

Vicente Ortún Rubio

Universidad Pompeu Fabra, Barcelona[?]

Conocemos desde hace años a Vicente Ortún por su dedicación a la economía de la salud. Es más, gracias a sus aportaciones, en España la economía de la salud ha adquirido carta de naturaleza como área de conocimiento. Sus artículos y exposiciones nos han ayudado a los no iniciados a entender algunos de los mecanismos económicos que subyacen en la organización y dispensación de servicios sanitarios. Su libro “La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones”, publicado en 1990, es uno de los textos más consultados y referenciados. Recientemente ha codirigido el libro “Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos” (Masson 1998) y ha escrito, entre otras publicaciones, "Economía y salud. Fundamentos y políticas" (Encuentro 1998, con Guillem López) y "Decisión clínica" (Springer-Verlag 2000, con Marisa Buglioli).

Pero, además, Vicente Ortún, mantiene un compromiso personal con las actividades profesionales y con los acontecimientos en torno al sistema sanitario público. Ha sido secretario de la European Public Health Association y presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Actualmente preside la Asociación de Economía de la Salud (AES). Sus opiniones en torno a los problemas de los servicios sanitarios son siempre esperadas y respetadas.

1. Sr. Ortún, si Vd. Fuera Presidente del Gobierno ¿entendería que se reclame un incremento de un 1 % del PIB para mejorar la financiación del Sistema Sanitario Público (SSP)?

Todo el mundo lo entendería. Ese incremento del 1% llegará. En 1970 dedicábamos un 3% de nuestro PIB a Sanidad; en el 2000 en torno a un 7.5%, porcentaje que está en línea con lo que a nuestro nivel de riqueza corresponde. Y llegará ese incremento del 1% porque todas los factores que han motivado los aumentos pasados (avance tecnológico, envejecimiento, preferencia por gastar proporcionalmente más en sanidad a medida que los países se desarrollan...) siguen estando presentes.

Lo que debe preocuparnos es, primero, asegurar que ese incremento mejorará el bienestar social y, segundo, conocer hasta qué punto la población estará dispuesta a ver aumentada su presión fiscal para financiar públicamente -en la actual proporción del 78%- ese 1% adicional de PIB dedicado a Sanidad.

2. Y si fuera Ministro de Sanidad: ¿tendría recetas para que el SSP fuera financieramente viable y para que aumentase su nivel de eficiencia?

El SSP está siendo financieramente viable y en la única medida existente de eficiencia comparativa de sistemas sanitarios (la del Informe 2000 de la OMS sobre la Salud en el Mundo, accesible en www.who.int/whr) España ocupa prácticamente la cuarta posición mundial, por detrás de Francia, Italia y Singapur. Y pese a que dude seriamente de la validez del resultado, sirve de contrapunto a visiones

[?] Vicente Ortún es profesor titular del departamento de Economía y Empresa, codirector del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), y director del Master de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de dicha universidad (pública).

injustificadamente catastrofistas. España, en cualquier caso, ha ido aumentando su nivel de eficiencia y entre sus responsables políticos ha contado con personas dignas que disponían de 'recetas' fundamentadas en conocimientos y experiencia. El problema no es de conocimientos culinarios sino de entender qué limitó el éxito de anteriores recetas. Implantar 'recetas' requiere poder y destreza: el mantenimiento del status quo resulta incompatible con la mejora de la gestión pública, pero una mayor flexibilidad sin control puede resultar peligrosa, en un mundo donde los intereses corporativos, de diverso signo, e industriales confunden su interés con el interés general.

Los juegos políticos, a diferencia de lo que ocurre en el mundo de los negocios o en el comercio internacional, son frecuentemente juegos de suma cero, de competencia destructiva donde lo que un partido gana, otro lo pierde. Esto dificulta la implantación de mejoras en la gestión pública.

Diversas personas hemos comentado que el cambio institucional, como el cambio organizativo, tiene dependencia del pasado, lo que aconseja una estrategia de radicalismo selectivo: transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y reducido para no incentivar la formación de grandes coaliciones de bloqueo y permitir la formación paulatina de coaliciones de apoyo (y ya he cometido la imprudencia de acabar dando una 'receta').

3. Claro, puede que la respuesta a las preguntas anteriores dependa de que mejore la hasta ahora insuficiente política sanitaria.

La insuficiencia mayor, en este sentido, de la política sanitaria creo ha sido la de ser una política de 'servicios sanitarios' no una política de salud: Se produce una asociación -tan automática como falsa- entre problema de salud y solución en términos de servicios sanitarios (tal vez por intereses de proveedores y por ser los servicios sanitarios el único determinante de la salud financiado públicamente). Aunque pueda resultar pedante y machacón conviene recordar que política de salud significa intervención del estado para corregir disfunciones del mercado y mejorar la equidad con la finalidad principal de conseguir mejoras en el nivel de salud de la población. En la medida que el estado de salud de los individuos y las poblaciones depende de los servicios sanitarios, los estilos de vida, las relaciones con el medio ambiente, las variables socioeconómicas y culturales y la herencia genética, el problema, en su formulación más general, es el de dar con la mejor combinación de actuaciones sobre esas cinco familias de variables.

4. A su juicio: ¿Cuáles deben ser los objetivos prioritarios de nuestro SPS?

Que cumpliendo con su obvia razón de ser (mejorar el estado de salud y la satisfacción de la población de los servicios con unos recursos razonables) aumente su legitimidad para una base social muy amplia: Constituye su mejor garantía de supervivencia y mejora. Como dice Javier Elola, en su último libro, hay que democratizar el estado del bienestar "rechazando la propaganda electoralista (todo para todos, no importan los recursos porque se trata de la salud), abandonando maniqueísmos interesados (todo lo público -o privado- por definición es bueno), rechazando la estupidez (gestión empresarial es un paso para la privatización) y ,

especialmente, propiciando la activa participación del mayor número posible de ciudadanos -incluyendo los profesionales de la salud- informados."

En este sentido, puede que la amenaza real para nuestro sistema de salud sea hoy precisamente la ausencia de fiscalización social y responsabilidad individual en la utilización de los servicios sanitarios, empujados en buena manera por la senda y los intereses corporativos.

5. En un texto suyo sobre articulación entre niveles asistenciales afirma que la financiación capitativa ajustada por riesgo es uno de los mecanismos más potentes para fomentar la integración de proveedores, ¿puede explicarnos esto más fácilmente?

La actual práctica de presupuestar servicios sanitarios fomenta la actividad por la actividad, la competencia entre niveles, la duplicación de pruebas, la yatrogenia, el retener indebidamente los casos que interesan, el 'acicalar y largar' (Shem, La Casa de Dios)...lo que provoca falta de continuidad entre atención primaria, especializada, sociosanitaria y mental. Este fraccionamiento origina problemas de accesibilidad y, en ocasiones, una percepción de enfrentamiento entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales. Precisamente, en las encuestas de satisfacción, los aspectos peor valorados son las esperas y los trámites de acceso a otros niveles asistenciales.

Si en lugar de presupuestar servicios sanitarios, se presupuesta atención sanitaria a una población -a tanto per cápita- se fomenta de entrada la integración entre proveedores de diversos niveles asistenciales, y -sobre todo- se estimula el que cada problema de salud sea resuelto en el nivel con mayor capacidad de resolución. Y la capacidad de resolución constituye precisamente la mejor expresión clínica de la eficiencia.

Dado que no todas 'las cápititas' son iguales se precisa de un 'ajuste de riesgos' para obtener un estimador insesgado de cual sería el gasto sanitario esperado de un individuo durante un período de tiempo determinado si se diera una respuesta promedio a su necesidad sanitaria.

Con este asunto hay que ser particularmente cuidadoso: Primero para evitar que una integración capitaneada exclusivamente por los hospitales de agudos pueda retardar la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman) por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. Segundo no proceder de momento a una desconcentración del aseguramiento sanitario ya que el ajuste de riesgos no puede realizarse con suficiente corrección. Cabe, eso sí, asignar recursos en base capitativa a zonas geográficas con unos elementales ajustes poblacionales por edad y sexo.

6. En sus escritos se muestra partidario de la atención primaria, de su reforzamiento como puerta de entrada y como "gestor de la finca", otorgándole poder de compra sobre la atención especializada programada. ¿Esto supone autonomía económica real o no es más que un artificio gestor o contable?

Existe suficiente evidencia para afirmar que aquellos países con sistemas sanitarios orientados a la atención primaria consiguen mejores resultados y mayor satisfacción con un uso más adecuado de recursos. De nuevo la forma de 'orientar' un sistema sanitario hacia la atención primaria permite numerosas alternativas (desde frenar la sobreespecialización hasta mejorar capacidad resolutive y accesibilidad) pero no cabe duda, y la experiencia del Reino Unido es la más informativa a este respecto, que otorgar capacidad de compra sobre la atención especializada programable constituye un mecanismo muy potente para que la atención primaria gestione la utilización. Al fin y al cabo el paciente requiere de un 'agente' y la médico de familia podría ser el 'agente' menos malo.

La autonomía económica puede ser mayor que la actual, tanto por cuenta propia como por cuenta ajena. Exige, entre otras cosas, soportar algún riesgo y encauzar debidamente el legítimo interés en obtener beneficios, el que más fácilmente puede cortocircuitar las prioritarias consideraciones clínicas.

7. Los institutos clínicos y otras formas autónomas de gestión (privada, consorciada) no han mejorado los indicadores de salud de las personas, seleccionan los riesgos provocando desigualdades, no aminoran los costes y son un elemento disgregador en el SPS, ¿qué opina de estas afirmaciones?.

Que habría que sustentarlas y que encontraríamos apoyos, a favor y en contra, pero todos manifiestamente mejorables. Dejando claro mi apriorismo teórico a favor de una autonomía responsable, parece que la mejor evidencia científica internacional (revisada y comentada en Gestión Clínica y Sanitaria) confirma que: Primero, el ánimo de lucro no implica eficiencia en sanidad; segundo, que el grado de competencia en un sector afecta más al comportamiento de las organizaciones que la naturaleza de su propiedad.

Entre las caricaturas de lo rabiosamente público y lo rabiosamente privado existe numerosas formas organizativas intermedias adecuadas a la naturaleza de los servicios sanitarios: organizaciones sin finalidad lucrativa, asociaciones de profesionales, formas públicas más adaptables, sensibles y responsables, etc. Y nuestra elección exige escapar del falso dilema que plantean, por un lado, los Indiana Jones que en la Sanidad sólo buscan el arca perdida del aseguramiento sanitario, y por otro los Pangloss para quienes fuera de lo que tenemos no hay salvación.

8. Si los médicos son el elemento más relevante para conseguir la eficiencia del sistema sanitario, ¿cómo se puede conseguir su implicación con los objetivos del mismo?

Intentándolo a sabiendas de su dificultad. Se confirma como uno de los principales problemas de los sistemas sanitarios el conseguir que los profesionales, quienes asignan la mayor parte de los recursos (diagnostican, tratan, dan bajas...), tengan la información y los incentivos (cultura profesional, organización, estímulos...) para hacerlo bien (de manera coste-efectiva).

Implicar a los profesionales en los objetivos y resultados de su actividad ahora se llama gestión clínica. Esta gestión clínica avanza sin excesiva dificultad en el terreno estrictamente médico: conocimiento de la efectividad, mejores medidas de

efecto, mejora de la adecuación, guías de práctica clínica, MBE, mayor orientación hacia el usuario, etc. Las dificultades aparecen en las 'vías no clínicas' de la gestión clínica: las que implican transferencia de derechos de decisión a los médicos. Resulta muy difícil, tanto en el ejercicio profesional por cuenta propia como en el ejercicio profesional por cuenta ajena, pero el conocimiento y aceptación de esas dificultades constituye un paso necesario para su superación.

9. Ahora que estamos asistiendo a la transferencia de servicios sanitarios a las CCAA, ¿qué ventajas y que inconvenientes tiene la forma de financiación, según sea ésta general o finalista?

Finalista supongo califica el sistema seguido hasta ahora: Negociación separada en el Consejo de Política Fiscal y Financiera: las transferencias no sanitarias vía LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas) por un lado y las sanitarias por otro.

A favor de la financiación finalista, la mayor especificidad de criterios. En contra, la mayor dificultad de llegar a acuerdos, el sacrificio de autonomía decisoria y la renuncia a la compensación automática entre transferencias diversas que la financiación general puede introducir. En efecto, y como ilustración, más viejos (mayor necesidad sanitaria) significa menos jóvenes (menor necesidad educativa).

10. Suponemos que si Vd. fuera Presidente de una CCAA le gustaría tener un nivel de equipamiento y de prestaciones equivalente a los de las CCAA con niveles mejores, ¿qué mecanismos se pueden establecer para evitar las desigualdades entre CCAA?

España arranca con la Constitución de 1978 de un estado unitario y centralista donde -en mi opinión- sólo la igualdad entre las diferentes CCAA puede constituir una referencia aceptable. Esta igualdad -compatible con una imprescindible descentralización de los ingresos que contribuya a responsabilizar a las CCAA de su gestión- ha de conseguirse mediante transferencias de nivelación. Caben dos formas: 1/ Garantizar el mismo nivel de gasto por habitante (al estilo del Canadá), 2/Igualar el nivel de servicios ofrecido a los ciudadanos (al estilo de Australia, nada fácil: requiere tiempo).

Uno de los puntos más difíciles -en relación al cierre de los mecanismos de financiación autonómica- es la diferencia de regímenes: convenio para País Vasco y Navarra (donde grava la Hacienda foral) y Ley Orgánica de Financiación de las CCAA para el resto. Las dos comunidades con convenio no asumen los gastos de solidaridad interterritorial en el cálculo del 'cupos' que corresponde a la Hacienda central. De ahí que la nivelación exija la neutralización financiera del sistema de convenio para que los resultados económicos del cupo no sean distintos de los que proporciona la LOFCA a las restantes CCAA.

11. Si Vd. es usuario de la sanidad pública le gustaría que no hubiera obstáculos para ser atendido en cualquier parte del Estado (ojalá no lo necesite), ser atendido sin demora, no hacer colas, recibir un trato amable y técnicamente

competente y ser informado de su proceso y de los procedimientos que recibe.
¿No me diga que esto no es posible en el sistema sanitario público español?

Suscribo la exigibilidad de todo lo anterior con la excepción de algunas 'colas'. Para ciertos procedimientos de cirugía electiva las colas están indicadas: siempre dentro de márgenes razonables, y evitando 'recomendaciones' o criterios contables (primero que entra, primero que sale). Cataluña creo se ha apuntado un tanto con sus criterios clínicos y sociales para ordenar la cirugía de cataratas y las artroplastias de rodilla y cadera y proporciona un buen ejemplo de cómo el trabajo académico puede tener una traducción práctica, rápida y útil.

12. Si Vd. fuera un ciudadano civilmente comprometido, ¿qué mecanismos le gustaría que hubiera para sentir que su opinión sirve para mejorar el sistema sanitario?

Transparencia: los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria o la Central de Balances, por ejemplo, debían 'colgar' de las páginas 'web' de las autoridades sanitarias. No es de recibo que exista más información sobre una empresa privada, a través del Registro Mercantil, que sobre un hospital público.

Información: conciencia de problemas comunes (desigualdades crecientes entre países -lo último el The Economist de esta semana: 28 de abril- guerras, cambio climático...) ya que alienta la solidaridad con la presente generación y con las generaciones futuras.

La transparencia y la información constituyen condiciones necesarias, nunca suficientes, para la construcción de ese tejido cívico asociativo, del capital de confianza mutua que constituye la gran riqueza de los países cotidianamente democráticos.

13. Una pregunta sobre los colectivos profesionales. Ya que Vd. conoce bien algunas de las asociaciones más influyentes del sector (SESPAS; AES; Sociedad Española de Epidemiología), ¿no cree que deberían adoptar una actitud más beligerante, tener más presencia pública, en los problemas de salud relevantes y en las decisiones de política sanitaria?. Estamos pensando en asuntos como “las vacas locas”, “uranio empobrecido”, “accidentes de tráfico”, “epidemia tabáquica”, “privatización de la sanidad”, “transferencias”, ...

Lo creo totalmente y todavía lo creen más personas como Juan Gervas que en diversas ocasiones se han manifestado a favor de una mayor proyección pública de estas sociedades no corporativas. En la práctica son los miembros de estas sociedades quienes científicamente contribuyen al debate y/o participan en diversas plataformas, como la FADSP, que intentan influir sobre una situación determinada. Lo que falla es la expresión colectiva de posición, en parte porque resulta difícil en ocasiones pronunciarse de manera representativa del conjunto de socios y, en parte, por la todavía débil estructura de estas sociedades.

En la Asociación de Economía de la Salud hemos optado por encargar Informes Técnicos que no pretenden representar posición oficial alguna sino informar de forma válida la toma de decisiones en temas como las políticas para reducir el uso

inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarias, el problema de salud pública que la resistencia a los antibióticos supone, o el análisis de los precios de referencia en medicamentos (accesibles en www.aes.es). Últimamente los Informes Técnicos de AES se someten al proceso de revisión de Gaceta Sanitaria para su publicación en esa revista.

14. Finalmente, la Sra. Ministra insiste en el establecimiento de copago en los medicamentos, ¿qué opina del establecimiento de tasas?; ¿no le parece un elemento que genera desigualdad, dada la escasez de la política social española?

Cuando se prescindiera totalmente de las señales de los precios puede producirse consumo excesivo que supone una pérdida de bienestar social: estudios universitarios diversos y largos o intervenciones sanitarias no indicadas.

Un copago para que esté indicado, además de no generar desigualdad, ha de afectar a servicios de escasa o nula efectividad, que sean sensibles al precio y que no generen costes de recaudación elevados. Los copagos ofrecen un mecanismo de salida a los usuarios -no comprar- lo cual resulta muy útil cuando se trata de evitar que prosperen ofertas irrelevantes.

España es el país de la Unión Europea con menos copagos y no, por ello, el más equitativo. La elección no está entre el copago y un mundo ideal de todo para todos, de la mejor calidad y a precio cero, sino entre el copago y sus alternativas reales. Si la alternativa al copago fuera el incremento de un impuesto regresivo -sobre algún consumo, incluso sobre algún consumo perjudicial para la salud como el de tabaco- el copago resultaría más equitativo.