



Colección Policy Papers
2015 – 02 bis

EL INTERÉS PÚBLICO EN EL DEBATE 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 Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección 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, 14 de diciembre de 2015

EL INTERÉS PÚBLICO EN EL DEBATE SANITARIO

Introducción: ¿Qué se entiende por interés público en el debate sanitario?

Resulta fácil jugar con las palabras para llevar los argumentos al terreno que más convenga. Estos días, en el ámbito de la sanidad, las palabras vuelan como armas arrojadas al servicio de prejuicios ideológicos. Se da esta situación en el uso de nociones como “defensa del paciente”, “hacer prevalecer los intereses públicos” o “preservar los objetivos sociales”. Parte de la confusión viene de la relación que se hace en Cataluña de “público” con “administración” y de “privado” con “beneficio crematístico”. Los anglosajones lo ven de otra manera: entienden como “público” lo que es privado de la gente, y aquello que nosotros llamamos “público”, ellos dicen que es “del Estado”.

La obtención de beneficio no es, en este sentido, un elemento separador de lo que es público o privado. Como veremos más adelante, en toda actividad humana siempre hay beneficio, excedente. Si el beneficio es monetario, se visualiza como tal; si el beneficio es en especie, en propiedad de los mismos trabajadores, en forma de costes superiores a los mínimos necesarios y que tiene que sufragar la ciudadanía, no siempre es tan explícito, pero efectivamente ahí está. Es más, en algunos casos, el primer tipo es más fácil de regular y fiscalizar que el segundo, en el que a veces el más “caradura”, con menos productividad y ausentismo, se lo agencia en detrimento también de los compañeros. Tampoco es separador el modelo de financiación: no hay disyuntiva público-privado. Todo viene del mismo bolsillo: el de los ciudadanos. Son las formas y sus efectos los que difieren, y eso siempre depende del caso concreto (de la incidencia de quien sufraga y cómo lo hace, y de las modalidades concretas de lo que se gasta y a quién beneficia), sin que valga un prejuicio general de la bondad de una manera mejor que otra.

En el sentido anterior, el interés privado de todos y de cada uno de los ciudadanos no se podría contraponer al público. En todo caso, sería la conveniencia comunitaria la que, en caso de falta de consenso, haría confrontar el afán individual con el colectivo. El interés público tampoco se puede contraponer siempre al del proveedor privado, ya que se puede servir al primero (el objetivo público) desde el segundo (el del proveedor privado); todo dependerá de cómo se regule o financie. Es más, el interés del proveedor público (de la administración) puede servir peor al interés público (de todos) desde la actuación administrativa que el privado desde el derecho mercantil, teniendo en cuenta la distinta flexibilidad de las normas para responder a las necesidades y aspiraciones públicas (conjuntas, comunitarias).

En el debate que nos ocupa hoy, el de las reformas sanitarias, será necesario recordar que el objetivo social, normativo de mejora del bienestar en el que todos los ciudadanos ganamos proviene de la obligatoriedad de un aseguramiento de riesgo común: no quiere

decir de prestaciones completas iguales, de derechos universales sobre estas ni que tengan que ser gratuitas (¡nada es gratis!). Privatizar la sanidad en este sentido querría decir salir del *pool*, romper la obligatoriedad: “No me cargue impuestos o cotizaciones que yo me aseguro por mi cuenta”. Esto generaría una selección adversa de asegurados que, con el coste vigente, solo sería conveniente asegurar a los de peor riesgo sanitario, y esto hundiría la oferta en detrimento de todos. Más allá de este extremo, hacer el *pool* común con más o menos regulación i/o financiación pública, con un porcentaje menor o mayor de impuestos o tasas, limitando en diferente grado las prestaciones, entre otras, no es sino una cuestión ideológica, empírica y no normativa, coyuntural y no estructural, con validez limitada a las situaciones y sometida a un “yo creo, yo pienso” que en la medida que se haga en sede parlamentaria es bastante legítima.

Cuando en esta guerra que vemos hoy en día en la Comunidad de Madrid, pero que resuena también en Cataluña, escuchamos eso de los intereses públicos y privados (entendiendo estos en términos de medios instrumentales, de proveedores, de financiación, de pacientes), nos equivocamos. Alimentamos la idea de derechos universales, de pacientes frente al Estado, como si no fuera el interés de este el del conjunto de los ciudadanos, del cual forman parte los pacientes. Olvidamos que los deberes no son hacer pagar peajes a los usuarios para que el Estado mantenga la financiación a los proveedores públicos. Y se descuida que el tema no es de derechos ni de deberes; más bien es de relaciones sinalagmáticas, es decir, que generan obligaciones entre las dos partes, que no son otras que las de los individuos respecto de la comunidad a la que pertenecen y de esta hacia sus miembros. Una comunidad que tiene la obligación de promover la prevención, información y autocuración. Y ciudadanos “privados” que tienen también la obligación recíproca de demostrar que cuidan de sí mismos antes de tener derecho a beneficiarse de la solidaridad conjunta, devengada precisamente por haber cumplido con sus responsabilidades individuales.

Hablar de interés público (ciudadano) como algo superior al interés de la administración de cada momento y de la opinión político-ideológica en todos aquellos aspectos que sobrepasan los normativos, de bienestar general, de la cobertura sanitaria requerida, etc., exige unas bases de funcionamiento de la vida pública más transversales a las opciones políticas, que solo sociedades desarrolladas han sido capaces de establecer. Sociedades que, visto lo visto estos días en el debate sanitario, no son la nuestra.

El debate público-privado en las reformas sanitarias

En el caso de la sanidad, el debate de las reformas hoy está monopolizado por el papel que deban tener los recursos privados en sus distintas modalidades (*know how* de *management* general, asunción financiera y puesta en disposición de equipamientos, gestión de los servicios asistenciales concesionados, venta de servicios a los concertados...), que en un sistema público remonta siempre a algún punto de la discusión sobre el tema más genérico de las responsabilidades individuales y colectivas en los servicios de bienestar. Una cuestión que tiene raíces en la filosofía y en la ética y

que se expresa con especificidades concretas a lo largo del tiempo y a la vista de interacciones sectoriales determinadas (servicios de salud, de curas de larga duración, sociosanitarios en general).

La interfaz que aquí nos ocupa, relativa al papel del sector privado (y el que este representa en sus distintas dimensiones operativas, de motivaciones económicas, instrumentales de empleo y de condicionamientos de controles de distinta fiducia) en el sistema sanitario público no es una excepción, pero, dada la evaluación de los extremos relacionados con la vida y el sufrimiento, con el lucro y la compasión, con la salud y la enfermedad, se vive de manera radical. Sin embargo, se trata de reflexionar en los términos justos, objetivando en la mayor medida posible, cuáles son los pros y contras para un debate ciudadano mejor informado sobre los extremos anteriores.

Los fundamentos

La cuestión de quién tiene que “gestionar” la sanidad pública no tiene una respuesta normativa, teórica, estructural, de validez universal. Sí que la tiene la provisión pública y, a sensu contrario, la privatización, entendida ésta como el desvanecimiento de la responsabilidad pública en la provisión de los servicios para la salud, y así la obligatoriedad del aseguramiento, una financiación al menos parcialmente coactiva y alrededor de quien responde finalmente ante los ciudadanos por posibles malas praxis. Privatizar implicaría en el sentido mencionado que las curas sanitarias pasaran a ser responsabilidad de cada uno, que se rigieran por la libre disposición a pagar y reinase el “sálvese quien pueda” en cuanto al acceso a los servicios.

En la relación de agencia entre el prestador (agente) y el principal (autoridad), una privatización supondría que, en lugar de mantener el principal como agente perfecto del ciudadano, exigiendo transparencia y evaluación, fuera esa tutela completamente sustituida por el propio ciudadano (paciente), supuestamente informado (a pesar de no ignorar que su demanda no es más que la que indica la oferta, y que el prestador es quien la califica como “necesidad”). Hacer esto sería hoy un disparate: es lo que llamamos la creación de un contexto “pareto inferior”, en el que no hay nada que ganar en términos de bienestar colectivo y mucho que perder por parte de todos. Para afirmar esto no hace falta ni comparar bienestar personal entre individuos ni ponderar las pérdidas de uno en términos de las potenciales ganancias de otros. Existen bastantes principios normativos, teoremas, que muestran la superioridad de una tutela sobre un cierto grado de aseguramiento colectivo y un mecanismo de financiación obligatoria (transversal o solidaria). Afortunadamente, y a pesar del incorrecto y perverso uso de la “privatización de la sanidad” en las reformas, ante todo un conjunto de supuestos que engloban desde la introducción de partenariado público-privado, concesiones de gestión hasta la simple concertación o incluso la compra de servicios privados, los casos que aquí nos ocupan pertenecen a otra esfera que no se puede calificar técnicamente como “privatización” de la salud pública. Según la profesora Beatriz González, la financiación pública de la sanidad hoy redistribuye recursos no tanto entre “ricos” y “pobres” como,

sobre todo, entre el resto de la sociedad hacia los profesionales sanitarios. O como suele decir el doctor Ortún: “¿Dónde sino se puede encontrar una mayor privatización que en las plazas en propiedad de los estatutarios?”.

En el ámbito aplicado de la reforma de las administraciones públicas sanitarias, se refiere mayormente a elementos positivos, y no normativos; coyunturales, y no estructurales; ideológicos, y no metafísicos; empíricos y observacionales, y no teóricos abstractos. Y es en este terreno en el que tenemos que remitir la discusión y las consideraciones que siguen.

Puntos de controversia

¿Desde qué ámbito se sirve mejor al interés público?

Que un equipamiento público se pueda construir mejor desde una cooperación público-privada que no desde la propia administración tiene que ver (i) con la capacidad o no del sector público de financiar la inversión y el endeudamiento financiero consiguiente para hacerle frente, de acuerdo con los límites internos o externos impuestos a esta financiación; (ii) con el mejor conocimiento (*know how*) de cómo construir (en tiempo y forma, sin desfases, desde la experiencia de haberlo hecho múltiples veces); (iii) con la manera en que la transferencia de riesgo a contrato con precio estipulado, a cambio de poner las “llaves en mano”, genere una mejor motivación para la eficiencia. El valor de esas tres ventajas competitivas puede cuestionarse en la realidad, sobre todo cuando este se contrapone a lo que debería ser un mayor coste financiero para la prima de riesgo más grande del endeudamiento privado sobre el público, pero nada impide que los diferentes factores (i, ii, iii) puedan compensarlo en forma de un ahorro de costes netos para el contribuyente.

Que un centro concertado pueda producir mejores servicios en términos de coste-efectividad que los resultantes de la producción directa tiene que ver (i) con el conocimiento más experto de la gestión privada de los recursos y las mayores capacidades de compra de insumos a costes unitarios inferiores hechos por aquellos que actúan fuera de las trabas administrativas de la gestión pública tradicional; (ii) con el reconocimiento de unos aspectos motivacionales superiores en la gestión de servicios intensivos de mano de obra, resueltos de manera ajena a la función pública; (iii) con la mayor flexibilidad del financiador que no se ha “pillado los dedos” con la producción directa de servicios, actuando desde la política como regulador, financiador, evaluador y responsable de exigir que se rindan cuentas. De nuevo, estos extremos se pueden valorar en distintas circunstancias y sectores, y pueden ser guías de la decisión extremos tales como a) la validación de la estabilidad de los mercados prestadores privados; b) la existencia de costes de transacción más o menos elevados en la contratación de los acuerdos, de lo contrario permisivos de oportunismo; y c) el hecho de que estos servicios concertados constituyan o no activos específicos al bienestar individual.¹

Por último, que la gestión completa de un centro, incluidos todos los recursos (los humanos y materiales), a cambio de una financiación prospectiva a largo plazo, tenga

sentido, como en el caso de las concesiones administrativas a largo plazo, y pueda depender de cómo se valore (i) el cambio desde la intervención pública directa a la regulación “retranqueada”, indirecta (solo acreditación, *monitorización* y seguimiento); (ii) la existencia de unas cláusulas suficientemente robustas que generen tanta estabilidad para el concesionario como para el concesionado, sin revisiones posteriores desde posiciones asimétricas para una de las partes; y (iii) la incidencia, en positivo o negativo, del cambio de gestión frente a un corporativismo profesional que se rompe, con lealtades que se desvanecen en múltiples direcciones bastante inciertas, ya sea respecto de los “ciudadanos en general”, “mis pacientes”, “nuestro centro”, “mis compañeros”, o “nuestros accionistas y gerentes que mandan en su nombre”.

Nada, por lo tanto, conmina el sentido de las valoraciones en un sentido u otro a priori: hay que mirar las circunstancias del tiempo y lugar y las realidades de los puntos de partida en cada caso.

Cómo entender el excedente

Toda actividad relacional conlleva un excedente. Ya de entrada podemos identificar que una actividad humana genera bienestar, es decir, “uno está a gusto con lo que hace” cuando, en el supuesto que haya que hacer algo, la peor de las cosas que hace (la más dudosa, la más incierta) sigue siendo mejor que la mejor de las alternativas que no hace. Si la relación es de intercambio voluntario, este se produce porque las valoraciones de los bienes intercambiados entre individuos, sus relaciones marginales de sustitución, no eran inicialmente iguales, de manera que todos ganan transaccionando, puesto que lo que adquieren es más de lo que pierden con lo que dan a cambio. Cuando el intercambio es mercantil, el hecho de que el mercado fije un precio y no expolie la libre disposición a pagar por el consumidor con un precio diferente en cada unidad genera un claro excedente: imaginemos qué pasaría si se subastara la primera cerveza cuando se vuelve de correr, frente a la realidad por la que nos cobran el mismo precio por cada unidad. Mientras este precio supere la utilidad marginal del último consumo hecho, consumiremos libremente generando excedente. A la diferencia entre lo que habríamos pagado en subasta, dada nuestra disposición a pagar por cada unidad, y el precio fijo que pagamos por todas y cada una de las unidades libremente consumidas la llamamos “creación del excedente neto del consumidor”. De manera similar, si hacemos el análisis sobre la oferta y no sobre la demanda, podemos derivar también el excedente del productor.

En otras palabras: excedentes, tal y como hemos dicho, “haberlos, haylos”. El problema es cómo los visualizamos y cómo, en este caso, los valoramos.

Cuando no se percibe la ineficiencia del productor, que se apropia del excedente del consumidor con unos costes más altos que los legítimos para una actuación eficiente, puede aceptarse sin más. *Ojos que no ven, corazón que no siente*. Pagar un precio (coste unitario) más alto y, por consiguiente, unos impuestos más elevados que los óptimos, a causa de una provisión pública de producción directa, con dificultades de gestión que impliquen una baja productividad y costes elevados, supone de hecho un expolio del excedente social en manos, por ejemplo, de los profesionales ineficientes. Son estos los

que mejoran su utilidad trabajando con menos presión, más *slack*, más discrecionalidad respecto a lo que debería ser un coste menor y un mayor excedente social. El hecho de que no sean transparentes dificulta, está claro, su control, su singularización, y permite a menudo que el más perezoso, atrevido, poco comprometido y menos leal con el servicio público sea con impunidad el beneficiario (ausentismo, escaqueo, peor atención).

Fuera de la provisión pública (recordamos, sin lograr la verdadera privatización, línea roja ya mencionada), las formas concertadas (por el hecho de financiar actividad, outputs y no inputs) permiten por lo menos que las relaciones se vuelvan más transparentes, según tarifas y actividad, con contratos explícitos, revisables, controlables. De los concertados sabemos lo que cuestan los servicios al financiador, no lo que les cuestan a los prestadores que, organizados autónomamente, buscan el excedente. Pero es la primera parte la que nos interesa como contribuyentes, no la segunda parte, como se identifica a menudo de manera errónea. En todo caso, si la concertación se limita a instituciones sin ánimo de lucro, este excedente se diluirá en algo diferente (*if not for profit for what?*), menos conocido, que puede tranquilizar a la ciudadanía por el hecho de su “no reparto” o alienación del sector.

Algunos piensan que esta concertación se puede extender no solo a instituciones sin ánimo de lucro, sino también a aquellas sociedades que, con ánimo de lucro, están gestionadas por los propios profesionales: desde una cooperativa (con beneficio devuelto al cooperativista, todos los trabajadores), a una sociedad limitada solo a profesionales, con distinto grado de apertura social. Por eso pensamos que forzar a todos los profesionales a recibir parte de su retribución con retorno cooperativo variable en el primer caso puede no ser aceptable para aquellos agentes adversos al riesgo o que, en su capacidad de decisión, influyen menos en la creación del excedente. Otra cosa es que la sociedad limitada, en el segundo caso, fije arbitrariamente quién y quién no puede ser un accionista.

Otras opiniones, harían extensivo el anterior alcance incluso a las sociedades anónimas, con la condición de que tengan especificidad en el sector, tales como entidades de seguros, clínicas privadas, etc. Finalmente, algunos extenderían conciertos y concesiones a todo tipo de sociedades mercantiles, sean o no de servicios, repartan o no beneficios, familiares o cotizadas en bolsa, a accionistas de todo tipo, incluso fondo de capital de riesgo o buitres, por aquello que se dice de que “el capital no tiene patria” o que “el dinero no tiene color”.

Notamos que, en este *continuum* comentado, las diferencias vienen de (i) que se visualice o no el excedente; (ii) quién y con qué mérito se lo apropie; (iii) si una vez identificado lo podemos regular; (iv) si es aceptable el ánimo de lucro aplicado a estas contingencias; y (v) el alcance de quien puede ser partícipe.

Guillem López-Casasnovas

Univ. Pompeu Fabra

Agradecimientos: Al Dr. Ricard Meneu por su lectura previa del documento y a quien debo muchas valoraciones críticas que espero que hayan beneficiado el texto.

Referencia: Jusot et al: *Circumstances and Efforts: How important is their correlation for the measurement of Inequality of Opportunity in Health?*, Health Economics, forthcoming 2013

ⁱ -Quizás no lo serían el catering de un centro o la lavandería, pero sí el abandono de la tutela pública ante un alzhéimer o la clínica del cáncer.

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

