

G

A

S

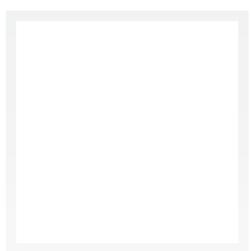
P

A

R

INNOVACIÓN Y SOLVENCIA:

cara y cruz de la sostenibilidad
del sistema sanitario español



G

A

S

A

A

INNOVACIÓN Y SOLVENCIA:

cara y cruz de la sostenibilidad del sistema sanitario español

Autores:

Juan E. del Llano Señarís
Guillem López-Casasnovas
Carlos Lens Cabrera
Mireia Alabart i Abós
César Vicente Sánchez
Pedro Serrano Aguilar
Joaquín Montalar Salcedo
Alejandra Giménez Ortiz
Miguel Ángel Calleja Hernández
M^a Dolores Navarro Rubio

Editores:

Juan E. del Llano Señarís
Justo Moreno Úbeda

Revisión:

Jordi Gol Montserrat
Gema Pi Corrales

Edición: Fundación Gaspar Casal

© Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-608-5288-9

Depósito Legal: M-1352-2016

Maquetación, impresión y encuadernación:

Helios Producción Gráfica

2. INNOVAR PARA LA MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO

Guillem López-Casasnovas,
Catedrático de Economía,
Universitat Pompeu Fabra

INTRODUCCIÓN

La innovación aleja a una organización de su consolidación. Consolidar es antitético a flexibilizar, como anquilosar lo es a muscular. Para una buena gestión sanitaria hace falta ser flexible y musculado. Gestionar es innovar. Buscar combinaciones de recursos para mejorar resultados, composiciones de outputs que conlleven a la eficiencia asignativa desde la eficiencia productiva. En gestión los organigramas no son fijos, se han de adaptar a los centros de coste que se quieran de responsabilidad; innovar supone un esfuerzo de acercar funciones y agentes al mejor servicio de la misión de la organización. A piñón fijo puede haber como mucho, administración, no gestión, que se ha de acompañar de creatividad, atención a nuevas circunstancias tecnológicas de producción o a cambios en costes unitarios. Y a menudo ambas cosas pueden ser o tienen componentes endógenos: una mejor política de compras reduce costes unitarios; una mayor productividad también, y los incentivos en ambos casos son una palanca para conseguirlo. Las tecnologías necesitan adaptarse, saber cómo han de ser correctamente utilizadas para que se puedan hacer rendir más. Integrar servicios orientados hacia resultados finales es asignativamente más eficiente que la eficiencia técnica o económica tomada aisladamente. Innovar es un concepto dinámico. Camarón que no se mueve, camarón que se lleva la corriente postula el dicho popular. Y ello ha de ser especialmente sentido en contextos de cambio. Como el contexto al que está sometido hoy nuestro sistema sanitario. No es sólo un problema de sostenibilidad financiera, que esperemos coyuntural y en todo caso tamizado por decisiones políticas. Lo complejo, estructural es la preocupación por la solvencia. Un sistema que requiere solvencia, competencia, para responder, solventar, afrontar retos nuevos y coyunturas sobrevenidas. Con resortes propios, capacidades de respuesta, adaptaciones a situaciones cambiantes. Introduciendo innovación sin perder lo substancial de un sistema que se quiere público en financiación, universal en prestaciones (las que sean) y equitativo en acceso. Este es el desafío.

En este capítulo compagino una reflexión general sobre la innovación en nuestros servicios de salud con algunas pequeñas entradas que recuadran propuestas de cambio en la orientación aquí propuesta.

LA INNOVACIÓN EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

Innovar en sectores cruciales para el bienestar de la ciudadanía exige precaución, buenas dosis de experimentación y una evaluación sensible que busque aprendizaje. Especialmente si la innovación se plantea como disruptiva y en contextos de incertidumbre. En este último caso se requiere, además, la corresponsabilización de los agentes promotores del cambio, habida cuenta los costes y beneficios que pueda suponer el soslayar la innovación a la espera de realizar aquel aprendizaje y el benchmarking potencial de haber puesto a riesgo otros sectores y/o destinatarios.

La finalidad de una innovación puede ser diversa: por un lado, hacer que los servicios sean más accesibles, de modo general u orientados en su aplicación por motivos de equidad hacia colectivos particulares con restricciones determinadas; por otro, la innovación puede buscar que los servicios sean más sostenibles, tanto en su funcionamiento operativo como en su financiación. Igualmente la innovación puede tener como objetivo que los servicios se ajusten más a preferencias de demandantes y voluntades de usuarios, y orientar la organización, por la vía del cambio, hacia unos resultados más efectivos y eficientes.

Todo ello puede forzar a innovaciones de proceso, ya parciales o completas (modelo de negocio) ya de resultados, que permitan hacer más (por ejemplo en diagnóstico), lo que no siempre equivale a identificarlo como necesario o más efectivo, o inequívocamente hacerlo 'mejor', ampliando la frontera de posibilidades de producción a cotas más altas en la función de bienestar social. Finalmente la innovación puede estar focalizada en inputs -bajo el supuesto de la buena dirección hacia los outputs- o en aquellos mismos outputs -supuesta su direccionalidad con los outcomes o resultados.

Ciertamente hasta el momento la innovación en nuestros servicios de salud es si acaso incremental, aunque la mayor incertidumbre asociada a la innovación

disruptiva y al big bang que pueda conllevar se asoma a menudo a través de las TICs. La innovación incremental tiene la ventaja de permitir una mayor tolerancia ante fracasos y en favor de segundas oportunidades, al afectar los márgenes del cambio y no el todo completo. Esto último es un claro peligro de la innovación tecnológica disruptiva por la que mucho más se puede perder, más grupos pueden quedar confinados, por ejemplo, por causa el analfabetismo funcional que provocan las nuevas tecnologías o los recursos privados que exigen, desde el coste de la maquinaria al de su manejo. Las tecnologías de la información son en este sentido parte del problema a resolver (las brechas generadas) y parte de la solución, por su potencial en la mejora del seguimiento de los servicios, cuidados para la salud, y empuje para la emulación de las mejores prácticas en tiempos reales y adaptados al conocimiento.

CONTEXTOS FACILITADORES Y RESTRICCIONES DE LA INNOVACIÓN

Para la innovación ciertamente existen contextos más o menos facilitadores: circunstancias que suponen condicionantes más o menos mitigables por la acción. Y ello no de modo general sino acordes al ámbito de funciones asistenciales y agentes del desempeño de los servicios sanitarios. Efectivamente, la innovación viene facilitada por contextos en los que se aprecian liderazgos reconocibles. Existe un menor temor al cambio en aquellas organizaciones para las que se cuenta con decisores que exhiben un registro de aciertos mayor que el de errores, para los casos, por ejemplo, en los que la organización no haya podido pautar todas las decisiones relevantes a partir de relaciones contractuales explícitas o de la 'jurisprudencia' implícita desde situaciones homologables. De modo que la generación de liderazgo requiere en sí mismo de segundas oportunidades, estabildades mínimas y un horizonte que suele sobrepasar el típico de los nombramientos (y ceses en caso de errores), políticos. Va a costar pues innovar en organizaciones públicas con organigramas predefinidos, nombramiento de gestores políticos y un alto grado de aversión al riesgo de quien piensa que 'quien día pasa año empuja'. La edad suele ser también elemento propulsor de la innovación por menor conservacionismo, no instalarse en inercias, y en buscar un aprendizaje por 'hacer' y no por 'esperar'.

La innovación en un sistema sanitario público ha de ser igualmente consciente de los objetivos. No se trata de promover con ello la especialización. Un centro sanitario puede intentar responder a la complejidad innovando en favor de una mayor orientación de sus recursos hacia una determinada especialidad. Complejidad es demanda; abanico de servicios es oferta. No es objetable la propulsión desde la demanda a la oferta en un sistema privado, pero en un sistema público, la oferta stand by de servicios se corresponde con una estructura aprobada desde la planificación pública de los servicios sanitarios, con un coste fijo no necesariamente amortizable empujando a una mayor actividad. A menudo el beneficio de la oferta puesta a disposición es la simple externalidad de opción, esto es, el saber que la cámara hiperbárica está ahí, o la bomba de cobalto o la unidad de quemados, aunque afortunadamente no se requiera su uso. Computar la gravedad a través de un índice de complejidad y a la vez no considerar la especialización (cuanto más baja sea ésta, mayor el coste unitario de su actividad) puede suponer un riesgo excesivo para el centro público al que no pueda ni queremos que responda con una mayor especialización o concentración de recursos por motivos estrictos de economías de escala y/o de gama.

Por último, la innovación puede requerir a veces un ‘de marketing’ efectivo, no promoviendo demanda y utilización sino su contrario, en favor de comportamientos preventivos, de autocuidado o de aseguramiento. Sus efectos pueden ser de largo plazo con distintas consecuencias en oferentes y demandantes, que en sistemas de registro abierto pueden no ser los que acaben internalizando costes y beneficios de la innovación. Finalmente, aceptemos que a veces las innovaciones centrifugan costes (y beneficios) hacia terceros con externalidades no siempre positivas que dificultan la correcta evaluación de la innovación propuesta; por ejemplo, con la cirugía mayor ambulatoria, en parte hacia cuidadores informales y familias, o al considerar, como hace el NICE en Inglaterra, exclusivamente los costes de las innovaciones para los presupuestos públicos, a diferencia de las agencias sueca y alemana (IQWiG) que considera aquellos costes sociales friccionales, absentismo etc. o, respectivamente, con cargo a pólizas de asegurados adicionales a los financiados por impuestos, también a considerar como susceptibles de cómputo.

SOLVENCIA Y SOSTENIBILIDAD COMO PROBLEMA. LA INNOVACIÓN SANITARIA COMO SOLUCIÓN

Los problemas de sostenibilidad financiera de nuestro sistema de salud se han soslayado por el momento gracias a los profesionales, a su trabajo y a su aceptación de contención o reducciones salariales. Es cierto que el profesionalismo tiene lados oscuros para las innovaciones, ya que sus inercias suelen obstaculizar las reformas, esto es, la adaptación para la solvencia reclamada de nuestro sistema sanitario. Pero su correcta actuación hasta el día de hoy es poco cuestionable, dentro de un régimen estatutario poco motivador. Sin embargo, el ajuste a lo sostenible financieramente no puede esconder la falta de resortes internos del sistema para adaptarse a los grandes cambios. Su capacidad intrínseca para «solventar» nuevas situaciones, ya sean procedentes de shocks demográficos, tecnológicos de oferta o de creciente medicalización social por el lado de la demanda, es más limitada si la oferta no responde a través de la gestión de los cambios posibles. Ello es incierto a la vista de la frustración que genera una expectativa de práctica clínica basada en un conocimiento global y un acceso tecnológico «local», ya que también debe ser local la restricción presupuestaria que tiene que financiarlo. De este modo los incentivos se debilitan y, sin el antídoto del profesionalismo, la calidad asistencial se puede resentir. Pero se está ahí a sabiendas de los intereses a los que se sirve, y lo que no consigue una retribución monetaria puede suplirlo un beneficio en especie, la posibilidad de trabajar en equipo, un acceso a las nuevas tecnologías infinitamente mayor que el que puede permitir la práctica asistencial privada aislada y, hasta el momento, con una libertad clínica nada desdeñable. Para este propósito parece apropiado utilizar dos antídotos, dos reglas de cara a evitar que la complejidad lleve a la inacción, lo que quiere decir mantener el statu quo, y quizás a la insostenibilidad del Estado de bienestar.

La primera regla: si hay que decidir, la única información relevante que debemos considerar es la que tiene que ver con costes y beneficios eludibles; los ineludibles, los que se tendrán tanto si se decide en un sentido o en otro, es mejor ignorarlos, sustrayéndolos del debate en este punto para no causar más incertidumbres y parálisis. Está claro, sin embargo, que todo es eludible o no en función del periodo al que se refiere la decisión. Pero si toca decidir a corto plazo, dejemos aparte

momentáneamente las cuestiones a largo plazo. La segunda: antes de plantear un problema hay que averiguar sus restricciones, conocer las mitigables por la acción (o por la inacción, la espera) y cuáles no lo son y condicionan, por tanto, la respuesta al problema planteado. No hay, en este sentido, problemas sin respuesta, sino sencillamente problemas mal planteados. En coherencia con ello, no debe postularse nunca un big bang de un sistema tan enraizado en la vivencia de la ciudadanía. Es mejor probar con el radicalismo selectivo —es decir, ser claros y radicales en algunas medidas elegidas con cuidado y desde la evidencia suficiente que da el conocimiento teórico y práctico de las cosas— y señalar con sus éxitos que otras prácticas son igualmente tratables emulando políticas similares.

FORMAS DE ORGANIZACIÓN

La estructuración coherente de una organización exige que ésta sea capaz de interrelacionar los cuatro sistemas que la integran (planificación, información, evaluación y financiación) de modo coherente en la dirección de su 'misión' y consiga resolución de sus tensiones hacia el vector común que señala dicha misión. La estructura es clave en permitir la innovación organizativa, y ello de un modo acorde con la cultura de la organización, su liderazgo, reflejado en las decisiones de aquellos centros de coste que son además centros de responsabilidad en los organigramas organizativos. En otras palabras, diríamos que una organización está bien estructurada cuando los pilares sobre los que se asienta, esto es, los objetivos de la organización (o en clave meso/ micro el sistema de planificación o la dirección por objetivos), el sistema de información, el de control y el de financiación -compensación e incentivos para corregir las desviaciones observadas-, se engarza fuertemente en una coherencia multidireccional. Requiere ello que lo que contenga cada sistema administrativo en su lógica interna se corresponda respecto de los demás sistemas: lo que se recoja en el sistema de información sea lo que se predefina en objetivos, que el sistema de control se retroalimente de las diferencias entre lo dicho (misión) y lo hecho (información) y que ello sea relevante en control, ya sea de nuevo para corregir lo observado- no deseado, o alimentar con nuevo conocimiento lo deseable y no conseguido en primer lugar, y que todo ello se traduzca correctamente en un sistema de financiación que premie consecuciones y penalice desajustes no deseados.

El engarce es multidireccional y completo. Por lo demás, como dijimos, toda esta estructura se asienta en una determinada cultura organizativa por la que lo que no se haya podido escribir en contratos explícitos se sule por unos valores implícitos de resolución compartida que evite la parálisis o costes transaccionales elevados (disputas). Cultura hostil o favorable al cambio, de trabajo a celo o buscando la coordinación, por inputs o por resultados, de subsuelo de yeso o de cemento armado, arenisca o encofrados son ejemplos de aquellas culturas.

Innovar en este sentido no puede implicar el forzar una dinámica consistente en mover la organización sobre la base de tirar de unos de los pilares aisladamente, innovar tan sólo en uno de los sistemas negligiendo el resto. El avance organizativo requiere orientar todos y a cada uno de los pilares de modo ‘incentivo compatible’ con el objetivo pretendido por la organización. De otro modo los peligros de la tensión en la organización una vez se pierdan, cedan los vectores del cambio, pueden hacer que el resto de sistemas ‘no sigan’ y se retrotraiga finalmente a la situación inicial. Este puede ser el peor de los resultados al servir a menudo para consolidar una cultura hostil al cambio, visto siempre como algo externo a la vida de la organización entre inerte e inerte.

ALGUNAS IMPLEMENTACIONES DE CAMBIOS ORGANIZATIVOS

Existe un cierto número de formas organizativas capaces de incorporar muchos de los anteriores ingredientes. Entre ellas, las entidades de base asociativa (EBA) de atención primaria —presentes en Cataluña— y las experiencias capitativas en ciertas zonas geográficas (cinco regiones sanitarias catalanas), así como los partenariados público-privados (PPP) y las iniciativas de financiación públicas (IFP), que integran responsabilidades de gestión en diferentes niveles asistenciales (Madrid, Castilla y León, Valencia).

Los PPP, una fórmula de gestión indirecta, operan como colaboraciones entre el sector público y el privado. Esto implica un contrato entre la autoridad pública y la parte privada, en el que esta última se compromete a proveer el servicio o el proyecto público, y asume con este una parte sustancial del riesgo financiero, técnico y

operacional. Un ejemplo en España fue el llamado caso Alzira, aplicado en el hospital de esa comarca valenciana en 1999, aunque no hubo transferencia total del riesgo.

Otra fórmula de gestión son las IFP. En este esquema de cooperación entre el sector público y el privado, se concede la construcción y gestión tanto de la infraestructura como de los servicios no sanitarios a una empresa privada.

Los argumentos teóricos a favor de la implementación de estas fórmulas son, en primer lugar, la posibilidad de una mejora del rendimiento de los recursos públicos, derivada del aprovechamiento de la experiencia del sector privado en el desarrollo y gestión de infraestructuras y servicios; en segundo lugar, la transmisión del riesgo de construcción y disponibilidad al sector privado, y, finalmente, la mayor rapidez en el proceso de dotación de nuevas infraestructuras. Todo ello debe más que compensar el probablemente coste financiero mayor del endeudamiento privado y el beneficio mercantil.

La diferencia entre ambas opciones es la siguiente: en el modelo de concesión de obra pública IFP, a cambio de la construcción de la infraestructura se confiere a la entidad privada la gestión de algunos servicios complementarios a los asistenciales; en cambio, en el modelo PPP, la entidad privada asume también la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a la población adscrita en el área de influencia del establecimiento sanitario.

Estas y otras formas pueden ser más o menos válidas, más o menos controvertidas. La situación de España requiere un análisis de las distintas opciones, un análisis sin dogmatismo. Debería promoverse para ello la transparencia de los datos y el examen objetivo de los resultados de estas y otras formas de organización, consiguiendo así que la diversidad organizativa de nuestro sistema sanitario sea considerada una riqueza y no un problema.

Igualmente, las restricciones de financiación obligan a limitar la capacidad de crecimiento del gasto que se traduzcan en aumentos de la presión fiscal y, sobre todo, del endeudamiento público. Esto hace que, de una forma u otra, las fórmulas

de participación privada crezcan impulsadas por los proveedores y financiadores, quizás haciendo virtud de la necesidad. Una pieza clave de este nuevo diseño es la necesidad de establecer mecanismos de seguimiento y evaluación, para comprobar y valorar formas imaginativas de innovación en la gestión y en la provisión, sin que estas supongan «agujeros negros» en un sistema de base eminentemente pública.

La bibliografía sobre organización, gestión y financiación sanitaria ofrece hoy un recorrido técnico analítico y conceptual empresarial de tal complejidad que, a menudo, se aleja del aprendizaje de sus actores principales, los clínicos. Se abre así una brecha en el conocimiento que dificulta el paso de la eficacia a la efectividad clínica, y no digamos ya a la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

EJEMPLOS

1. COMO INNOVAR EN FINANCIACION. EL COPAGO SEGUN RENTA

La financiación y la equidad del gasto

La crisis económica ha reducido la financiación sanitaria en algo menos de un 10 % respecto de la cifra de apenas tres años antes. En realidad, el gasto se ha ajustado a una similar reducción de la renta de los españoles, con ratios entre gasto sanitario público y PIB iguales o incluso mayores que en el quinquenio anterior. Es probable que la salida de la crisis acentúe el carácter regresivo de la financiación de nuestro sistema sanitario, dada la dualización del sistema tributario español: los impuestos indirectos (IVA) ganan peso y tienen carácter regresivo; los directos son más gravosos sobre la renta que sobre el capital y, por tanto, relativamente más elevados sobre una población asalariada con poca capacidad de ahorro. En consecuencia, las posibilidades de introducir mecanismos de progresividad y equidad en el sistema dependen cada vez más de la otra faceta del presupuesto sanitario, es decir, de la definición de qué, cómo y a quién se presta y quién financia la asistencia pública. La crisis y la regresividad creciente en la financiación nos obligan a ser muy asertivos en las áreas de actuación que pivotan sobre el gasto.

Complementar la financiación donde no llega el esfuerzo colectivo hace que se dirija la mirada a la aportación del usuario. Sin embargo, este debate se halla aún cargado de prejuicios. El copago no es más que el reflejo de una forma de exclusión: dejar una prestación sanitaria fuera de la cartera de servicios puede considerarse un copago del cien por cien, que a su vez puede ser una exclusión parcial de la cartera de servicios. Por tanto, para algunos analistas, el copago es parte de la misma dimensión del gasto, siendo una medida adoptada en la mayoría de países, aunque con menor relevancia directa en los países con un sistema nacional de salud más avezado a la exclusión selectiva. Visto en perspectiva, los pagos y copagos por parte de los usuarios son medidas necesarias en España, tanto si lo analizamos desde el punto de vista de la priorización por coste-efectividad (exclusiones) o de la sobreutilización de ciertos productos (somos el segundo país en prescripción per cápita del mundo) como si lo hacemos desde la solvencia (cambiante) del sistema público, aunque a nadie le guste pagar una tasa por un servicio. La bondad de un copago se mide por parámetros muy similares a los utilizados para medir los criterios de inclusión-exclusión de una prestación: debe alentar la prevención y no atender contra la continuidad de tratamientos necesarios; ha de evitarse en servicios que son coste-efectivos y no tienen un sustitutivo mejor; debe jugar un papel fundamental (como mínimo en forma incremental) en los servicios para los que existe un sustituto más coste-efectivo; y tiene que incorporar criterios de justicia distributiva (con referencia a la capacidad de pago y al volumen de gasto sanitario máximo incurrido). En cualquier caso, no debe hacer que quede fuera de cobertura una contingencia que pueda poner en riesgo la estabilidad económica de un enfermo, y corresponde operar de modo administrativo factible y a costes bajos.

La realidad de los copagos introducidos en medicamentos es que hemos pasado de un escenario en el que se negaba políticamente cualquier opción a debatir las mejoras de los copagos existentes, a la imposición de un cierto tripago en medicamentos (exclusiones, copagos autonómicos y centrales), sin relación con las ratios de coste-efectividad incremental y con mecanismos administrativos harto complejos. La valoración en los términos anteriores de las consecuencias de los copagos introducidos requiere, sean cuales sean, un tiempo para poder recoger adecuadamente su influencia en la sustitución de medicamentos y sus efectos redistributivos y sobre la salud.

Sin embargo, no me parece lógica la deriva que están tomando las propuestas de copagar según renta en servicios públicos. Sí entiendo que en la disyuntiva de anclar y reducir prestaciones, que aun siendo efectivas son de coste coyunturalmente inasumible, se deba de explorar también la posibilidad de acompañar el esfuerzo solidario del contribuyente en su financiación con el del usuario. Pero la utilización de la renta como módulo de dicha aportación tiene al menos dos contraargumentos. Por un lado, si el objetivo del copago es reducir consumo que se estima inadecuado (versión tiquet moderador), no se entiende qué razón hay para ajustarlo por renta. Si es inadecuado, sin matices, no debiera de modularse en modo alguno por la capacidad adquisitiva del usuario. Por otro lado, hacer copagar según renta penaliza a los contribuyentes que cumplen sus obligaciones fiscales.

Llevar el copago a la renta y no la renta al copago

Es fácil intuir que en una situación como esa, el defraudador y el no ahorrador salen mejor parados que quien es frugal y acepta ver su renta (y no sólo su consumo) reiteradamente gravada, tanto en sus ahorros como en el acumulado patrimonial. Y tras pagar en cuantías superiores no parece lógico que después, en el momento de tener que acceder al servicio (versión del copago recaudatorio, sobre demanda inelástica o necesidad grave) se le niegue la prestación a que como ciudadano tiene derecho si no realiza una nueva aportación (repago). Esto último es especialmente grave si dichos copagos afectan no a las partes periféricas de la asistencia (hotelera, de calidad subjetiva) sino a las substantivas (clínicas, reparadoras).

Dicha situación es poco razonable y ya la vemos hoy en la cobertura de la dependencia: se postula que el copago en su financiación ha de representar una proporción fija para cada nivel (tanto para el más como para el menos grave) y exige una aplicación que no distingue si se está cubriendo la parte más clínica o acomodaticia del servicio.

Si preocupan los efectos que generen sobre la equidad los copagos inelásticos o inevitables, parece que sería mejor articularlos a coste único y con una cláusula stop loss, de máximos proporcionados si se quiere no tanto a la renta como a la situación

socioeconómica del usuario. Y ello, ex post, no a través de determinar copagos inicialmente diferentes.

Ello no evita parte de los efectos criticados antes, pero cuando menos reduce una categorización de beneficiarios tan espuria para algunos como lo es su nivel de renta declarada. Porque la solución por la que yo vengo abogando (esta sería la parte propositiva de este capítulo) es que “el copago se lleve a la renta” y no “la renta al copago”.

En efecto, tanto por la estigmatización comentada como por la complejidad logística de su aplicación, no veo al usuario copagando con la declaración de la renta marcada en la frente (o en la tarjeta sanitaria que lea el profesional). Más bien entendería que lo que intenta castigar el copago (esto es, una utilización inadecuada del servicio público o un beneficio complementario) se incorporarse, según el coste que ha supuesto al sistema dicho uso, a la base imponible de la declaración anual de la renta: como si de un beneficio en especie se tratase, accedido gratuitamente cuando no se debía haber meritado, y por tanto así valorado al correspondiente tipo efectivo y la consiguiente contribución adicional.

Y si la estrategia no fuese la de la gratuidad, sino la de pagar inicialmente por los servicios en el momento de acceso, y recuperar después todo o una parte tan sólo de aquellos consumos justificados (la situación simétrica a la comentada), una deducción fiscal en la cuota parecería lo más adecuado. No se obvian con lo que propongo todos los problemas criticados, pero sí unos cuantos: evita estigmatizar la población, permite discriminar lo gravado/deducido según efectividad, lo hace de modo progresivo (en tipos o en deducciones selectivas o limitadas) y mantiene valores pedagógicos claros acerca de para qué sirven los impuestos que se pagan.

2. CONSENSOS EN POLITICAS DE SALUD

Actuar por la vía de pactar procedimientos

Los pactos sobre los procedimientos que se aplicarían pueden tener naturalezas diversas. Una opción es la aplicación de reglas que obliguen a que toda regulación nueva

identifique una anterior que debe reevaluarse para, así, evitar acumulaciones costosas y poco operativas. Podrían también identificarse qué campos se abren al paternalismo libertario (fumar, estilos de vida, pensiones complementarias) y cuáles constituyen una exigencia individual, no necesariamente monetaria, para la libre elección.

Todo esto cabría insertarlo en marcos de estabilidad financiera y/o organizativa, con reglas definidas que determinen lo cubierto y lo opcional, lo suministrable desde fuera o desde dentro del sistema público, lo producido públicamente o con medios ajenos. Convendría determinar también las tasas con las que descontar costes y beneficios que acrezcan en el tiempo, y fijar un descuento preciso mayor para los costes que supongan pérdidas irreparables para las futuras generaciones, especialmente para recursos no renovables o que generen externalidades negativas. Finalmente se deberían requerir memorias de impacto o de evaluación para las decisiones principales, exigiendo mayorías reforzadas para las actuaciones que generasen compromisos plurianuales y de endeudamiento, así como forzar a que en las evaluaciones se incorporasen «de oficio» los costes indirectos de la administración y de la utilización del capital público a la hora de cuantificar los costes unitarios de la provisión pública.

En el ámbito global de la actuación de las Administraciones públicas, una regla podría consistir en obligar a justificar en las actuaciones públicas la razón que justifique una provisión pública con producción directa, administrativa y jerarquizada de los servicios. Una de estas medidas subsidiarias sería la de la concertación: si se puede contratar externamente, mejor que no se integre el servicio con producción directa de modo inflexible ante futuras coyunturas. Por tanto, resultaría de entrada preferible contratar que producir directamente, excepto en situaciones predefinidas como, por ejemplo, la existencia de mercados inestables, activos muy específicos, costes de transacción elevados o elevado oportunismo contractual. Estos criterios deberían validarse explícitamente, aplicándolos a realidades concretas y no dando por supuesto lo contrario por algún tipo de prejuicio existente.

En favor de la agencialización, como regla subsidiaria se postularía que, con causa justa, el «velo de la ignorancia» —si se sigue el proceso debido (acordado) — no

cuestiona de entrada la recomendación efectuada, debiendo el responsable «hacer o explicar por qué no se hace». La transparencia se exigiría como principio: toda interacción entre Administración y administrado tendría que estar disponible en la web. Si no fuera el caso, se tendría que justificar al amparo, por ejemplo, de la Ley de Protección de Datos. El silencio administrativo se supondría positivo y, de no serlo, se tendría que argumentar la razón. Asimismo, de entrada, los plazos para responder o presentar alegaciones tendrían que ser idénticos tanto para la Administración como para el administrado y, en caso contrario, de nuevo habría que justificarlo.

En términos similares, antes de decidir en favor de una provisión pública (financiación y responsabilidad ante el usuario) se requeriría reflexionar sobre los incentivos a la autorregulación y la posibilidad de la regulación trasladando el cumplimiento privado co-activo. Superado este supuesto en la realidad concreta a la que se aplique, la consecuente provisión pública no debería implicar sistemáticamente una producción pública administrativa, de gestión directa, y debería explicarse en cada caso la razón por la que no se ha aprovechado la colaboración privada cuando estaba disponible. Finalmente, debería existir una reserva de financiación de un importe mínimo destinado a la evaluación de los resultados, si no se expresase razón en sentido contrario.

3. LO MÁS COMPLICADO, LA GOBERNANZA

Cuestiones no resueltas acerca de la gobernanza en los sistemas sanitarios públicos

En las organizaciones sanitarias, la gobernanza podría compararse con las articulaciones del cuerpo, en cuanto a su movilidad, porque adquiere sentido en el quehacer diario de aquellas al tiempo que mantiene el sistema unido y cohesionado. Hacer o rehacer la gobernanza de una institución allí donde se ha perdido no es una tarea sencilla, ya que esta se desarrolla a partir de la intersección de distintos comportamientos, resultado a su vez de unos incentivos que deben alinearse con los objetivos comunes de la institución. Conseguir esa gobernanza requiere a menudo la formulación de las relaciones internas y externas de sus protagonistas principales y la consolidación de una cultura organizativa, dos cosas que no se improvisan fácilmente.

Dos son los rasgos distintivos que marcan el valor de una cultura más o menos propensa a la gobernanza. En primer lugar, cómo se resuelve la idea comunal: el sistema y las partes integran lo que «es de todos y no es de nadie en particular». Esta idea da lugar, si se resuelve mal, a comportamientos subóptimos de sobreuso y utilización ineficiente. En segundo lugar, la extensión interpretativa que se dé a la percepción de que «quien paga manda en las instituciones». Esta afirmación parte, a menudo, de un error de bulto: se entiende que el «pagador» es la Administración pública, cuando son los contribuyentes quienes la financian. A esta se añade la confusión frecuente que vincula lo público con el Estado y no con la sociedad, o la que equipara el servicio público con la intervención administrativa. Estas percepciones marcan una determinada manera de entender las organizaciones cuando estas relaciones no están predeterminadas por jerarquías y existen márgenes para interpretar qué es tolerable o no en el comportamiento de sus agentes.

En principio parece obvio que los incentivos de las diferentes partes deben sumarse, desde el interés propio hacia el objetivo necesariamente compartido. Sin embargo, en los sistemas sanitarios públicos, la dificultad de alinear el interés particular con el del conjunto tiene una dificultad añadida: las múltiples motivaciones presentes, cada una con su propia racionalidad y lógica individual. La distinción la encontramos en 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—, de los gestores (intermediarios entre financiadores y profesionales), de los responsables de la política sanitaria —consejeros, ministros u otros cargos competentes, con más o menos ascendencia de sus departamentos de Economía y Finanzas— y, finalmente, de los grupos empresariales que prestan los servicios sanitarios. Cada colectivo intentará que su interés particular prevalezca sobre el general, aliándose entre sí para imponerse al resto. Estas coaliciones son heterogéneas, pero en determinadas coyunturas —por ejemplo, ante una huelga o una restricción presupuestaria fuerte— pueden vencer aprovechando las debilidades de otros colectivos.

Resolver este tipo de problemas en la sanidad pública pasa posiblemente por consolidar —es decir, 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. Por desgracia, no existen recetas universales para conseguirlo.

En un contexto de recursos escasos y a la vez susceptibles de usos alternativos, la discusión interna de los problemas relevantes debe encabezar cualquier acción. Esto se puede hacer, por ejemplo, entre ciudadanos-contribuyentes y usuarios-pacientes, a través de priorizaciones explícitas y transparentes de las prestaciones sanitarias: qué entra y qué no, qué se paga mediante impuestos y qué repercute en el bolsillo del usuario, qué derechos y qué deberes. Entre diferentes gestores, pongamos por caso, el exceso de gasto de uno tendría que valorarse en primera instancia sobre el déficit del otro, evitando trasladar el problema al financiador.

IDEAS FUERZA

Innovar requiere inteligencia. Pero mejor inteligencia en su acepción inglesa: *cleverness* más que *intelligence*. Ello pasa por diligencia en ver oportunidades; valentía ante el reto, sin aversión al riesgo, asumiendo liderazgo; transformando en lugar de consolidar el Estatus quo, de modo selectivo pero radical.

El objetivo central de toda innovación debe ser aportar más valor a la salud de las personas. Y ello pasa por más calidad, mejor percepción del paciente, menos costes. Además, la mejora de procesos es la inversión más coste eficiente para la innovación: mejoras en los procesos, análisis de datos, gestión de episodios y nuevos modelos de pago. Finalmente, se trata de incorporar nuevas maneras de hacer las cosas dentro de las organizaciones, cómo podemos aumentar el valor del trabajo que se hace en las instituciones y qué podemos hacer para que las inversiones sean útiles en la línea del progreso organizativo.

La mayor innovación pendiente aún en nuestros sistemas sanitarios es el de la mejor vinculación entre outputs (actividad asistencial) y outcomes (resultados de salud). El avance requiere poner en conjunción todos los sistemas administrativos

que estructuran una organización: planificación, información, evaluación y compensación e incentivo. Hacerlo tan sólo de modo aislado puede ser incluso contraproducente para una innovación que se quiera robusta.

T. Whicher, fundador de una empresa de gestión de citas online y vía SMS (DrDoctor), da 5 consejos a los innovadores para llevar adelante sus proyectos dentro del NHS británico:

- 1. Empezar pequeño y repetir. Hay que experimentar, probar, simular los productos para sacarle riesgo. Hay que validar funcionalidades con pacientes reales y medir qué hacen. Quedarse con el que funciona y tirar el resto. Repetir.*
- 2. Utilizar datos para tomar decisiones. Medir lo que los usuarios (pacientes, médicos, gestores y personal de administración) hacen, puede aportar información inesperada. Desarrollar métricas del proyecto desde un principio y usarlas para tomar decisiones basadas en datos de lo que funciona, tanto desde el punto de vista de la funcionalidad como del diseño.*
- 3. Diseñar algo mejor que funcione en el contexto. Para algunas personas, la innovación es lo que nunca se ha hecho antes. Tanto si es un nuevo medicamento, un procedimiento más rápido o una tecnología, la innovación necesita resolver un reto.*
- 4. Escuchar a los pacientes. Escuchar a los pacientes aporta nuevas perspectivas. Hay que pasar tiempo en las consultas, los quirófanos, o en cualquier otro lugar donde se entienda el día a día de un hospital. El nuevo sistema no puede ser más difícil que el método tradicional.*
- 5. Ser constante utilizando productos robustos y evidencia. El NHS es adverso al riesgo. Como innovador, hay que anticiparse y encontrar soluciones a los obstáculos. Disponer de evidencia que demuestre que tu producto es seguro y puede funcionar. Compartir la evidencia lo más ampliamente posible.*