



**Colección Health Policy Papers**  
2015 – 07

**EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA. RELATO DE UN  
FUTURO ABIERTO**

**Guillem López-Casasnovas**

**Catedrático del Departamento de Economía y Empresa**

**Universitat Pompeu Fabra**

**Barcelona**





La Colección Health Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economia y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Health Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Almirall, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Almirall a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

**Barcelona, 25 de mayo de 2015**



## **EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA. RELATO DE UN FUTURO ABIERTO**

**Guillem Lopez i Casanovas**

El sistema sanitario español exhibe un buen registro que a nivel macro merece todo tipo de valoraciones positivas, aunque sabemos que la bondad de sus indicadores de salud no puede atribuirse exclusivamente a éste (como tampoco a ningún otro sistema con el que se compare). Preocupa del sistema sanitario más que su nivel, su derivada. Esto es, interesa su tendencia, marcada por las aspiraciones de una sociedad desarrollada pero que no parece dispuesta a financiar adicionalmente para sufragar las tensiones que hoy el sistema encubre.

El sistema ha pasado un punto complicado, como el que ha supuesto la doble recesión económica vivida, y una fuerte tijera en el control del déficit, ciertamente amortiguada gracias a sus profesionales que han acabado asumiendo en general las restricciones financieras sin grandes quebrantos aparatosos en la salud de los españoles.

Varios son sin embargo los frentes que tensionan el sistema. La retribución media de los profesionales en relación al salario medio de la economía se denuncia por parte de los afectados como de las más bajas de Europa. Los datos parecen avalarlo pero las condiciones de trabajo, el régimen de incompatibilidades imperante y una reducida asunción de riesgo financiero en prácticas profesionales aminoran sin duda el diferencial crudo. Pero la presión de futuros aumentos salariales está solapada en bastantes reivindicaciones sanitarias y el estallido irrumpirá probablemente a las primeras de cambio en las que se exhiba recuperación económica. Sólo instrumentos que 'desalaricen' estos comportamientos pueden actuar de antídotos.

El gasto en medicamentos se ha visto fuertemente comprimido respecto del anterior estado de cosas. Este estaba marcado por una inflación de recetas más que de precios, en una regulación considerablemente obsoleta que cuestionaba precios pero dejaba abierta la espita de 'cantidades'. La presión sobre el gasto de uno -que es la cifra de ventas de otro- mantiene como elemento de acuerdo propositivo, con huida hacia adelante, el de una mayor financiación a cargo del usuario. Son copagos que se exigirán probablemente en la salida de la crisis y el fin de la contención vivida en el gasto en medicamentos, y bajo el reclamo de los tratamientos más individualizados.

Continúa por lo demás la presión de más y mejores servicios a empuje de la nueva tecnología sanitaria y de los avances terapéuticos. Incapaz el sistema español de imponer un catálogo racional de prestaciones, las tensiones de acceso y utilización de éstas son movidas a veces por los profesionales, la industria y los pacientes en combinación diversa. Contra lo anterior, falta educación de lo que implica una

priorización social del gasto, y así de aceptación política y de medios de comunicación acerca de sus consecuencias.

Reconocido lo anterior, la imagen del nivel gasto sanitario público PIB, per cápita e indicadores de salud españoles, son más que aceptables. Y ello aún aceptando la dificultad de resolver la relación coste efectividad agregada del sistema a la vista de la función de producción de salud del país, la composición del gasto público /privado y su concreción en partidas de gasto, a efectos de analizar su equidad. No ayuda la confusión sobre qué referencia media de comparación elegir, ante la distinta naturaleza de los sistemas sanitarios occidentales, europeos, de aseguramiento social, servicios nacionales de salud, y vistos los niveles de centralización/ descentralización de sus redes asistenciales. Para ello la comparativa debería considerar correctamente lo que son diferencias en financiación, ya pública presupuestaria, ya privada regulada pero igualmente coactiva, con o sin ingresos afectados, con o sin copagos, y aún en este caso, siendo éstos más o menos evitables. Un ajuste estadístico adecuado que contemple aquellos factores exógenos relevantes nos permite afirmar que el sistema sanitario contiene aquel nivel de recursos financiable dado el nivel de desarrollo económico actual de España y los ajustes comentados.

Afrontar retos. **Handicaps** endógenos. Más allá sin embargo del cuestionamiento que aquellas presiones están ejerciendo en la coyuntura actual en la sostenibilidad financiera sobre todo el sistema, existen cuestiones estructurales de mayor preocupación. Se trata de la capacidad que alberga el funcionamiento operativo del sistema para solventar retos cambiantes. Cómo puede responder éste a nuevas disyuntivas más allá de actuaciones administrativas burocratizadas y de elevada contaminación política. Qué restricciones son exógenas y que por tanto se han de conllevar, y cuáles son endógenas y por tanto constituyen restricciones mitigables por la acción. Aquí se detallan algunas.

Siempre en primer lugar, los déficits de *gobernanza* del sistema marcan el futuro. Estos se deben tanto a su estructura funcional como a sus operaciones descentralizadas. Se reflejan en actuaciones de las partes, no siempre incentivo compatibles con las del conjunto.

La cuestión de los *incentivos*. Existe gran diversidad en cómo mejorar éstos desde la asalarización y 'el cuenta ajena'. En parte por la incapacidad del gestor público de suplantar dicho rol de evaluación de ejecución a través de discriminar entre componentes fijos y variables; pero también por la dislexia que supone el reivindicar los agentes del sistema autonomía en las decisiones clínicas sin desear asumir las consecuencias de dichas decisiones.

La visualización de los *beneficios* monetarios de las prácticas. Excedente lo hay en toda actividad humana; la cuestión es quien se apropia de éste, ya en forma monetaria directa, ya indirecta -en términos de productividad baja o coste salarial unitario elevado. En un caso, sin embargo, se visualiza abiertamente y genera disrupción social; en el otro

se ignora. Ello se extiende igualmente a las realidades de profesionales que compatibilizan actividad en el sector público y privado, y también de algunas instituciones públicas o parapúblicas que incluyen en sus cuentas actividad privada diferenciada de la pública pero en sus mismos recintos asistenciales. La gestión puede en este sentido requerir que ante una lista de espera por incapacidad de financiar toda la demanda disponible, la oferta ociosa busque sufragar sus déficits a través de una mayor utilización privada. Un amplio esquema de regulación es para ello necesario para que el propio sistema público no pierda legitimación.

Se continúa asistiendo a una presencia de los proveedores en *formación* e influyendo en la actividad cotidiana, exagerada, sin parangón, como un coste de transacción más que se incorpora en la factura farmacéutica. Las regulaciones recientes han mejorado algunas prácticas pero carece de lógica que esta sea una pieza supuestamente de apoyo de la actualización de conocimientos de nuestros profesionales.

El *discurso* liberal se impone poco a poco -aún con dificultades y disfunciones-en lo que atañe al apoderamiento de los usuarios y a la libre elección, pero mucho menos en asignar nuevas parcelas de responsabilidad individual de los ciudadanos sobre su propia salud. Ello supone cierta esquizofrenia entre poder y querer, pero sobre todo, en ajustar financiación y regulación a este nuevo contexto que marca tendencialmente aquel discurso en el sentido de reducir el papel de buen samaritano para quien pudiendo no ha querido.

Finalmente, el *universalismo* de barra libre es cada vez más evidente que ni cumple con los postulados de eficiencia ni de equidad. Eficiencia ya que dicho universalismo ofrece lo que está disponible en valores diagnósticos y terapéuticos con poca restricción médica, necesidad relativa o priorización. Equidad, ya que un sistema universal no estrictamente proporcionado a la necesidad, acaba siendo tomado ventajosamente por quienes acaben siendo sus mayores usuarios. Y la utilización es bien sabido tiene que ver con los costes de oportunidad de acceso, la educación y la influencia en ahorrarse tiempos de espera (un coste de oportunidad para rentas altas mucho mayor que la omisión de precios por servicios). Reorientar el universalismo, no en el sentido de elegibilidad universal, sino de elección específica priorizada parece del todo adecuada.

Los **antídotos**. Son contrapuntos que pueden en segunda derivada redireccionar el sistema hacia aguas menos procelosas, a nuestro juicio, los siguientes.

La *descentralización* aún pudiendo ser parte del problema, es ciertamente también y en mayor medida parte de la solución, tanto funcional como territorialmente. Permite comparar y evaluar las prácticas diversas registradas y emular las mejores políticas. Cabría blindar frente a ello falsas acepciones de inequidad, explotables políticamente, en la medida que surjan de diferencias inevitables, o que sean justificables en razón de resultar del ejercicio de las responsabilidades individuales o fiscales territoriales, dentro de la regulación común aceptada.

Que cada palo aguante su vela y que la procesión tenga un recorrido marcado. Se trata con ello de compaginar *gobernanza* con autonomía. Para ello, quien quiera ser parte (*stakeholder*) se ha de integrar claramente en el todo. El medicamento, si ha de entrar con voz propia en la función de producción, ha de aceptar su papel en el conjunto, con elementos tanto complementarios como substitutivos, en una integración asistencial de riesgo compartido a presupuesto cerrado.

Mantenemos la idea de llevar el *copago* a la renta (declarada) y no señalar a la población con copagos diferenciados según renta (monetaria). Se trata de identificar la utilización de los servicios fuera de la ordenación establecida, marcando su coste para el sistema, y sumarlo como prestación en especie que no se debería de haber meritado, en una base imponible que contiene tipos impositivos que aumentan con ésta. Fuera de ello, los copagos en consumo debieran de ser evitables para no interferir con la equidad, y si se puede actuar por la vía del aseguramiento complementario a prima colectiva, mejor que no hacerlo por la vía de precios; particularmente si fuera de catálogo se incluyen los de coste igualmente efectivo pero no asumible por la financiación pública.

Y finalmente, se considera adecuada la *agencialización* de las decisiones de priorización a efectos de sacarlos del cortoplacismo político para reconducir el debate en recomendaciones del tipo 'haz, o explica por qué no haces'.

### *Algunos Zooms*

#### **La gobernanza en los sistemas sanitarios públicos**

La gobernanza es una especie de “glue” (pegamento) que dota de sentido el quehacer de las organizaciones sanitarias en su día a día. Hacer o rehacer la gobernanza de una institución allí donde se ha perdido no es una tarea sencilla, ya que ésta deviene de la intersección de distintos comportamientos, resultado a la vez de unos incentivos que se tienen que alinear hacia los que sean objetivos comunes de la institución. Esto requiere a menudo la formulación de las relaciones internas y externas de sus protagonistas principales y de la consolidación de una cultura organizativa que no se improvisa con facilidad.

Empezando por esta última, dos son los rasgos distintivos que marcan el valor de una cultura que puede hacer más o menos propensa la gobernanza, en particular a las organizaciones públicas. Se trata de la idea comunal, como creencia, que en el sistema se adopte en torno a “eso que es de todos no es de nadie”. En los dos extremos encontramos la negligencia y la falta de cuidado que suele llevar al abuso por parte de algunos miembros que integran la corporación, y la de la fuerte interpretación más política de que “quien paga manda” entendiendo como “pagador” a la propia administración y no a los contribuyentes que la financian.

En los sistemas sanitarios públicos, la dificultad de poner en orden el interés particular en favor del conjunto tiene la dificultad añadida de la multiplicidad de las motivaciones presentes, cada una con su propia racionalidad y lógica individual. Este es el caso que distingue de manera “granular” la racionalidad de los ciudadanos -contribuyentes, de los usuarios- pacientes, de los profesionales -con distinto grado de conocimiento y vinculación institucional, como agentes dobles de los financiadores y de los enfermos



que sirve-, de los gestores -intermediarios entre financiadores y profesionales-, de los responsables de política sanitaria -consejeros del ramo-, con más o menos ascendencia de sus departamentos de economía y finanzas- y, finalmente, de los grupos empresariales que conforman la prestación de los servicios sanitarios. Notemos que cada uno de ellos puede intentar hacer prevalecer su interés particular sobre el general coaligados entre sí, haciendo fuertes unas partes respecto de las demás: así entre pacientes y sus asociaciones, y algunos profesionales de la especialidad, enfrente del contribuyente y del responsable financiero; o de los grupos empresariales y los responsables económicos respecto de las consejerías de sanidad, o entre grupos empresariales y determinados profesionales enfrente de los gestores y responsables mismos de la política sanitaria. Son coaliciones heterogéneas pero que en determinadas coyunturas -por ejemplo, delante de una huelga o una restricción presupuestaria fuerte- pueden ser ganadoras a la vista de las debilidades de terceros.

Resolver este tipo de problemas en la sanidad pública pasa, posiblemente, por consolidar -internalizar- dentro de cada grupo relevante, el potencial conflicto de intereses que las distintas circunstancias pueden hacer emerger. Se trata de evitar que los problemas se redirijan a las partes más débiles del sistema, erosionando de esta manera los equilibrios de la gobernanza en su conjunto. No existen recetas universales para alcanzar esto, pero parece razonable que el potencial conflicto entre escasez de recursos y a la vez susceptibles de usos alternativos, que es como se define la economía, a partir del financiamiento disponible, favoreciera en una primera etapa la discusión interna de los problemas relevantes. Esto se puede hacer por ejemplo, entre ciudadanos/contribuyentes y usuarios/pacientes, a través de priorizaciones explícitas y transparentes de las prestaciones sanitarias (lo que entra y lo que no, lo que se paga mediante impuesto y lo que se repercute al bolsillo del usuario, de los respectivos derechos y deberes que devengan). O entre diferentes gestores hacen que, pongamos por caso, el exceso de gasto de uno se tenga que valorar en primera instancia sobre el déficit del otro, evitando trasladar el problema, por agregación, al financiador. El financiamiento conjunto sobre base poblacional puede ser un instrumento: que el que mejore en asistencia coste efectiva la atención ambulatoria no lo responda defensivamente mediante una mayor atención especializada menos coste efectiva. La solidaridad de las partes implicadas o simple defensa del *status quo* como el gran coste fijo del sistema público se proyecta fácilmente como un vector de mayor gasto sobre el financiador, sin que este tenga las llaves de la racionalización conjunta. De manera similar sería adecuado que en materia de políticas públicas una sola voz marcara las posiciones de los ámbitos conjuntos de gasto y de financiación (desde la Presidencia, por ejemplo), consolidando la discusión de los intereses de los distintos departamentos (sanidad/ protección social/ hacienda y economía y empresa) al sí de la comisión de gobierno de las instituciones. Este hecho, entre otros efectos fuerza una mayor horizontalidad de las políticas públicas y hacer explícitos los costes de oportunidad de cada euro gastado en la administración pública, y de éste respecto de la economía para las distorsiones fiscales que genera la tributación sobre la eficiencia en la asignación de recursos y en la capacidad adquisitiva de los contribuyentes.

### **Formalizar la priorización.**

El Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS en inglés) es paradigma hoy de una manera de administrar la sanidad: por un lado, el de un “servicio” como si fuese una parte más de la administración, con aspiraciones a la cohesión ‘nacional’ -si bien visto de cerca uno se da cuenta de cuánto más centralizado está un país más

diversidad se observa, ya que el centro no rinde cuenta sobre el territorio-, y por otro lado, “de salud” como pretensión de actuaciones intersectoriales pero que no escapan demasiado, a la realidad, de las propias de las industria sanitaria.

Desde un gran convencimiento que la oferta es la que induce la demanda en sanidad, ya que son los profesionales quienes interpretan la necesidad de los pacientes, el NHS orienta toda su regulación a “lo que tiene y lo que no tiene que ser suministrado” bajo financiamiento público a cargo del contribuyente. Ni un replanteamiento del universalismo, todo y que se pretende esté ‘proporcionado’ a la necesidad relativa, ni la implantación de tickets moderadores de la demanda, entran en el debate. Ni en las etapas de los gobiernos más conservadores se han cuestionado estos principios. El racionamiento público se impone: el de los circuitos asistenciales, el de las listas de espera y el propio de las prestaciones excluidas, que fuera del financiamiento están sometidos a un copago implícito del cien por cien.

La acción fundamental de un NHS es, por lo tanto, la de definir el catálogo de prestaciones. Tema complicado, que de momento se dirige a las novedades terapéuticas más que a cuestionar las que ya se están proporcionando. Como ya se veía que era más que probable que los efectos de las decisiones sobre el catálogo acabasen alimentando el debate político más pequeño, ahora hará doce años los grandes partidos acordaron que siendo la limitación una causa justa, en la medida en que fuese realizada, mandase quien mandase, observando el proceso debido, de las decisiones no se haría batalla. Crearon la agencia independiente llamada NICE, ‘bonito’ literalmente traducido, en la práctica acrónimo para Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, aunque algunos vemos en las siglas CE el coste efectividad imperante. Se crea una institución de prestigio, con responsabilidades académicas y sociales alejadas del debate partidista, con nombramientos que superen los ciclos electorales y que trabaja en red con los centros de estudio del país.

El procedimiento de cálculo sobre si una nueva tecnología, prestación o medicamento es ‘*good value for money*’ (vale lo que cuesta) se basa en la valoración de resultados según los años de vida ganados ajustados por calidad (AVAC, con la calidad medida en parámetros de dolor e impedimento físico) y de los costes vinculados: que aporta la novedad terapéutica en gasto respecto a los tratamientos alternativos existentes (placebo incluido). Ambos extremos determinan qué impacto adicional supone en clave de “incremento de años de vida ajustados por calidad” el aumento de costes asociado. Para este propósito, toman como políticamente dada la restricción presupuestaria (el financiamiento que en sede parlamentaria los contribuyentes ponen en manos del NHS), hecho que determina, tentativamente, un punto de corte, un límite de lo que es financiable a partir de esos recursos: en torno a las 30 mil libras esterlinas por AVAC. Casi 40 mil euros por año de vida ajustado por calidad. Si el ratio incremental del coste efectividad de la prestación es menor, se recomienda la inclusión; si está entre los 40 y 50 mil libras por AVAC, sacan la lupa y miran si hay algún aspecto excepcional a considerar, y si no es el caso se deja fuera, la cual cosa quiere decir que se llega a la responsabilidad completa del usuario.

Aceptado lo anterior hará falta firmeza para con todos los que, como resultado de la evaluación, se sientan damnificados (discriminados en negativo, ¡que los que lo son en positivo daban por garantizado que tenían derecho). Ni lobbies industriales, ni de corporaciones profesionales, ni de asociaciones de enfermos, en principio, tuercen la

recomendación del NICE británico. ¿Se lo imaginan, esto, en nuestra casa? Pues este es el músculo político y la cultura necesaria para una priorización democrática, transparente y coherente con un financiamiento público limitado. Más allá de la propuesta del NICE, si el político se quiere alejar de esta recomendación tiene que dar explicaciones y justificar su decisión, y para quien no lo vea claro, resulta fácil calcular el exceso de gasto que esta contravención supone.

Recientemente, el nuevo gobierno propone flexibilizar las decisiones considerando precios de medicamentos que atienden más al “valor” de los productos (su capacidad innovadora, también para las indicaciones cuyos efectos aún se desconocen, etc.) En todo caso los supuestos para este hecho se tienen que poder contrastar y validar: para tratamientos que no tengan alternativas, que son de enfermedades raras, que afectan al tramo de final de vida (los últimos tres meses, o que no permitan una expectativa de vida superior a dos años) se pueden hacer algunas excepciones (así se hace con los oncológicos, que alargan aún poco la vida todo y considerar la calidad con la que se vive).

Fuera de los tratamientos, tecnologías y medicamentos financiados públicamente, nada privado no es compatible con el sistema público. Lo efectivo, pero con un coste para el presupuesto público elevado, no se considera (no existe en las guías clínicas públicas) ni se acompaña su consumo privado con ninguna deducción fiscal. Ni tan solo se permite que se suministre en el centro público, aun siendo efectivo y totalmente pagado por el paciente. Todo ello resulta hoy difícil de imaginar en nuestro sistema, donde predomina una práctica dual que contabiliza ejercicio público y privado, con flujos permeables de pacientes, y que cuando cada vez que se propone regular las dos prácticas en el sí de los propios centros públicos se arma un gran escándalo, prefiriendo aquello de “ojos que no ven corazón que no siente”.

### **Clarificar las condiciones del aseguramiento.**

¿Cómo los holandeses? Cuál es el mejor sistema sanitario a emular no tiene una respuesta fácil ya que requiere matizaciones, pero a grandes rasgos el sistema holandés ofrece algunas claves de interés. Con una población relativamente menor que la de muchos otros estados europeos, y una ciudadanía relativamente homogénea, el modelo holandés tiene algunas características que merece la pena considerar: es flexible (tiene dos vías de financiación), se muestra capaz de discriminar las prestaciones según coste efectividad (y comunica el paquete básico con el complementario de acuerdo al criterio de la priorización), da señales de precios (primas, copagos) en el uso de los servicios, y mantiene responsabilidades individuales explícitas dentro de un sistema de competencia regulada. Se trata en cualquier caso de un sistema de afiliación obligatoria (público, sin opción de salida, no permite seguro alternativo bajando impuestos al ciudadano), pero permite servicios suministrados por diversas aseguradoras sin ánimo de lucro, bajo una estricta regulación pública; aseguradoras que contratan profesionales mayoritariamente autónomos y que trabajan en equipo.

Los ciudadanos que incumplen esta obligación de afiliación, o son ilegales en el país, tienen acceso a un nivel menor de servicios, de beneficencia (de otro modo, si fuesen las prestaciones iguales, ¿para qué contribuir?) La cobertura universal se extiende a un paquete básico estándar bastante generoso. Lo que contiene está definido en principio

por criterios de coste efectividad por la recomendación de una agencia pública al respecto. Algunos tratamientos se cubren parcialmente (tres intentos para la fertilización *in vitro*) o quedan excluidos (los preventivos, ya que se considera una responsabilidad individual cuidar el estilo de vida). La mayor parte de la población se asegura complementariamente de manera voluntaria (la cobertura dental predomina). El seguro para los cuidados de larga duración está vinculado al sanitario, y tiene una cotización social obligatoria.

El sistema sanitario se financia por contribuciones específicas vinculadas a la renta y a través de primas comunitarias (dentro de una misma aseguradora se paga lo mismo sin diferencias de edad ni de condición de salud). Los copagos son generales excepto para la atención primaria que se quiere favorecer. Todos los adultos soportan un pago que está en el momento en que esto se reseña entre los 170 y los 670 euros como máximo por año. La contribución vinculada a la renta es del 7,75% para los primeros 32.000 euros de renta anual gravable. Lo pagan los empresarios para los empleados. Para las otras categorías de trabajadores, la contribución es menor (no llega al 6%). Existe una prima uniforme entre 80 y 100 euros al mes, que el gobierno paga para los jóvenes por debajo de 18 años. La parte que recauda el estado la redistribuye después con criterios capitativos ajustados por el riesgo poblacional (que resulta ser el sistema que más incentiva la coordinación asistencial) entre las aseguradoras libremente elegidas por los ciudadanos, en sistema de afiliación abierta que no permite discriminaciones. Estas mismas aseguradoras son las que ofrecen cobertura complementaria (y suplementaria si alguien quiere, ésta última ya de manera libre). Las entidades aseguradoras, atendiendo al sistema de financiamiento que tienen, son las primeras interesadas en poner atención a la atención primaria como cribaje para la utilización de servicios. La ciudadanía elige aseguradora y después el médico de cabecera dentro de ésta. Estos profesionales independientes cobran en parte por cartilla y en parte por acto o servicio, separando el coste de la consulta, enfermería, los programas y el trabajo fuera del horario. Ellos son quienes después pagan al resto del personal (normalmente mediante un salario) y asumen los costes operativos. Los especialistas de los ambulatorios tienen base en los hospitales de la zona y trabajan en práctica conjunta. Sólo los que pertenecen a hospitales universitarios suelen ser asalariados y trabajan en práctica conjunta. Los centros de cirugía ambulatoria son muy comunes.

Existe un sistema de urgencias con horario extendido de 5 de la tarde a 8 de la mañana a cargo de médicos de atención primaria, financiados y gestionados desde la proximidad de los ayuntamientos. Ellos son los que deciden si se debe o no hacer el ingreso en hospital. Los hospitales son entidades privadas, de nuevo sin ánimo de lucro, y la mayor parte de los especialistas son profesionales libres organizados en práctica cooperativa conjunta. Sólo una tercera parte (los universitarios) son asalariados. La provisión de los cuidados de larga duración se puede recibir a través de un presupuesto global -y el beneficiario decide cómo lo gasta-, o en servicios específicos. Las curas paliativas están integradas y potenciadas en el sistema de manera ordinaria. Para la salud mental, también es el médico de cabecera quien filtra el enfermo hacia el resto de profesionales. La regulación sobre calidad y seguridad está bastante extendida y es responsabilidad de la autoridad sanitaria. Un instituto público promueve el cambio hacia una mejor práctica sobre la base de la evidencia disponible.

Son claves de bóveda de todo el proceso la función explícita de aseguramiento (que hoy en casa nuestra realizarían los consorcios públicos integrados de proveedores en el

territorio, financiados con base poblacional), la libre elección -de aseguradoras y cabeceras-, la competencia regulada entre aseguradoras (quién ofrece más y mejor a cambio del financiamiento estipulado, más allá de los mínimos del paquete estándar, o en primas complementarias más atractivas) y un énfasis importante en fijar las responsabilidades individuales en los estilos de vida.

### **Los consensos en política sanitaria**

A la hora de dar contenido a las políticas públicas, es más fácil ponerse de acuerdo en la salsa que en el pescado que las haya de condimentar; es decir, se tiende a aceptar las formas en las que se alían negligiendo en cierta medida su contenido. Así, en la política sanitaria encontramos muchos eufemismos de frases hechas en términos equívocos pensados para permitir un consenso inicial pero que, por poco que se profundice en los detalles semánticos, resulta obvio que no se sabe muy bien que se ha acordado concretamente. Términos tales como la colaboración público-privada, las responsabilidades de la sociedad civil, la gobernanza clínica o la participación de los profesionales en la gestión, por no mencionar grandes palabras como las relativas a las garantías de un supuesto derecho a la salud, y las consecuencias de equidad y eficiencia a la par.

No hay nada de malo en utilizar algunos “envoltorios” que creen un entorno amable que predisponga a los acuerdos. Los encontramos en el reclamo político de la conveniencia de “pactos de estado” para todas las políticas, como si las ideologías o la heterogeneidad cultural, o el registro del pasado de sus actores principales no existiese. El problema radica en no avanzar en contenidos más allá del umbral “buenista” que se anticipa. Se nos dice así que la sanidad crea riqueza, que es inversión, elemento de cohesión social; pero también sabemos que es gasto corriente, retribuciones de profesionales suficientemente corporativizados, de unos grupos industriales de suministros que presionan por su propio interés. Por tanto, cuando a menudo se quiere controlar desde la política sanitaria pública una financiación que se le puede escapar de las manos fácilmente al responsable público, se tiene que recordar a la vez las limitaciones que la disponibilidad de recursos sanitarios impone en sus efectos sobre la investigación, la creación de ocupación, la inversión en infraestructuras de elevado valor añadido y, ciertamente, en la balanza comercial del país.

Dar contenido a las propuestas implica ser claro en las disyuntivas que hay que valorar. Así, cuando alguien dice que más allá de garantizar la equidad de acceso en los servicios sanitarios lo que hace falta es hacerlo sobre los resultados de salud, se tiene que recordar que ello requiere interferir en toda clase de espacios individuales de decisión, pasando por encima de la voluntad de los individuos en el uso de los recursos si se quiere ser efectivo en los resultados propuestos. También, por supuesto, buscar las implicaciones de igualar resultados en términos de bienestar implica sacar los servicios sanitarios de su agujero de gasto, ya que éstos no son sino un ingrediente más que, como la educación o la ocupación, afectan igualmente a la salud. De manera similar cuando decimos que los profesionales no tienen que ser sólo partícipes pasivos, sino que se han de involucrar en la gestión, poniéndole el *tocino* –como el chiste del cerdo y la gallina en el desayuno de huevos con beicon-, debemos recordar que esto requiere necesariamente asumir riesgos. Y en simetría, quien acepta otorgar autonomía efectiva a los proveedores tiene que permitir la mejor gestión patrimonial de las capacidades ociosas que se revelen: oferta disponible a pesar de que su demanda sea inabarcable, y

se exprese en una lista de espera en manos de un financiador público, que no puede sufragar toda la utilización que permitiría la infraestructura disponible. Con reciprocidad, quien desee decidir por cuenta propia ha de aceptar responsabilidad financiera; de otro modo, como trabajador por cuenta ajena tendrá que compartir en el día a día las dificultades financieras de su patrón y las guías clínicas que para ello se deriven. Cuando queremos que las instituciones sanitarias cuenten con la gobernanza efectiva de sus trabajadores, se debe querer decir en coherencia que éstos acepten ser “accionistas”, ‘ir a resultados’. Esto implica que los profesionales están dispuestas a avalar capital público, el coste de las instalaciones que les son cedidas para la gestión, ya sea con su propio dinero inicialmente, o a partir de una retribución futura parcialmente recibida en forma de ‘papel’ –que es el valor de la acción a las sociedades de gestión de las que ellos son propietarios-. Este proceder se ha de seguir de manera voluntaria, respetando derechos adquiridos, sin retroactividad obligada. Y no sólo a través de formas mercantiles anónimas, también con mutuas, cooperativas u otras organizaciones de naturaleza mixta. También cuando la sociedad civil forma parte de patronatos y órganos del gobierno, hace falta que se recuerde que sus representantes asumen una responsabilidad delante de la comunidad que tiene consecuencias civiles y penales. O cuando reivindicamos que no es aquella organización una administración pública’ sino híbridos en el tránsito público-privado, con flexibilidad gestora presupuestaria y contable’, tenemos que recordar que dicha afirmación supone que se acepta también competir para una financiación ‘a tarifa’, con concurrencia privada, sin poder consolidar y arrastrar fondos garantizados año tras año. Así lo reclama en todo caso el Sistema Europeo de Cuentas Públicas para disfrutar de esta consideración más allá de las buenas palabras.

La dinámica sanitaria es hoy rica en partenariados públicos, fundaciones, consorcios, sociedades de profesionales, etc. que son música que suena bien para la mejora de la gestión que se busca fuera de un modelo tradicional que ha tocado techo. Pero si no somos precisos cuando identificamos de qué estamos hablando es fácil que nos pongamos de acuerdo en no se sabe bien al final qué.

### **¿Puede la comparativa de gasto clarificar la eficiencia sanitaria?**

Es tentador intentar resolver las bondades entre sistemas acudiendo a las cifras de gasto. Reina sin embargo confusión sobre cómo interpretar las cifras relativas de los recursos empleados por el sector sanitario. Por ejemplo, en España algunos han extendido la percepción de que se gasta poco en sanidad y como consecuencia se ha instalado cierta resistencia, en particular entre los grupos más directamente implicados en el sector de cuidados de la salud, contra la contención del gasto público bajo el supuesto de que a ellos esta limitación de gasto no les debe ni puede afectar.

Parte de los equívocos en la valoración y que impiden solucionar por esta vía lo que sea un sistema sanitario eficiente proceden de los errores de cálculo y las tergiversaciones generadas al forzar la interpretación de las cifras.

Un primer extremo se refiere a si el gasto considerado es el gasto sanitario total o tan sólo el público, al ser distinta la valoración que puede merecer uno u otro, tanto en relación al modo en que se financia como en la manera que se decide su aplicación. Entendiendo que nos referimos sólo al gasto sanitario público, el segundo paso es fijar el indicador de referencia, ya sea éste la renta del país, o ya sea en términos

poblacionales o per capita. Si la consideración parte desde esta última perspectiva, cabrá añadir un punto relativo a la moneda con la cual computamos el gasto (sin problemas en la zona euro, pero no si comparamos datos de EE.UU. o del Reino Unido al tener divisas diferentes) y cómo aproximamos su capacidad adquisitiva real (por aquello de que un euro no compra idéntica cesta de bienes y servicios entre países). El Eurostat da la pauta en cuanto a la valoración según 'euros ppp' (*purchasing power parity* o paridad de capacidades adquisitivas). Comparando así el gasto sanitario público per cápita en términos reales, el diferencial es mucho menor que con los datos iniciales.

No hace falta ser experto en la cuestión, sin embargo, para considerar el denominador como clave de nuestra variable, por aquello sabido de que cada país gasta en salud lo que se puede permitir o acaba dependiendo del número de sus beneficiarios potenciales. Como resultado, el coeficiente varía tanto por el numerador como por el denominador. Baja el PIB y sube el ratio (conlleva esto un mejor estado de bienestar?) Este tema es similar al que se produce cuando juzgamos el estado de bienestar valorándolo en términos de gasto social/ PIB: las cosas van mal, se hunde el PIB sube el subsidio de paro y otros gastos de protección social, y se eleva el ratio (a alguien se le puede ocurrir que las familias están mejor? ¿No debieran de preferir más empleo, producción y PIB que subsidios públicos?) Adicionalmente, si se descontrola el numerador (más recetas, más urgencias, más utilización inadecuada, aumenta el coeficiente (¿es acaso con ello mejor nuestro sistema de salud?). Finalmente, si la elasticidad renta es superior a la unidad (cuando España crecía o creía que lo hacía y gastaba en proporción más y más en sanidad), el reconocimiento ya inapelable de que hemos vivido, como ha hecho España, bastante por encima de nuestras posibilidades (endeudamiento externo, déficit exterior muy superior a nuestra producción) ¿no debiera ahora de deflactar correspondientemente el ratio Gasto sanitario/PIB más por el lado del numerador que del denominador?

Por último, especificado correctamente el indicador, faltaría definir el ámbito de comparación. Relativizar valores a la media de los países occidentales no es decir mucho. Aunque la referencia OCDE domina, esta comparación puede ser tramposa. La media OCDE está muy influida por el peso de sistemas privados tales como Estados Unidos, y en buena parte Japón. De modo que no parece sea lógico distanciarse de estos modelos de base aseguradora privada para luego 'aprovechar' su mayor gasto para establecer el término de comparación. Uno debiera de compararse con los sistemas que se desean emular. Nuestro sistema es de naturaleza pública y en principio es con estos sistemas con los que se ha de comparar. La tradición que ofrece la Europa social, y de nuevo la mayor homogeneidad y comparabilidad de los datos (Eurostat y OCDE), facilita pues una referencia europea. Toca aquí sin embargo identificar si valoramos la media de la Europa de 10, 15 o 27 países, dado su distinto grado de desarrollo y tiempo de pertenencia a la Unión. Por lo demás, fijémonos que la Europa social de los ciudadanos debiera de aproximarse por la media ponderada de gasto por población y no por simples medias aritméticas en las que pese igual tanto un país como otro.

Por ejemplo, si cuantificamos valores medios no sobre la base de medias aritméticas sino ponderadas por la población relativa de los países, el gasto sanitario total español es superior a la media OCDE (8.45 vs. 8.39), pero ponderando la media por población, no: 8.45 vs. 8.81. En gasto sanitario público la cifra es prácticamente coincidente una vez ponderamos la muestra por el peso demográfico. Se incluyen en Recuadro adjunto los últimos datos disponibles.

Table 1 Total health care expenditure means, as a percentage of GDP, for the complete OECD sample and three sub-samples

	Spain		OECD sample		EU countries sub-sample		Bismarck model countries		Beveridge—Douglas model countries	
	Expenditure <sup>a</sup>	GDP <sup>b</sup>	Expenditure <sup>a</sup>	Weighted <sup>c</sup>	Expenditure <sup>a</sup>	Weighted <sup>c</sup>	Expenditure <sup>a</sup>	Weighted <sup>c</sup>	Expenditure <sup>a</sup>	Weighted <sup>c</sup>
2000	7.20	21,314,433	7.77	8.20	7.71	7.93	7.91	8.29	7.33	7.65
2001	7.20	22,577,936	8.02	8.45	7.92	8.14	8.04	8.42	7.66	7.98
2002	7.30	24,068,216	8.30	8.77	8.18	8.44	8.26	8.71	7.96	8.30
2003	8.20	24,754,840	8.57	9.01	8.49	8.68	8.63	8.96	8.12	8.48
2004	8.20	25,956,475	8.61	9.04	8.59	8.79	8.69	9.04	8.16	8.49
2005	8.30	27,392,007	8.66	9.05	8.69	8.84	8.66	8.97	8.26	8.54
2006	8.40	30,405,925	8.60	8.95	8.62	8.74	8.51	8.78	8.28	8.54
2007	8.50	32,233,471	8.62	8.93	8.61	8.68	8.51	8.71	8.29	8.54
2008	8.90	33,129,605	8.89	9.16	8.90	8.94	8.73	8.86	8.60	8.84
2009	9.60	32,149,771	9.75	10.03	9.72	9.81	9.54	9.73	9.47	9.68
2010	9.60	31,903,798	9.72	10.15	9.57	9.83	9.64	10.16	9.29	9.49

<sup>a</sup> Total health expenditure, % GDP; <sup>b</sup> GDP per capita US dollars, PPPs; <sup>c</sup> Weighted by GDP

Soc Indic Res  
DOI 10.1007/s11205-014-0628-4

## Another Look at the Comparisons of the Health Systems Expenditure Indicators

Guillem Lopez-Casasnovas · Laia Maynou · Marc Saez



**Tabla 1. Gasto sanitario total (% sobre el PIB) en España, en la OCDE, en EUR21 y en los países de modelos Beveridge y Douglas. Promedios simple y ponderado por población. 2000-2012**

AÑO	ESPAÑA		OCDE		EUR		Modelo Beveridge-Douglas (1)	
	%Gasto Sanitario/PIB	%Gasto Sanitario/PIB	% ponderado por población	%Gasto Sanitario/PIB	% ponderado por población	%Gasto Sanitario/PIB	% ponderado por población	
2000	7.2	7.7	8.7	7.6	8.2	7.3	6.3	
2001	7.2	7.9	9.1	7.9	8.4	7.6	6.6	
2002	7.3	8.2	9.4	8.1	8.7	7.9	6.8	
2003	8.2	8.5	9.7	8.4	8.9	8.1	7.0	
2004	8.2	8.5	9.8	8.5	9.0	8.1	7.1	
2005	8.3	8.6	9.9	8.6	9.2	8.2	7.3	
2006	8.4	8.5	9.9	8.6	9.1	8.2	7.3	
2007	8.5	8.5	10.0	8.5	9.1	8.3	7.4	
2008	8.9	8.8	10.3	8.9	9.4	8.6	7.7	
2009	9.6	9.5	11.1	9.6	10.1	9.2	8.2	
2010	9.6	9.3	11.0	9.4	10.0	9.0	8.0	
2011	9.4	9.2	10.9	9.2	9.8	8.8	7.9	
2012	9.3	9.3	10.9	9.3	9.8	8.8	7.9	

Fuente: OCDE Health Data (acceso 30 abril 2015)

(1) Incluye Denmark, Finland, Greece, Iceland, Ireland, Italy, Korea, Mexico, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Spain, Sweden, the United Kingdom; Australia, Canada, Turkey

Actualización a partir de **EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA, ENTRE LO QUE NO ACABA DE MORIR Y LO QUE NO TERMINA DE NACER**

**Guillem Lopez i Casasnovas y Beatriz González López Valcárcel**

**Papeles de Economía Española Nov 2015**

Asimismo, planteando la media europea, surge la cuestión de con qué lógica comparamos países como Austria, Francia, Alemania, Bélgica, Holanda, que cuentan todos ellos sistemas de aseguramiento social, con sistemas de salud administrados (tipo National Health Service -NHS), al ser su 'fenotipo' diferente. Es bien sabido que los sistemas de aseguramiento social son más caros pero mantienen cotas más elevadas de satisfacción entre sus ciudadanos. Según el Eurobarómetro, el porcentaje de población que valora positivamente la calidad de la asistencia sanitaria en sus respectivos países es, para los países con un sistema de aseguramiento social del 92%, mientras que la media en los sistemas NHS se encuentra en el 82%. Menos regulación, más barra libre, sin listas de espera, libre elección, etc. produce al parecer que la población esté más satisfecha con el sistema aunque resulte más caro. Los NHS operan como servicios administrados (más racionados, con más tiempo de espera, más condicionantes de acceso, formalidades, etc.), más baratos (mejor coordinación, menos duplicidades, más filtros desde la atención primaria), pero con poblaciones menos satisfechas.

Vemos pues que las comparativas difícilmente resuelven la cuestión de la mayor o menor 'eficiencia' de un sistema de salud. Como mínimo se debiera de comparar con el tipo de sistema público de salud que mejor quiere emular.

Con estas salvedades identificaríamos pues la referencia europea (aceptemos que el sistema español se sitúa en la tradición 'NHS'). Para tener un marco concreto es el del Reino Unido (y variantes nacionales internas), Italia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Suecia... Bajo esta perspectiva la diferencia de nuestro gasto es máxima si nos comparamos con los sistemas de aseguramiento social: más de dos puntos de PIB tanto en gasto total como en gasto solamente público. Pero si lo relacionamos respecto los sistemas con Servicios Nacionales de Salud, la diferencia es tan sólo de 8 décimas.

Pero si habíamos dicho que cada país se gastaba en salud lo que podía permitir su nivel de renta y riqueza, la comparativa relevante es la de cuanto gastaban aquellos países (Holanda o Reino Unido, por ejemplo, según modelo de referencia empleado), cuando tenían la renta que hoy tiene España. Y con un poco más de sensibilidad, ajustando por sus características diferenciales externas (pirámide demográfica y organización territorial cuando menos).

Hecha la comparación así correctamente, España está muy cerca de aquellos niveles de gasto sanitario público que le corresponde: en la 'recta de regresión estadística' que se deriva de una estimación objetivada. Más aún, si asumimos linealidad en la recta de regresión estamos comparando escalares de ratios idénticos, asumiendo que la elasticidad renta del gasto sanitario público es constante, lo cual es contrario al supuesto de elasticidades más altas cuanto mayor renta tiene el país. Ello permitiría afirmar que si acaso gastamos más y no menos de lo que sería el nivel adecuado bajo las anteriores premisas para una correcta comparación.

Hay más temas relevantes en la comparativa para identificar mejor de qué estamos hablando. Quizás desde la percepción de muchos, debiéramos de considerar el gasto neto de la financiación que no proceda de los impuestos, ya que tasas y precios públicos (copagos) ofrecen una racionalidad distinta para dicho gasto público de la que ofrece un gasto financiado por contribuyentes y no usuarios a través de impuestos generales.

**CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):**  
<http://www.upf.edu/cres/>





