



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2015 - 09**

**RECETAS PARA LA SANIDAD Y PARA  
EL PACTO SANITARIO**

**Guillem López-Casasnovas**

**Catedrático del Departamento de Economía y Empresa**

**Universitat Pompeu Fabra**

**Barcelona**





La Colección 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 Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Obra Social “la Caixa”, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Obra Social “la Caixa” a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

**Barcelona, Marzo 2015**



## RECETAS PARA LA SANIDAD PÚBLICA (I)

Es sabido que el sistema sanitario dispone de suficientes estudios y diagnósticos, libros blancos e informes de expertos. Los trabajos de la Comisión Abril Martorell, o Vilardell en nuestro país, son ejemplos. Sin embargo, las traslaciones de los análisis a medidas concretas no abundan. Y menos aún sus materializaciones prácticas. Ciertamente en materia de salud las proposiciones se han de hacer con pies de plomo: la complejidad del terreno que pisa el prescriptor es elevada y las interrelaciones y efectos colaterales en los campos políticos y sociales son muy grandes. Respecto de estas situaciones, comunes también en otros ámbitos de las políticas y la gestión pública, acostumbro a apuntar a mis estudiantes dos antídotos de cara a evitar que la complejidad lleve a la inacción, lo que quiere decir mantener el *status quo* y quizás a la insostenibilidad del estado del bienestar.

La primera regla: si hay que decidir, la única información relevante a 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, mejor ignorarlos, sustrayéndolos ahora del debate para no causar más incertidumbres y parálisis.

Está claro sin embargo que todo es eludible o no en función del periodo al cual se refiere la decisión. Pero si toca decidir a corto plazo, dejemos aparte momentáneamente las cuestiones a largo plazo.

La segunda tiene que ver con perder un momento, antes de plantear un problema para averiguar sus restricciones: cuáles son 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.

Desde la anterior perspectiva, quiero plantear a la consideración del lector un conjunto de prescripciones en torno a nuestra sanidad. He aquí las recetas.

Responder a los nuevos retos que tiene planteados hoy la sanidad pasa por el reconocimiento de que el gasto sanitario total continuará creciendo. No lo hará, sin embargo, previsiblemente al mismo ritmo el componente público financiado con impuestos. Es probable, pues, que la brecha abra financiación pública a la incorporación de múltiples tasas (copagos o pagos con deducciones fiscales) y precios públicos para reforzar precisamente el mismo sistema público. Por el lado del gasto, su control ha de tener como campo de observación más importante la variabilidad de las prácticas clínicas, de las que se tiene, cada vez más, nueva y mejor evidencia.

La descentralización (territorial, funcional) da oportunidades de experimentar e innovar. En este sentido, no es parte del problema, sino de la solución ante la gran innovación disruptiva que amenaza al sector. A pesar de las quejas de algunos que se está produciendo una rotura de la cohesión para favorecer su recentralización, en el conjunto del Estado español no tenemos 17 sistemas territoriales de salud, sino tres o cuatro maneras de entender la sanidad pública. Con tendencias *a la catalana* (sobre la base de la compra de servicios concertados), *a la valenciana* (dando en concesión la gestión integral de los servicios) y *a la madrileña* (iniciativas publico-privadas, sobretodo en equipamientos) y *a la andaluza* (reforzando aparentemente el intervencionismo público). Los vascos juegan una liga aparte en sus apuestas de orientación hacia los enfermos crónicos, siempre desde su privilegio financiero. En todo caso, más allá de la territorial, la descentralización funcional ha de recuperar la coordinación que favorezca la continuidad asistencial, desde la gestión de episodios y de las contingencias poblacionales por la pérdida de salud. Esto se puede hacer mejor por parte de proveedores consorciados con autonomía organizativa y financiación prospectiva (de base poblacional). La ha de acompañar la priorización, en el ADN de la Economía de la Salud. Sin embargo entre el *assessment* (como valoración objetivable) y el *appraisal* (como valoración al nivel operativo de las realidades concretas) hay campo para construir partenariados y fórmulas de riesgo compartido entre proveedores y financiadores. La descentralización de tercera generación, la institucional, hacia organizaciones con más autonomía que puedan incorporar servicios privados en su seno, hará despertar un sector privado hoy indeciso sobre si le conviene coexistir con el público, colaborar con él, sustituirlo o complementarlo.

En general, la sanidad catalana está hoy bastante *lost in translation*. El problema no es tanto la separación entre provisión y producción efectiva, ni siquiera entre la propiedad del patrimonio (público) y la gestión (privada, propia de los profesionales) – propuesta y pospuesta en el Hospital Clínic-, como que el regulador introduzca credibilidad en los mecanismos de asignación de recursos y en el control. La cuestión a debatir es qué incentivos se dan con tal de alcanzar una mayor eficiencia. Para esto, nada parece posible sin la involucración de los profesionales y su aterrizaje en la gestión clínica. La autonomía organizativa es clave. Si los incentivos se quieren fuertes, y al mismo tiempo esto se corresponde con un grado de control también superior, una transferencia de riesgo asumible sería adecuada.

## **PRESCRIPCIONES PARA LA SANIDAD PRIVADA (II)**

De las valoraciones que hago de estudios, lecturas y análisis pienso hoy que la prestación sanitaria privada ha de posicionarse en qué terreno de juego quiere interactuar. Esto es, si lo que le interesa es un sector público mejor financiado que tenga capacidad de comprar parte de su potencial productivo (y si el caso, sobre esta compra garantizada, ya añadirá servicios complementarios de pago adicional), o de lo contrario,

esperar que cuanto peor se financie el sector público mejor para una prestación privada sustitutiva (por lo que no dé el sector público) o complementaria (de mal).

El aseguramiento sanitario privado está constreñido hoy por unas pólizas colectivas con primas cada vez menores por el convenio estatal de Muface que marca umbrales y las antiguas empresas colaboradoras ejerciendo presión a la baja. Las aseguradoras de momento trasladan esta presión a la medicina privada en forma de precios considerados ruinosos por los proveedores. De ahí que la oferta se tienda a oligopolizar para hacerle frente. Es probable que el aseguramiento privado se acabó así dualizando, entre el seguro típicamente de reembolso y el que quiera construir una póliza privada de seguro sanitario, complementario, gestionado por encima de la póliza pública conveniada (por ejemplo, tipo *Muface plus*). No se nos escapa la dificultad de construir aseguramiento complementario para prestaciones fuera de catálogo público, cuando éste resulta hoy poco explícito, con ansia omnicompreensiva, flaqueando sólo y mayormente en la calidad percibida de los servicios que presta. Ello dificulta el aseguramiento puntual de dichos servicios, más que prestaciones propiamente hablando, y el abordar el *pool* de riesgo que necesita en el tiempo toda forma de aseguramiento.

El sector del medicamento necesita integrarse hacia adelante en la cadena de producción de salud mostrando sus activos en estos términos: salud alcanzada y coste alternativo ahorrado. Por eso las fórmulas organizativas consorciadas que animan a la asistencia integral de todos los proveedores sobre un territorio determinado pueden suponer una oportunidad. El ir haciendo innovaciones marginales para entrar en autorizaciones nuevas con precios más altos que compensen a las marcas que con precios congelados pierden interés, empujadas por una tropa de visitantes médicos que den la supuesta “buena nueva” de la innovación, es probable que sea una vía muerta. Y eso cuando la industria se recupere, claro está, de los estragos de la crisis de las finanzas públicas.

En la farmacia de la atención primaria, lo que no está “explícitamente permitido” está hoy “prohibido”. En la farmacia hospitalaria, todo lo que no está “expresamente prohibido”, está “permitido”. De manera que se entiende que algunas compañías busquen la segunda y no la primera vía de entrada al sistema. Pero la mayor capacidad de gestión que posibilita la dispensación hospitalaria, les sitúa en un canal que acaban no dominando, supuestamente para una utilización más racional del medicamento. No cabe posiblemente esperar demasiado de las compras hospitalarias mancomunadas ya que van contracorriente de los incentivos de bajar precios para obtener individualmente costes unitarios inferiores.

Tampoco cabe esperar mucho de organizaciones patronales heterogéneas que tienen sólo como común denominador “gastar más”, sino con mayores precios, con más actividad. Haber mostrado connivencia en retrasos en pagos en el pasado, supuestamente garantizados con precios más elevados, es probable que con la crisis de las finanzas públicas ahora les juegue en contra. También en su vinculación al PIB: es un marco aparentemente estable, pero de gestión difícil vista la heterogeneidad interna de los laboratorios a la hora del reparto de cuotas.

A falta de recuperar una lógica más coherente de conjunto -que no quiere decir cerrar oportunidades en respuesta a situaciones concretas, sino de marcar las respuestas posibles y coherentes a los diferentes supuestos- son hoy amenazas los *mantras* groseros de la “privatización” (con la que se identifica cualquier cambio), el “sin ánimo de lucro” como antídoto (si no con ánimo de lucro, ¿con qué ánimo?) y el control de legalidad como legitimación de la ineficiencia (de modo que “si una entidad recibe un euro público, a efectos de fiscalización se convierte en administración pública con control de inputs y o de outputs, de proceso y no de resultados”). En la maraña actual por otra parte, la manera en la que el Sistema Europeo de Cuentas define el perímetro público, apunta a lo contrario: que de “privatización”, nada de nada a la vista de cómo está configurado nuestro sistema de “híbridos” - o “franquicias” (composición de órganos, financiación y riesgo asumido), todos ellos incorporables a las cuentas públicas.

En todo caso, la trazabilidad del origen del euro como contaminante del proceso de control administrativo- está hoy en la mentalidad de interventores y controladores, y de buena parte de la opinión pública -a pesar de la incoherencia del criterio: así por extensión llegaría a intervenir la producción interna de medicamentos, también objeto de compra pública, así como a otros ámbitos de suministro o de formación de capital humano. Ambos factores pueden acabar siendo letales para la continuidad del modelo sanitario.

Las nuevas ‘mareas’ que se avecinan es probable que empeoren aún más la puesta en valor del sistema y de sus logros. El pacto político no es nada probable. Siempre el partido que se quede fuera tiene un plus para explotar demagógicamente ganancias electorales: pensando muchos lo mismo es probable que el consenso se reduzca a los políticamente implicados, visualizando de nuevo como una respuesta de los corruptos beneficiados del sistema. Un dilema típico de prisionero: el uno por el otro hace que todos pierdan.

Es necesario extender, desde plataformas diversas la cultura al menos que permita entender los problemas y pactar los desacuerdos; especialmente a aquellos tentados todavía de hacer política con la sanidad desde la oposición irresponsable de su gestión. Y en todo caso, hay que ser comprensivos con una opinión pública que los estragos de la crisis ha orientado mucho en una determinada dirección, guste o no.

## **EL PACTO SANITARIO (III)**

Para todas aquellas prescripciones, se hace necesario concretar políticamente los acuerdos y pactar los desacuerdos, por el bien de mantener la virtualidad del modelo sanitario catalán, en todos aquellos logros que se puedan sustraer del debate partidista.

La preparación de los trabajos para el gran pacto nacional de la salud comportó a un gran error de entrada. Mejor era poner los contenidos a trabajar por técnicos



consensuados políticamente, y luego devolverlos en ‘continentes’ o formatos a manos de los políticos, para justificar si era el caso su desacuerdo y proponer las enmiendas que los hicieran socialmente aceptables. Así se hizo por lo menos con el pacto nacional para la investigación, de éxito reconocido. Empezar a la inversa, desde posicionamientos políticos, sindicales y patronales vincula opiniones a prejuicios y manifiestos, más difícilmente reversibles una vez las proposiciones son inicialmente formuladas.

No podemos ya confiar pues en un pacto nacional de salud -un cartucho quemado- que en cualquier caso, tal como se planteó, era una misión imposible. Sin embargo, algunos cambios de dirección a la actual dinámica son del todo necesarios. La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña se debería de repensar en clave de una nueva gobernanza, ubicando correctamente los órganos de participación, consejos de dirección y junta efectiva de *accionistas*, de manera coherente a lo que supone el *iter* que va desde del Gobierno (y Economía - *accionista*) / Dpto. de Salud (guía y dirección) / Cat Salut (*cobertura servicios*) y proveedores (*propios y participados*).

En los centros participados la intervención pública debería ser sin duda de naturaleza diferente a la de los propios, con el límite de la absorción de parte de la propiedad a través de la intervención en caso de quiebra financiera. El “repensar” no permite pero hoy, ni lo hace conveniente, una propuesta inmediata de reforma, ya que en el estado actual político y de opinión podría empeorar el que debería de ser sostén del modelo sanitario, ahora en necesidad de revisión.

Son notorias las carencias de clarificación de un modelo que parece lo ampara todo con una discrecionalidad que cuestiona su naturaleza: variedades tipo *barnaclínic*, elementos privados dentro de organizaciones públicas, concursos en primaria y compras directas en especializada; fundaciones -rechazadas en un caso y valoradas en otros- frente de sociedades mercantiles, etcétera. Las incoherencias y contradicciones del pasado las pudo ocultar una creciente financiación. La contención / reducción presente las hace emerger y las dota ahora de trascendencia política ante la opinión pública.

La historia de éxito del sistema sanitario catalán no debería poder arruinar la necesidad de su crítica. El problema es que la visualización de los logros, hecha desde la política o desde las patronales del sector, no tiene credibilidad. No luce así ni el propio esfuerzo en el rendir cuentas hecho en las centrales de balances y resultados, o de lo que puedan valorar organismos internacionales, si estos logros se comunican por boca política. Hay que pensar en dar salida a los valores del sistema por el lado de quien más credibilidad puede tener: decisores clínicos clave, profesionales de prestigio, de la investigación, de la academia, y de usuarios, no despreciando lo que pueden representar las asociaciones en esta dirección. De hecho debería ser reclamo hoy por parte de los usuarios y la ciudadanía en general reclamar unos “*hands off*” de los políticos sobre el bien tanpreciado que supone los cuidados de la salud. Una supuesta asamblea nacional catalana de usuarios de la sanidad pública debería de exigir para bien de todos que se limitara la

politiquería sanitaria y la contaminación de cargos políticos, que a muchos niveles el sistema hoy todavía ampara.

El criterio del grado en que una institución representada soporta el riesgo no parece suficiente hoy para avalar la presencia de las administraciones locales y de otras representaciones ciudadanas a ciertos órganos de gobierno: en las actuales circunstancias asumir riesgo es poco exigible con financiaciones incompletas y con la imagen de un sistema privado en general, y financiero en particular, que expulsa riesgos hacia el sector público. Cosa diferente es reubicar la administración local en órganos distintos a los actuales en sus papeles de propietarios y de representación de sensibilidad local. Asimismo no se entiende la presencia de sindicatos y proveedores en el consejo de dirección de CAT Salud. Esta representación no puede vincular un consejo efectivo de dirección.

La vía de la descentralización de responsabilidades y transferencia de riesgos se ha de explorar donde y cuando sea posible a favor de las sociedades de gestión de los propios profesionales que son quienes mejor pueden internalizar en su actuación la restricción presupuestaria y afrontar las expectativas de los usuarios a efectos de racionalizar las prestaciones sanitarias de una manera mejor argumentada.

En estas horas extraordinarias hay que seguir pensando como dotar de contenidos a las estructuras nuevas para el mantenimiento y mejora del modelo sanitario, y establecer compromisos desde el sentido ciudadano, minimizando la probabilidad de los peores resultados.

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

