuando se han forzado ya en gran medida los cambios), si se desea preservar el contenido y calidad en el resultado: los

(9) El comentario anterior se refiere a dos factores, para poder *visualizar* mejor el contenido del problema, pero la generalización a más factores no hace variar la naturaleza del análisis propuesto.

(10) Se ha de resaltar que una actividad con diferentes niveles de calidad implica outputs diferentes: de aquí la importancia de que el output tome buena nota de la casuística o éste se ajuste de manera sensible a la realidad (quien mejor conoce dichas diferencias, y por tanto la validez del análisis concreto, es el profesional sanitario).

21

ordenadores sustituyen mano de obra en los registros, pero alguien los tiene que conectar y suministrarles los datos.

Finalmente, en estas pinceladas de cómo racionalizar el gasto, conviene enfatizar que el reino de la actividad, del «quantum», se tiene que hacer concordar con el reino de los costes. La isocuanta se ha de conjugar, por tanto, con la línea de «isocoste» o restricción presupuestaria, a la vista de cuanto cuesta adquirir uno u otro fungible, uno u otro factor (los precios de los inputs o los sueldos relativos, por ejemplo, entre diversas categorías de profesionales), etc. dentro del límite que supone el total del presupuesto asignado. La cantidad de los distintos factores será óptima, sin ambigüedades si se quiere evitar el despilfarro, cuando permita obtener un output máximo (11).

En definitiva, el equilibrio razonable se produce cuando los «beneficios» (actividad) de la práctica clínica «sintoniza» —deviene compatible— con el «reino de los costes». En esto consiste la eficiencia en la asignación de los recursos.

El equilibrio se alcanzará o no en función de la capacidad de gestión que muestren los distintos decisores en el sistema. En la práctica, ello se reflejará en la minimización de costes, tal como resulta, por ejemplo, de la optimización de: a) la retribución por unidad de recursos utilizados —política de compras—, b) de los procedimientos realizados por usuario —políticas clínicas—, c) de los recursos por procedimiento incluido en el protocolo —intensidad—, d) de la desviación entre recursos realmente utilizados y los teóricamente necesarios en aquella tecnología —eficiencia de gestión—, y, finalmente, e) del número de usuarios, tamaño o dimensión de la actividad, en lo que se refiere a las distintas escalas de producción, no todas ellas igualmente óptimas.

Factores tales como los recogidos en los puntos b, c, d están sin duda en manos de los médicos. La dispersión en prácticas observadas puede constituir sin duda reflejo de ineficiencia.

No deja de sorprender, en este sentido, los elevados coeficientes de variación observados en la mayoría de prácticas clínicas sanitarias para idénticos episodios —según centro en el que se ejerce, área geográfica, e incluso edad de los profesionales sanitarios—, su replanteamiento y revisión parecen ser bastante escasos. Siendo regla de comportamiento generalmente aceptada que eficiencia, tranquilidad de espíritu y ética en la actuación están presentes simultáneamente cuando «lo más dudoso de la actividad que se desempeña (candidato a lo

peor) continúa siendo mejor que la mejor de las alternativas que no se llevan a la práctica», resulta difícil entender el escaso cribaje autocrítico que buena parte de los profesionales médicos realizan, incluso en el margen, de las prácticas realizadas. Algunas ilustraciones de dicha afirmación (gráficos 1 a 5) se comentan a continuación.

Dichos gráficos apuntan (12) a una réplica de lo observado en otros países: escasa variabilidad en procedimientos de efectividad objetiva, donde existe coincidencia médica en las indicaciones, y las tasas quirúrgicas y de hospitalización reflejan fundamentalmente tasas de incidencia. Apendicitis (gráfico 3) y hernia (gráfico 4) aparecen correctamente como procedimientos de efectividad objetiva, con coeficientes de variación de 0,195 y 0,204, respectivamente.

Gran variabilidad, por otra parte, en procedimientos de efectividad «subjetiva» (en función de experiencia personal) en los cuales no existe consenso en cuanto a indicaciones y la variabilidad en tasas quirúrgicas y tasas de hospitalización se explica fundamentalmente por variables relacionadas con la oferta y las formas de pago. Enfermedades hipertensivas (gráfico 1), varices miembros inferiores (gráfico 2) e hiperplasia de próstata (gráfico 5) aparecen, tal como era esperable, como procedimientos de efectividad subjetiva, con coeficientes de variación de 0,488, 0,578 y 0,498, respectivamente.

En general, la relativamente escasa cultura existente en favor de revisar prácticas a la búsqueda de la mayor eficiencia es, a nuestro entender, uno de los rasgos más preocupantes del sector sanitario en la actualidad. Pese a ello, sin este cambio cultural no se adivina como referentes internos y externos de la reforma sanitaria pueden resultar compatibles. En consecuencia, el impacto que sobre el anterior estado de hechos puede generar una estrategia de radicalismo selectivo para el cambio deseado de actitudes, pensamos nosotros puede ser decisivo.

LIMITACIONES AL RADICALISMO EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

Al anterior diagnóstico de problemas que marcan las posibilidades de racionalizar el gasto sanitario en general, se añaden

(12) Para concluir sobre este tema se debe como mínimo ajustar las tasas por edad y sexo y definir unidades geográficas más pequeñas con objeto de evitar la falacia ecológica. Un segundo paso es el de explicar las diferencias bien con datos agregados referidos a la unidad geográfica considerada bien mediante la revisión de historias clínicas.

GRAFICO 1
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (CIE 401-405) SEGUN PROVINCIA DE RESIDENCIA

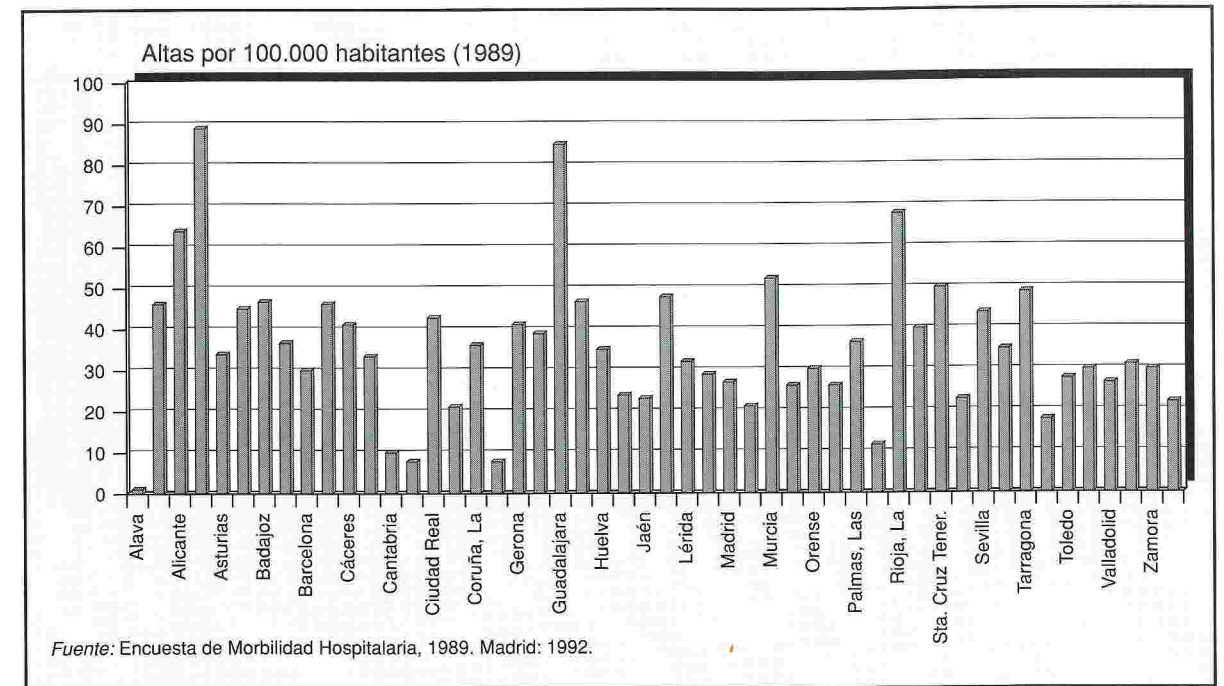


GRAFICO 2
VARICES MIEMBROS INFERIORES (CIE 454) SEGUN PROVINCIA DE RESIDENCIA

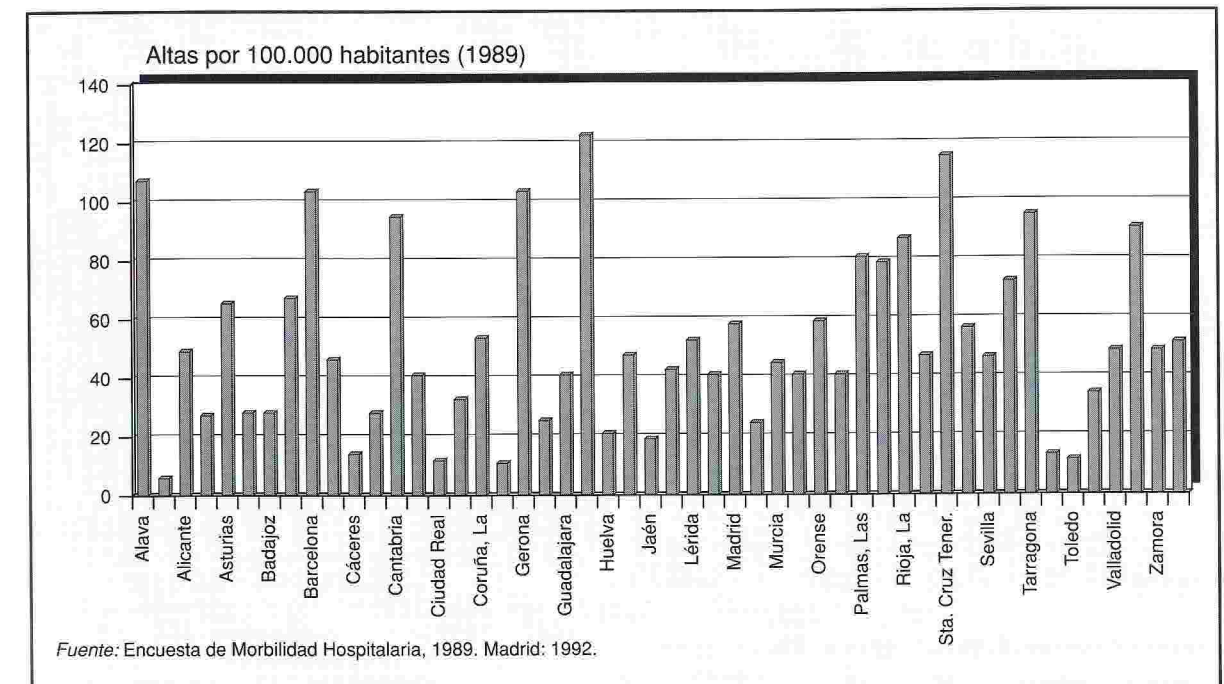


GRAFICO 3
APENDICITIS (CIE 540-543) SEGUN PROVINCIA DE RESIDENCIA

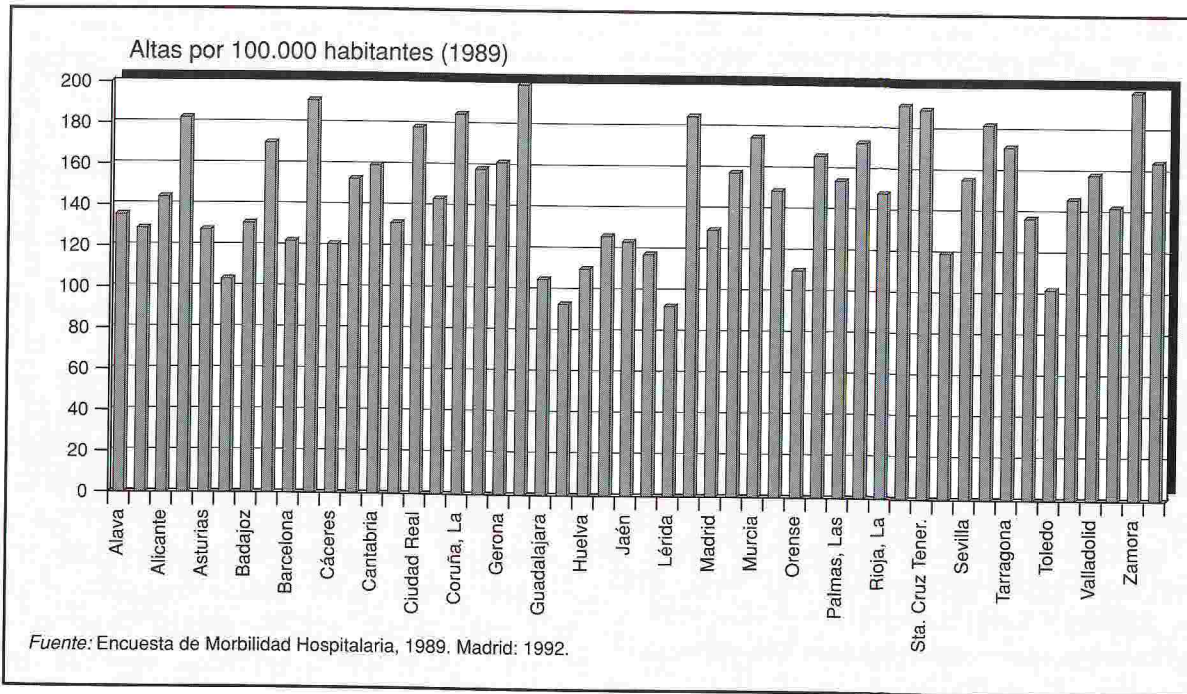


GRAFICO 4
HERNIA (CIE 550-553) SEGUN PROVINCIA DE RESIDENCIA

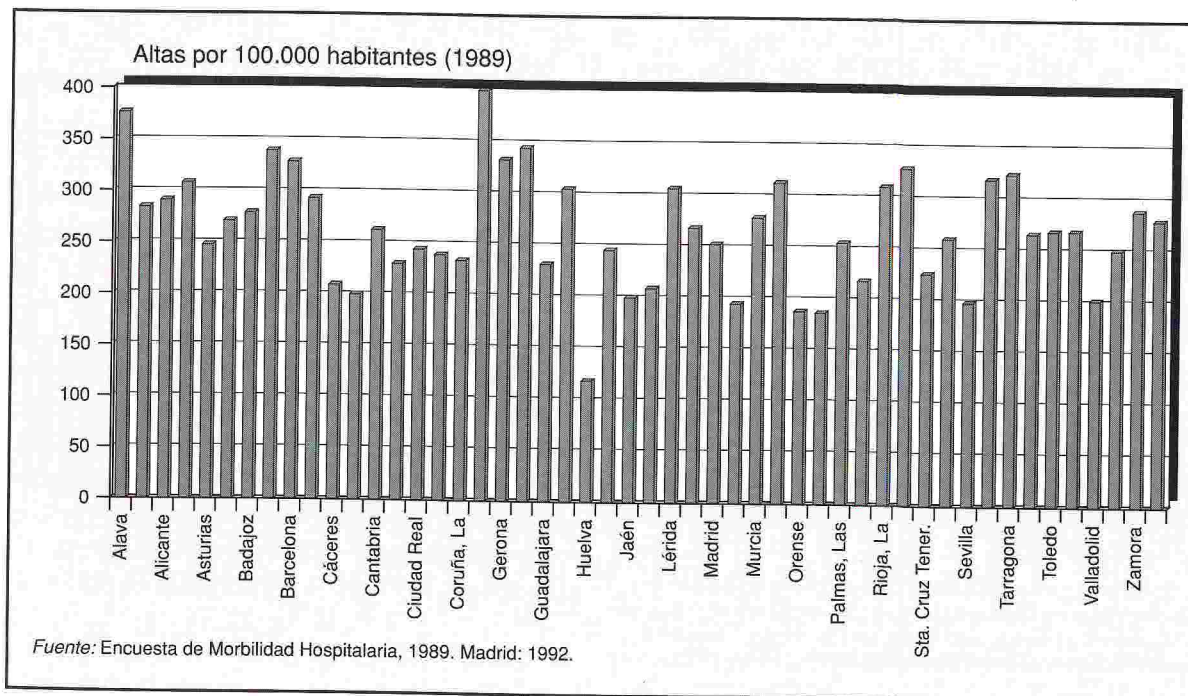
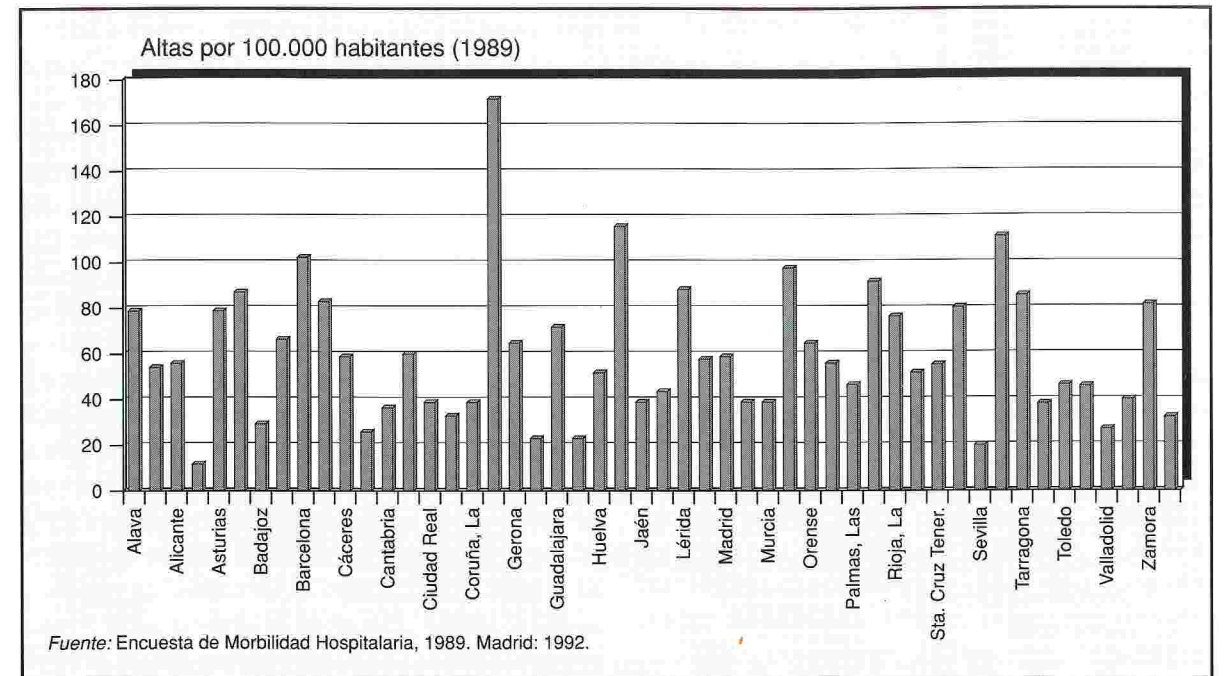


GRAFICO 5
HIPERPLASIA PROSTATI (CIE 600) SEGUN PROVINCIA DE RESIDENCIA



algunos rasgos propios a la realidad del sistema sanitario público español, que vienen a limitar el radicalismo deseable. Entre estos:

– *Una Administración Pública que, de hecho, autolimita su eficiencia*

La reforma administrativa debe resolver en algunos casos los problemas creados por la propia regulación administrativa. Ello se debe a la inadaptación a las características que debe reunir el marco regulador de la producción de servicios sanitarios en un país desarrollado (13).

En el terreno económico el ajuste de la reforma pasa, en gran parte pues, por la reconversión de determinadas prácticas organizativas, contables o de gestión del sector público en general y del sanitario en particular (14). La sustitución de la función interventora por el llamado control financiero permanente en los hospitales del Insalud, a partir de la Ley de Presu-

puestos de 1993, se ha de entender dentro de estas coordenadas de cambio regulatorio. Ello no implica ni privatización, ni necesariamente desregulación *urbi et orbe*, ni una purga de reducción del sector público, pero sí cambios en los contenidos de la regulación a la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión pública (Ortún, 1992).

– *La descentralización política como proceso abierto* añade tensiones y dificultades a las que se derivan de la citada autolimitación de la eficiencia de la propia Administración. El cuestionamiento del grado de autonomía que se quiere dar a algunas Comunidades Autónomas dentro del modelo sanitario afecta de lleno a la financiación y gestión de los servicios sanitarios transferidos (Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia y Navarra). Ello explica en parte la gran atención que se presta a las diferencias territoriales en gasto sanitario público por persona protegida. Las propuestas de revisión del modelo de financiación van desde incorporar la sanidad al modelo LOFCA (Sanfrutos, 1991) hasta la descentralización de los ingresos que permitiera a cada Comunidad establecer libremente tanto la cuantía como la composición del gasto sanitario (López Casasnovas, 1992).

En conjunto, por tanto, la posibilidad de implementar reformas radicales fuera de marcos normativos dirigistas uniformado-

(13) El sector sanitario público produce el 67% de los servicios sanitarios. La atención extrahospitalaria –asistencia médica primaria más especialistas no integrados– se realice en instalaciones públicas por profesionales y trabajadores vinculados estatutariamente al sector público.

(14) El mal funcionamiento de la Administración en España es visto, desde otros países europeos, como un claro elemento diferenciador. La gestión pública en España es, en la mayoría de los casos, mera administración burocrática y el gestor público un experto en normas y procedimientos.

CUADRO 3 EJEMPLOS DE RADICALISMO SELECTIVO

Cirugía sin ingreso
 Empleo de normas de derecho privado para la gestión pública
 Integración de especialistas en los hospitales
 Historia clínica en la atención primaria no reformada
 Coordinación traslados secundarios
 Economías de escala a través de redes y acuerdos de cooperación
 Ciertas reformas de la atención primaria
 Información sobre uso de medicamentos
 Incorporación incentivos dirigidos a objetivos sensibles
 Gestión compras e inventarios
 Unidosis en farmacia
 Coordinación entre servicios socio-sanitarios y sanitarios
 Cuidados paliativos
 Algunas campañas de intervención comunitaria sobre factores de riesgo
 Personalización del trato y orientación hacia el usuario
 Introducción presupuestos descentralizados y esquema DPO
 Dirección por objetivos
 Libre elección
 Organización salud pública en agencias más ágiles, capaces de adaptarse al cambio tecnológico y de trabajar para el sector privado
 Centralización de listas de espera en regiones sanitarias

26

res, y contando con capacidades limitadas de gestión administrativa de los servicios sanitarios, resulta en este sentido reducida.

EL RADICALISMO SELECTIVO

El radicalismo selectivo postulado no puede perder, sin embargo, la clarividencia acerca de los grandes objetivos de cualquier sistema sanitario. Estos son:

- 1) conseguir unos buenos indicadores de *salud*,
- 2) proporcionar *satisfacción* a la población, y
- 3) controlar el *gasto*.

Las reformas planteadas, e incluso alguna de ellas en curso, en el Sistema Sanitario Español se agrupan en tres familias de actuaciones que casi comparten acrónimo. Estas se esbozan en tres estuches (15) (PEC-SALUD, PECA-SATISFACCION,

(15) Los estuches se fabrican a posteriori en función del objeto que se quiere guardar. Son lo contrario de las «cajas vacías», metáfora utilizada por Rafael Sánchez Ferlosio, para ilustrar la intransitividad del ser, la falta de objetivo que justifique las acciones realizadas.

PECF-GASTO) en los que conviene situar los esfuerzos en gestión e investigación que se están desarrollando en España para mejorar el sistema sanitario. La ubicación de tales esfuerzos en uno de los tres estuches atiende fundamentalmente al objetivo social (salud, satisfacción o gasto) con el que tiene mayor relación.

Todas las experiencias y propuestas de los estuches comparten la actitud que rechaza tanto el «cuanto peor, mejor» como el discurso moderno pero ectópico del «más papista que el papa». El cuadro 3 recoge ejemplos de radicalismo selectivo, definido éste como conjunto de transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y reducido.

RADICALISMO SELECTIVO: PEC-SALUD

(PEC es el acrónimo de Promoción y prevención, Efectividad, y Capitalación.)

Promoción y prevención

La salud como producto final implica un planteamiento cada vez más serio de las actividades de promoción y prevención de la salud, tanto en la actividad asistencial como fuera de ella.

La salud como producto supone enfatizar la consideración de las políticas públicas no sanitarias que tienen clara influencia sobre la salud, como son las de redistribución de renta, las educativas, las de vivienda y las que afectan el empleo.

El optimismo respecto a la Medicina tiene un límite. Esta ha resuelto de forma efectiva problemas de salud y encontrado los medios para paliar los síntomas de otros problemas, pero el frente más importante continúa radicando en los factores que explican la incidencia de las enfermedades. Los determinantes de la enfermedad son primordialmente económicos y sociales por lo que sus remedios deben también ser económicos y sociales. La Medicina y la política continúan unidas (Rose, 1992). En este sentido, los *Planes de Salud* han de ordenar las actuaciones sanitarias para conseguir objetivos de salud y se preocupan por monitorizar el impacto sobre la salud de las actuaciones no sanitarias. A medio plazo, también los *Planes de Salud* pueden contribuir a la recuperación de objetivos expresados en términos de salud. Costará operativizar los planes de salud, traducirlos en incentivos profesionales y financieros, pero en ello está la clave.

Pese a las dificultades anteriores, se está avanzando en la traslación de *Planes de Salud* a gestión de servicios sanitarios. Por ejemplo, en algunos casos (16), se plantea ya que una parte del presupuesto de las Áreas Básicas de Salud dependa del grado de cribaje, detección y control de los problemas sanitarios definidos como prioritarios. La evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos se puede realizar mediante auditoría de historias clínicas, encuestas a población, monitorización del valor intrínseco y grado potencial de uso de los fármacos en atención primaria y monitorización de la asistencia domiciliaria. Esta nos parece una vía de avance, en la estrategia del radicalismo selectivo, consistente con los tres grandes objetivos del sistema.

Efectividad

Plantearse la salud como objetivo supone que los servicios sanitarios han de reducir la variabilidad arbitraria en las tasas

(16) Este es el caso del Plan Estratégico 1993-95 del Sector Gavá-El Prat-Sant Boi en Cataluña.

quirúrgicas, de frecuentación hospitalaria, de utilización de pruebas diagnósticas, etc., mediante un mejor conocimiento de su efectividad.

Por efectividad se entiende la probabilidad que tiene una persona de una sociedad determinada de beneficiarse de la aplicación de una tecnología a la solución de su problema de salud. Depende de numerosos factores y no puede darse por supuesta. De hecho «extrapolando a partir de la literatura disponible, podría pasarse sin una cuarta parte de días de estancia en hospitales, una cuarta parte de intervenciones y dos quintas partes de la medicación» (Brook, 1989). Hasta una cuarta parte del gasto sanitario de EE.UU. se gasta en atenciones innecesarias e incluso perjudiciales.

Ciertas tendencias panglosianas en Economía (si alguien paga para que le amputen innecesariamente una oreja es porque su utilidad marginal supera a su coste marginal) se esfuerzan por calcular pérdidas de bienestar asociadas al aseguramiento —por consumo excesivo— y tratan de calcular un co-pago óptimo que equilibre las ganancias en utilidad derivadas del hecho de estar asegurado con las pérdidas derivadas del consumo excesivo por aseguramiento. Se basan en supuestos habituales, pero empíricamente falsos, de disminución de la cantidad demandada de servicios sanitarios a medida que el precio sube; disminución a su vez concretada en los servicios que menos valora el usuario. Es esta la pretensión genérica de utilizar el mecanismo de precios en los servicios sanitarios como instrumento de racionamiento más que como mecanismo de financiación adicional. Se ignora con ello que la demanda es inducida por la oferta y que sólo en aspectos marginales de hostelería sanitaria cabe localizar los efectos esperados de un mecanismo de precios en sanidad.

La ausencia o indeterminación de una función de demanda, como tal, de los servicios sanitarios, se refleja en que, en la realidad, lo que se observa en relación al comportamiento del consumidor es un solo punto de su consumo; esto es, las prestaciones sanitarias recibidas en la situación concreta a la que se enfrenta el demandante. La ansiedad con que responden los pacientes a síntomas de carencia de salud les pone en la mayoría de los casos en manos de profesionales. No es la incertidumbre que ello ocasiona, algo que se pueda eliminar o traducir a riesgos escalonados, por la vía del suministro de mayor información, de acuerdo con la asignación estándar de probabilidades. Es la persistencia de la incertidumbre —incluso su aumento con el suministro de mayor información—, a la que se añade la relativa a la propia efectividad de la asistencia, la que acaba haciendo que la demanda del consumidor sea indeterminada en términos de los servicios que se desean.

27

Por tanto, resulta muy complejo traducir en variaciones del comportamiento individual (cantidades demandadas), diferencias en el coste de oportunidad que afrontaría el individuo en los distintos supuestos. Se identifica un punto de la demanda-consumo (uso real de los servicios sanitarios) y no un continuo de observaciones (variaciones en el excedente del consumidor) que reflejen el comportamiento de demandantes sensibles a cambios en los «precios» (17). Más aún, estudios como el de Lohr (1986) muestra que los consumidores que se enfrentan a subidas de precios reducen tanto la demanda de servicios sanitarios efectivos como la de los no efectivos.

Aunque ello no es ciertamente generalizable a todos los servicios sanitarios, sí conviene reconocer que contiene los supuestos más comunes y más importantes –los de la asistencia «dura»–, que se han de analizar, por tanto, desde esta óptica (18).

Por tanto, la pérdida social de bienestar sustancial es la asociada al consumo de servicios innecesarios y perjudiciales. La investigación sobre efectividad proporciona, para la mayor parte de servicios sanitarios, un mejor juicio acerca de cuál es la atención sanitaria más conveniente que las elecciones de un consumidor individual en el mercado (Rice, 1992).

En España se han publicado ya algunos estudios sobre efectividad (por ejemplo, Bonfill, 1992) y adecuación (por ejemplo, Matorras, 1989). Otros sobre estos temas están en proceso de edición. Los primeros resultados replican observaciones efectuadas en otros países sobre la importancia de las prácticas no efectivas o no adecuadas.

Así se encuentra que el 5% de los ingresos con EPOC (19) y el 15,5% de sus días de estancia resultaron inactivos, mientras que en los pacientes con neoplasia de pulmón, el 14% de los ingresos y el 40% de los días de estancia fueron inactivos. Las

(17) Ello podría estimarse a través de una encuesta de utilización de los recursos sanitarios, por ejemplo a partir de los gastos familiares de colectivos idénticos (o similares) en distintos momentos del tiempo. La construcción de funciones «educación-consumo» o «renta-consumo», en contraposición a las tradicionales líneas «precio-consumo» que asumen cambios para el individuo en el ratio de precios relativos o costes de oportunidad (precisamente de observación infactible de acuerdo con, lo visto), podrían considerarse la dificultad observada en derivar patrones de consumo similares entre distintos colectivos (para distintos supuestos de coste-oportunidad) en un solo momento de tiempo, favorecería la segunda aproximación propuesta.

(18) El análisis debería centrarse, por tanto, en cómo el mismo individuo, afrontando idéntico coste de oportunidad –en la situación angustiosa de la pérdida de estado de salud–, variará su pauta de consumo en función de cambios en la cultura sanitaria. Esta parece una observación del comportamiento mucho más interesante –y factible–, a efectos de analizar consumos individuales, más allá de supuestos cambios en los niveles de precios existentes en cada momento del tiempo.

(19) EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

principales causas de inadecuación fueron causas sociales y realización de pruebas diagnósticas que podrían haberse hecho ambulatoriamente.

O que las variaciones, entre CC.AA., en tasas de admisión hospitalaria, ajustadas por edad, son mucho mayores para procedimientos de «efectividad subjetiva» (varices, amígdalas, hipertensión arterial) que para procedimientos de «efectividad objetiva» (hernia, apéndice, infarto agudo de miocardio). (Véanse gráficos 1 al 5).

Uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, las intervenciones de cristalino, tienen una estancia media de 8,7 días en algunos hospitales (870 estancias para 100 pacientes intervenidos) y –en otros hospitales– la estancia media es de 1,9 días para el 58% de pacientes que se ingresa, pues en el restante 42% se efectúa cirugía sin ingreso. Esto supone 110 estancias por 100 pacientes ingresados (Iasist, 1993).

Al fin y al cabo la Medicina se difunde universalmente por lo que ha de esperarse que las variaciones no explicadas observadas en otros países se repliquen también en España.

Capitación

Asignar recursos sobre bases capitativas, algo corregidas, así como pagar a los médicos de cabecera per cápita, también con algunas correcciones, supone un reconocimiento implícito de la salud como producto final.

En coherencia con la afirmación anterior, el papel de la oferta para la eficiencia con la que se utilizan los servicios sanitarios deviene crucial. La relevancia del comportamiento del profesional sanitario, de acuerdo con el análisis anterior, no se debería a la capacidad de inducir demanda (más profesionales, más utilización sanitaria –con precios no perfectamente flexibles al número de proveedores) (20) sino a su capacidad de interpretar la respuesta necesaria a la demanda indeterminada del paciente.

(20) Diversas son las razones para ello. La más clara, que con remuneraciones capitativas no se requiere el ajuste de cantidades (desplazando la demanda hacia arriba, para conseguir un nivel de renta predeterminado, cuando la oferta se ha desplazado hacia abajo. En segundo lugar, ello no se produciría debido a que el incentivo a la sobre utilización, supuestamente querida por el médico (a igual demanda), no existiría.

Sólo en el caso de que estuviesen presentes otros elementos distintos a la renta, y que se relacionasen con la introducción de demanda, podría postularse que el incremento de oferta (médicos per cápita) no se reflejaría completamente en una baja de precios, acompañándose de un aumento –inducido– de la demanda, que amortiguaría en parte el descenso de los precios.

Interpretar la demanda por parte del profesional sanitario –qué cuidados ofrecer al requerimiento «ansioso» del paciente por recuperar el estado de salud perdido– implica incorporar las restricciones de capacidad (física y de conocimiento), y en su caso de elegibilidad o acceso. Que la decisión que ante el caso concreto adopte el profesional sea desde el punto de vista anterior «razonable» (sin duda, que acompase beneficios con costes en el margen) resulta en el sector sanitario un juego a una sola carta: los límites explícitos o implícitos a la conducta que incorporen en su decisión los profesionales.

Mecanismos de financiación como el capitativo, que favorezcan comportamientos económicos razonables a sus agentes, es quizás a lo que debiera aspirar el sistema sanitario. En correspondencia a ello, el SSE debería estructurarse «razonablemente», permitiendo la actuación de sus profesionales dentro de los lugares comunes de la ciencia médica o del consenso sanitario y de la racionalidad económica. No sería desde esta óptica «razonable» asumir falacias del siguiente orden: a) que si el servicio se ha suministrado ello es prueba de que era necesario; b) que si aumenta la utilización y los costes sanitarios es debido a que las necesidades sanitarias de la población han crecido; o c) que siendo el propósito de los sistemas sanitarios el resolver las necesidades sanitarias que surjan en la realidad, más recursos se han de asignar a este sector de la actividad productiva. Del mismo modo no sería tampoco razonable «hacer lo que haga falta» para mejorar la salud del paciente, independientemente de su coste.

RADICALISMO SELECTIVO: PECA-SATISFACCION

El resultado de las elecciones y asuntos todavía más importantes, como el grado de cohesión social, depende de la satisfacción de los ciudadanos. Efectividad y adecuación constituyen condiciones necesarias pero no suficientes de la satisfacción. (PECA es, en las páginas que siguen, acrónimo de Participación, Elección, Confianza y Amabilidad).

Participación

La participación puede abandonar su connotación etérea y concretarse mediante tres vías: repolitización, protagonismo de las Corporaciones Locales y restitución de soberanía al paciente.

La repolitización del significado de salud supone recuperar la discusión sobre valores, actualmente confinada al aparato tecnocrático (Elola, 1989). El mismo Elola recoge el ejemplo de la respuesta tecnocrática al envejecimiento en base a servicios médicos cuando una sociedad repolitizada desarrollaría, tal vez, soluciones por medio de políticas preventivas, mayor atención al derecho a una muerte digna y prestando interés a la calidad y no sólo a la duración de la vida.

En un terreno más inmediato una mayor participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios ofrece diversas posibilidades de una mayor participación ciudadana: participación de los municipios en la gestión de nuevas infraestructuras, en el mantenimiento de los centros de salud, fomento de fórmulas consorciales y de gestión compartida (Peiró y Tarrazona, 1992).

Finalmente, en la decisión clínica, y especialmente en alternativas donde la elección mejor depende de la valoración subjetiva de los síntomas que efectúe cada paciente (caso, por ejemplo, de la prostatectomía en hiperplasia benigna de próstata) la participación de éste constituye un prerrequisito tanto de la maximización de la salud como de la satisfacción de actuar con albedrío y control.

Elección

En usuarios informados y para ciertos procedimientos la posibilidad de elegir es en sí misma generadora de satisfacción. Sin grandes cambios en el sistema puede generalizarse la libre elección de médico por el paciente. Esta libre elección ha de tener una serie de limitaciones lógicas que impidan el aumento de costes y el oportunismo de los pacientes y permitan la continuidad de la asistencia (a través de la historia clínica por ejemplo). También, con limitaciones, el médico ha de poder elegir paciente y el de cabecera los especialistas a los que deriva sus pacientes (Gérvás, 1992).

Con cambios mayores, en la línea de separar financiación de servicios sanitarios de la producción de los mismos, cabe estimular todavía más la elección por parte del usuario.

Confianza

Las sociedades en las que la confianza pública entre los individuos, y de éstos hacia las instituciones públicas, es el principio social dominante el progreso es más fácil.

Un ejemplo: ...la decadencia del reino de Nápoles, que pasa de ser una sociedad floreciente durante el dominio catalanoaragonés a convertirse en una sociedad depauperada tras la llegada de los Habsburgo españoles... los reyes españoles consiguen de forma premeditada la destrucción de las normas sociales del Nápoles catalanoaragonés que daban amparo al crédito mutuo de los ciudadanos... Felipe II se propone empobrecer al reino para que resulte fácil mantenerlo sometido. Con este fin, la política de hispanización sustituye sistemáticamente los valores basados en la confianza mutua por unos valores centrados en el amor propio y en la honra personal. No es difícil imaginar que un hombre que antepone su honra a las normas sociales acaba por convertirse en su propio legislador, y dificulta, por tanto, la posibilidad de confiar en él (Bosch, 1989).

Amabilidad

Los mojonos distintivos del camino a recorrer en este campo serían:

- Orientación al usuario de todo el ejercicio profesional en la sanidad, con todo lo que ello implica en términos de planificación y gestión de los servicios.
- Revalorización de los puestos de trabajo de «trincheras», en contacto con el usuario, prestadores del servicio y creadores de la imagen.
- Poda de servicios centrales blindados, excesivamente jerárquicos y posiblemente cotizados en exceso.

Aunque las cosas han cambiado ya algo y se han producido mejoras en la amabilidad y trato en bastantes servicios públicos queda mucho trecho por recorrer. La amabilidad desborda la liturgia de la sonrisa. Exige clara conciencia, en suma, de que las utilidades relevantes en una decisión son las del usuario. Para dicho propósito, la satisfacción del usuario ha de medirse mediante encuestas y ser tenida en cuenta a la hora de efectuar repartos presupuestarios.

RADICALISMO SELECTIVO: PECF-GASTO

(PECF es el acrónimo de Presupuestación, Eficiencia Clínica, Competencia y Flexibilidad.)

Presupuestación

Recuperación del presupuesto como expresión efectiva de aspiraciones colectivas e instrumento de gestión.

La presupuestación con importante financiación pública, y con financiador único o financiadores múltiples actuando al unísono, constituye un inestimable instrumento de control de la oferta (a través del que racionamiento con racionalización resulta más factible: instalaciones en las que se invierte, profesionales que se forman, recursos que se dotan) y de expresión del poder monopsonístico sobre precios.

Eficiencia clínica

Tanto mejor calidad en la decisión como en la ejecución de las decisiones clínicas. Las políticas clínicas, que constituyen el sistema nervioso central de la práctica médica, han de huir tanto de las variaciones arbitrarias no justificadas (y explicables tan sólo por la ausencia de conocimiento acerca de la efectividad de los procedimientos) como de la protocolización rígida que no permite adaptaciones a los pacientes individuales. La eficiencia clínica pasa por la efectividad y resulta aplicable aquí lo referido en el epígrafe correspondiente a efectividad de la estrategia PEC-SALUD.

Las consideraciones «económicas» que la palabra eficiencia añade se refieren tanto a la medida del impacto de los servicios (no únicamente en base a parámetros fisiológicos sino también según indicadores de bienestar individual) como a la incorporación del coste de oportunidad social.

Asimismo la perspectiva económica también puede aportar instrumentos de mejora de la eficiencia clínica por vías no clínicas, como cambios en la organización (adecuada a la naturaleza del trabajo clínico), financiación (presupuestos clínicos por ejemplo) y sistemas de información (centralidad de la historia clínica como documento que mejora la calidad de la asistencia y que debidamente explotado ayuda a rectificar el rumbo).

Competencia

Las posibilidades y prerequisites de la competencia deseable serían: que exista competencia potencial, que los costes de transacción no excedan beneficios eventuales y que los proveedores no consigan regulación en su propio interés.

Flexibilidad

El fomentar la movilidad funcional y geográfica de la mano de obra figura como reforma estructural en el Plan de Convergencia. Y, en general, las medidas destinadas a mejorar la eficiencia del mercado de trabajo destacan en cualquier prescripción de política económica.

No parecen existir razones especiales para que la deseada flexibilidad laboral no sea aplicable a la mayor parte de los más de dos millones de trabajadores al servicio del sector público, y —en sanidad en particular— a la práctica totalidad de sus profesionales y trabajadores.

La flexibilidad laboral que conviene al sector sanitario público y privado español es de cinco tipos:

- 1) Adaptabilidad por vía de contratos y despidos.
- 2) La que convenga al proceso creciente de externalización.
- 3) Interna para organizar el trabajo, modificar jornadas y turnos.
- 4) Funcional, estímulo a la polivalencia.
- 5) Salarial.

CONCLUSION

En resumen, a lo largo del texto hemos analizado el contenido de un proceso de reforma sanitaria basado en el radicalismo selectivo; es decir, huyendo de propuestas inespecíficas al Sistema Sanitario Español, empezar a favorecer propuestas concretas de cambio, con resonancia que trascienda de sus límites iniciales de demostración.

La ineficiencia de la producción pública —cuando y donde se produce no hay que darla por supuesta— no se derivaría así tanto, a nuestro entender, de un estigma perverso implícito en la gestión de la cosa pública, como de la falta de incentivos individuales y organizativos con los que desarrolla su actividad el sector sanitario.

El mantenimiento de la financiación básica en manos del sector público, regulación de prestaciones y contenidos de acreditación se refuerzan como ventajas que parece conveniente preservar y abren unas nuevas reglas de juego para la gestión sanitaria pública. Se trata en último término de conseguir que los cuidados de salud, capaces en entornos alternativos de reproducir los peores elementos de la gestión privada —dada la capacidad de traslado a primas de cualquier ineficiencia que permiten (demanda inducida, pago por acto, etc.)—, mantengan

las ventajas en lo que se refiere a la coordinación de la gestión (evaluación de alternativas asistenciales) que sólo un sistema público puede posibilitar.

BIBLIOGRAFIA

- ALCAIDE, J. (1990): «Política de rentas», *Información Comercial Española*, dic./89-ene./90, pp. 51-81.
- ARRUÑADA, B. (1991): «Sanidad pública: La reforma imposible», *Revista de Economía* n.º 11, pp. 73-80.
- BONFILL, X.; MARZO, M.; MEDINA, C.; ROURA, P., y RUÉ, M. (1992): «La efectividad del cribaje de cáncer de mama en nuestro entorno», *Gaceta Sanitaria* 6(3), 128-142.
- BOSCH, A. (1989): «Fedde pubblica», *El País*, 30 diciembre, p. 12.
- BROOK, R. H., y VAIANA, M. E. *Appropriateness of care: a chart book*, National Health Policy Forum (George Washington University, Washington DC, 1989). Citado por T. Rice en *Journal of Health Economics* 1992; 11: 90.
- Comptes. *Comptes regionals de l'economia catalana. Taula input output 1987*, Barcelona, Conselleria de Comerç Generalitat i Cambra de Comerç, Indústria i Navegació, 1992.
- ELOLA, J. (1989): «Democracia y sistema sanitario», *Gaceta Sanitaria* 3(13), 472-475.
- GÉRVAS, J. (1992): «Obstáculos a la libre elección de médico», *El Médico* n.º 470, pp. 66-74.
- Isist Info*. Full informatiu als clients de lasist. Número 1, enero 1993.
- LOHR, K. N., et al. (1986): «Effect of cost-sharing on use of medically effective and less effective care», *Medical Care* 24, S31-S38.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1992): *Estudi del sistema de finançament autonòmic de la sanitat*, Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- MATORRAS, P., et al. (1990): «Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel», *Medicina Clínica* 94, 290-293.
- MAZZARINO, G. R. (1991): *Breviari dels polítics*, Barcelona, El Llamp, p. 72.
- MURILLO, C., y GONZÁLEZ, B. (1991): «El sector sanitario en España. Situación actual y perspectivas de futuro», *Hacienda Pública Española* 119, 41-58.
- ORTÚN, V. (1992): *Gestión Pública*, Madrid, Fundación BBV.
- PARELLADA, M. (1992): «Alguns aspectes relacionats amb el paper dels serveis sanitaris en l'economia espanyola», *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* n.º 3, pp. 25-33, Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- PEIRÓ, S., y TARRAZONA, V. (1992): «Posibilidades de participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios», *Gaceta Sanitaria* 6(32), 225-228.
- RICE, T. (1992): «An alternative framework for evaluating welfare losses in the health care market», *Journal of Health Economics* 11, 85-92.
- ROSE, G. (1992): *The strategy of preventive medicine*, Oxford University Press.
- SANFRUTOS, N. (1991): «La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones», *Gaceta Sanitaria* 5(26), 219-224.