

LA REFORMA MICROECONOMICA DE LA SANIDAD

Vicente Ortún Rubio
Universidad Pompeu Fabra

La poesía es un arma cargada de futuro.

Las pistolas las carga el diablo.

Las palabras crisis, eficiencia, competencia, libertad de elección, y satisfacción del usuario oscilan entre la poesía y las pistolas.

Algo así dijo Marcos Peña en la clausura de las XIII Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en Granada en junio de 1993.

El Aviacó que nos llevaba a esas Jornadas se retrasó y pudo Joan Rovira explicarme con detalle su reciente experiencia asesora en Moldavia. Me imaginé moldavo actual (o sanitario español del futuro moldavizado por esclerosis organizativa) escuchando las virtudes del mercado, discutiendo mecanismos para introducir una mayor competencia basada en precios, etc. y me preocupó lo extendida que se halla la interpretación **parcial** del fracaso de los moldavos y de otros países del Este de Europa como el triunfo del mercado. Mercado/Estado no representan dilemas absolutos. Lo que ha triunfado es el equilibrio entre ambos extremos. No entender las razones del éxito puede desequilibrar a los países occidentales. En palabras de Mintzberg:

Quando Adam Smith escribió sobre la libertad del cervecero y del panadero, no tenía en la mente Anheuser-Busch o Ralston Purina. Estas organizaciones son jerarquías burocráticas, no democracias, estructuradas para conseguir el control centralizado a través de la planificación sistemática de sus estrategias. En este sentido se asemejan a los estados comunistas, excepto en que, libres del control económico del gobierno, pero no de la competencia, son capaces de proporcionar bienes y servicios de una forma eficiente. No puede aplicarse lo mismo a su comportamiento social, que ha de reglamentarse si se quiere mantener la libertad de las personas afectadas por ellas...En el límite, la libertad de la empresa no difiere de la "democracia del proletariado": ambas usurpan la libertad de la gente corriente en favor de una élite arbitrariamente privilegiada.

El mercado, como la ansiedad, el coraje o la prudencia -que perfilan sociedades entre la jungla o un jardín francés- constituyen en sanidad, y fuera de ella, un problema de dosis. Dosis de ansiedad para azucar sin infartar. Dosis de coraje para arriesgar sin autoinmolación. Dosis de mercado para mejorar la eficiencia -racionalizar el gasto- y no perjudicar la equidad al tratar de complementar los ingresos.

Este artículo pretende suministrar al lector una estantería mental que facilite la ubicación de sus criterios y referencias sobre la reforma del sector sanitario. Sin desarrollar, pero también sin amagar, como historia y poder constituyen parte del problema. Para ello se enumeran de entrada algunos referentes externos e internos que condicionan nuestro sistema sanitario.

Referentes externos.

Dos referencias externas al sector sanitario destacan al plantear su evolución: La competitividad internacional y la naturaleza de los servicios sanitarios.

Primera, con Maastricht o sin él, la liga internacional de competitividad (capacidad de producir y vender tanto en mercados propios como ajenos) está cada vez más reñida y el sector sanitario afecta y es afectado por esa competición. El problema no estriba tanto en lo que se gasta en sanidad cómo en lo que se obtiene en términos de salud y bienestar de ese gasto.

Segunda, la naturaleza de los servicios sanitarios que está caracterizada por:

1/ La hipótesis de Baumol de escasos aumentos en la productividad aparente y salarios comparables a los de otros sectores. Ello se traduce en que hace 35 años en la Plaza Urquinaona de Barcelona, un servicio de peluquería en el S.E.M. costaba como un bolígrafo: 5 ptas. Hoy, el lector lo sabe y puede identificar mejor el servicio sanitario con el de peluquería que con el bolígrafo.

2/ Una tendencia por parte de los ciudadanos a aumentar su consumo por encima de los aumentos de renta. Unido al punto anterior lleva a participaciones crecientes del gasto sanitario en el PIB.

3/ No tratarse de producciones almacenables. No caben reducciones de precios para eliminar estocs acumulados.

4/ Hallarse protegidos de la competencia internacional. Los bienes agrícolas e industriales han notado la mayor competencia internacional derivada de la adhesión de España a la Comunidad Europea. Los servicios, por su naturaleza, han quedado al

abrigo de tal competencia lo que se ha reflejado en una inflación substancialmente mayor que la registrada en bienes.

5/ La posibilidad de inducir lealtad a la marca (medicamentos, profesionales sanitarios, etc) y competir, por tanto, por la vía de diferenciación de producto, no de liderazgo en costes.

Referentes internos.

También dos fundamentalmente: Ambos referidas a los rasgos más definatorios del sistema.

Primero, las medidas del sistema sanitario: 99-67-78 (99-56-78). Hacen referencia a porcentajes de cobertura, producción pública y financiación pública de servicios sanitarios, respectivamente, para España (y Cataluña). Porcentaje de producción pública muy elevado, al estilo de Portugal, Italia y los landers orientales de Alemania. Piénsese que el "modelo sanitario catalán" se basa principalmente en el estrechamiento de cintura en once puntos. Y se nota.

Segundo, Administración pública que autolimita su eficiencia. Tal como se viene diciendo de forma cada vez más generalizada¹:

La reforma administrativa debe resolver los problemas creados por la propia regulación administrativa en su inadaptación a las características que debe reunir el marco regulador de la producción de servicios sanitarios en un país desarrollado. La cuestión dista de ser trivial pues afecta tanto a los Estatutos de Personal como a la normativa reguladora de la elaboración y gestión de presupuestos.

La dosis de mercado.

No puede soslayarse mecanismo que como el del libre juego de oferta y demanda conlleva eficiencia social y reconciliación de los intereses individuales con los colectivos. En la práctica como sabemos se dan fallos positivos en el funcionamiento del mercado (monopolio, mercados incompletos, bienes públicos, externalidades, información asimétrica, selección adversa, racionalidad individual que fracasa en situaciones tipo dilema del prisionero que exigen cooperación, etc) así como fallos

¹ Tanto en *Gestión Pública* (Madrid, Fundación BBV, 1992) como en *La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y limitaciones* (Barcelona, Hogar del Libro, 1992) me he ocupado extensamente de esta cuestión.

normativos en temas como la equidad o la calificación de ciertos bienes y servicios como merecedores de protección². En ocasiones estos fallos pueden corregirse introduciendo cambios en los diseños institucionales. En otras ocasiones, estos cambios institucionales no son viables económica o políticamente y la solución pasa por la intervención del Estado.

Desafortunadamente, el Estado también es una institución imperfecta y falla por:

1/ Problemas de incentivos: Ausencia de competencia e imposibilidad de quiebra adormecen las organizaciones. Imposibilidad de discriminación según rendimiento y mérito así como estabilidad garantizada adormecen a los individuos.

2/ El énfasis en la "legalidad" que anega la preocupación por la eficiencia.

3/ Una mala prevención de la arbitrariedad que niega la discrecionalidad y, por tanto, la capacidad de gestión. La arbitrariedad gestora que permita a burócratas y políticos actuar en exclusivo interés propio ha de ser obviamente evitada. Hace tiempo que el problema preocupa a los propietarios de las empresas -los accionistas- y gran parte de las soluciones por ellos desarrolladas son aplicables al sector público.

4/ Internalidades: convertir en público el interés particular. Desviación de poder.

5/ Patologías burocráticas. El fenómeno está compartido entre el sector público y el privado (¿qué amagan las airosas siluetas de los rascacielos sino gruesas burocracias?). La burocracia se desprecia socialmente pero aumenta. Los cambios en el transporte (barcos de vapor y trenes) y en las comunicaciones (telégrafo) estuvieron detrás de su expansión y también los cambios en la tecnología están detrás del aplanamiento organizativo. Pero las burocracias privadas se enfrentan a una prueba final de mercado (de hecho se enfrenta la organización que las alberga) y las burocracias públicas no.

La reforma microeconómica.

Andreu Mas-Colell, un economista así en los cielos como en la tierra, decía en La Vanguardia de 2 de julio de 1993:

Todos decimos saber que la economía española precisa de una reforma que, para entendernos, podríamos llamar la reforma microeconómica...No se trata solamente de los reajustes pendientes del mercado laboral. Incluye también a los de los mercados profesionales (son buenas las ideas del Tribunal de Defensa de la Competencia sobre los colegios profesionales), y... el inicio de un

² Para una buena referencia sobre esta cuestión véase A. Schotter. *La Economía de libre mercado*. Barcelona: Ariel, 1987.

proceso de desfuncionarización del sector público. En fin, tampoco es el trabajo el único factor que cuenta. La desmonopolización de servicios (las telecomunicaciones por ejemplo) es parte importante de esta reforma microeconómica.

Esta reforma microeconómica puede no realizarse por oposición de intereses creados, sindicales entre otros, y encima ser disimulada con una juerga monetaria, lo cual según Andreu Mas-Colell sería un error craso.

La reforma microeconómica en Sanidad: El radicalismo selectivo.

En un reciente debate televisivo (Canal 33) sobre la privatización de la sanidad era apreciable una amplia coincidencia entre todos los diversos participantes³ en los siguientes puntos:

- Financiación pública de la sanidad
- Competencia gestionada por el sector público entre productores de servicios sanitarios, públicos y privados.
- Necesidad de mayores dotaciones presupuestarias.

Los problemas aparecen cuando se incorporan las restricciones (sin aumentos de presión fiscal y con un PIB en recesión, pocos aumentos pueden esperarse en el gasto sanitario público) y se huye de las formulaciones genéricas, a las que debe concederse, no obstante, el beneficio de la duda. Existen razones apriorísticas para creer que la competencia gestionada puede funcionar en el sector sanitario. Existen también razones apriorísticas para creer que la competencia gestionada puede **no** funcionar en el sector sanitario: primero, si en el sector se da una colusión de hecho; segundo, si los costes de transacción (acreditación, negociación y supervisión de los contratos de compra de servicios, etc) superan a los eventuales beneficios derivados de una mayor competencia; y tercero, si los regulados controlan el aparato regulador, como ya en ocasiones ha ocurrido (autopistas).

Cuando se tienen en cuenta los referentes externos e internos antes enunciados, la reforma microeconómica en sanidad (a la que Guillem López Casasnovas y yo

³ Consejero de Sanidad, Dr. Trías, Presidente Unión Catalana de Hospitales Sra Martí, representante PP, Dr. Barceló, representante PSC-PSOE, Dr. Font, representante aseguradoras sanitarias, Sr. Guerrero de Castro.

denominamos estrategia de radicalismo selectivo⁴) se concreta en transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y reducido que se extienden a todo el sistema por un proceso de innovación-difusión convenientemente propiciado. Los lectores de esta revista han visto reseñadas en la misma distintas experiencias de radicalismo selectivo (cirugía ambulatoria, integración de especialistas, calidad asistencial).

Las grandes líneas del radicalismo selectivo, o reforma microeconómica de la sanidad pueden ser las siguientes:

1/ Introducción de criterios de eficiencia económica en la práctica clínica.

La constatación de que la mayor parte de recursos son asignados por el médico lleva a incorporar explícitamente la eficiencia al sistema nervioso central de la sanidad constituido por las prácticas clínicas. La salida a la crisis de la Medicina y a la crisis de la Sanidad pasa por una Medicina más efectiva, y no hay eficiencia sin efectividad. Por otra parte, la mejor defensa de la libertad clínica es el correcto ejercicio de la misma a través de una práctica científicamente fundamentado, en la cual las utilidades relevantes sean las del paciente colectivo.

La literatura científica está reorientándose. Aparecen ya en España estudios sobre variaciones en tasas, sobre efectividad, sobre adecuación y sobre impacto subjetivo. Cambian las actitudes; podrían hacerlo los comportamientos⁵.

2/ Flexibilidad laboral y profesional.

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:

⁴ De inmediata aparición en *Hacienda Pública Española* (monográfico dedicado a Sanidad) de un artículo titulado La Reforma del Sistema Sanitario Español: Radicalismo Selectivo. También puede verse Antónanzas F y Pérez-Campanero J (ed): *La Reforma del Sistema Sanitario*. Madrid: FEDEA y Ediciones Mundi-Prensa, 1992.

⁵ El próximo Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, que se celebrará en Granada este octubre, versa precisamente sobre *Clínica, Gestión y Salud Pública*.

- 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.

Los sindicatos empiezan a ser conscientes (lo era por ejemplo Eddy d'Orleans, de CCOO, el pasado 18 de junio en el Hospital de la Princesa de Madrid⁶) de que hablar de libertad de elección y satisfacción del usuario no constituye un discurso conservador. Que de nuevo se trata de un problema de dosis en el que debe escogerse compensando entre libertad de elección y coste, y entre satisfacción del usuario y efectividad objetiva. Sería más demagógico que conservador introducir capacidad de elección sin restricciones. Sería más cínico que conservador satisfacer al usuario con engaños y olvidarse de la necesidad

El éxito del radicalismo selectivo, de la reforma microeconómica del sector sanitario, depende en gran parte de profesionales y trabajadores. Corporativizarse y enrocarse con Estatutos garantiza la sepsis del sistema y un futuro moldavo.

La flexibilidad no es la que describía Eliseo Bayo en Destino, hace ya años, en algún reportaje sobre las prácticas de contratación en la plaza Urquinaona de Barcelona (para saber Economía hay que ir a las plazas en actitud naturalista, sobre todo a la de Urquinaona). Existen mercados de trabajo para los segmentos menos cualificados de la población (peones, camareros, limpieza) pero gran parte de los empleados por el sector sanitario, incluso en los países con mayor flexibilidad, se caracterizan por relaciones laborales a largo plazo.

La flexibilidad no pasa por enviar cada mañana a todo el ICS, INSALUD, etc a la Plaza Urquinaona que corresponda , sino por introducir "mercados internos". Por ejemplo, valoraciones ordinales de rendimiento que fomenten torneos. Como se hace en todas las organizaciones del mundo caracterizadas por tener -en interés tanto de la organización como del trabajador- relaciones laborales a largo plazo.

3/ Cambios en la gestión pública.

⁶ Eddy d'Orleans habló de círculos de calidad, para recoger la sabiduría de la gente, de contratos a tiempo parcial, de movilidad interna funcional, de movilidad geográfica voluntaria, de horarios flexibles...

Valorar la separación entre financiación y producción, introducir precios en ocasiones (como en la financiación selectiva de medicamentos), orientar hacia el usuario, valorar los puestos de "trinchera", separar la decisión política sobre el qué y el cuánto de la decisión gestora sobre el cómo.

La reforma pasa, en gran parte, por la reconversión de determinadas prácticas organizativas, contables o de gestión del sector público en general y del sanitario en particular. La substitución de la función interventora por el llamado control financiero permanente en los hospitales del Insalud, a partir de la Ley de Presupuestos de 1993 se ha de entender dentro de estas coordenadas de cambio regulatorio.

4/ Otros cambios en la regulación de los servicios sanitarios.

Tanto regulación como desregulación tienen sesgos ideológicos innecesarios. Más acertado será reconocer que la regulación puede aumentar en ciertas actividades (medio ambiente), cambiar de contenido en otras (contratos de compra de servicios, acreditación), e incluso disminuir substancialmente (¿oficinas de farmacia?). Descorporativizar y desmonopolizar serán verbos de conjugación deseable pero difícil.

El Tribunal de Defensa de la Competencia primero y el Banco de España ahora han tomado alguna iniciativa para estudiar los cambios más convenientes en la regulación del sistema sanitario español⁷.

5/ Reorientación del Estado de Bienestar.

Si los gastos han de crecer y los ingresos no, la manera más conveniente de no renunciar a los objetivos del Estado del Bienestar será desplazar la atención de las clases medias (con voz y voto) a los pobres (nuevos y antiguos, cada vez más marginalizados).

Barcelona, 3 de julio 1993

⁷Las XIV Jornadas de Economía de la Salud, a celebrar en Santiago de Compostela durante 1994, se dedicarán precisamente a este tema.