

## OBJETIVO 26

**POTENCIAR POLÍTICAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

*En el año 2000 todos los Estados Miembros deberían haber desarrollado y estar implantando políticas que aseguren el acceso universal a servicios sanitarios de calidad, basados en la atención primaria y apoyados en la atención secundaria y terciaria.*

**Guillem López i Casanovas**

*Director del Centre de Recerca en Economia i Salut; Catedràtic d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra*

**1. VALORACIÓN DE CONJUNTO**

La política sanitaria española ha venido discurriendo entre el inmovilismo (todo cambio es una amenaza para el *statu quo* en el cual los amenazados reaccionan en contra y los beneficiarios no explicitan su apoyo) y el cambio radical (el sector privado sanitario es siempre más “eficiente”, “la libertad individual es contraria a la obligatoriedad del aseguramiento”, etc). El inmovilismo suele argumentarse desde los grandes agregados (gasto en términos de PIB e indicadores de mortalidad), instalado en un economicismo hueco, como si en “no morirse” y “gastar poco” —aunque quizás mal— consistiera todo lo relativo al sistema sanitario. El cambio radical categoriza sobre lo anecdótico (el coste de una cama, el precio de una apendicitis) como si todo se redujera a no esperar por un tratamiento, aunque éste sea inefectivo, o a puros parámetros de actividad (¿innecesaria, aunque a coste bajo!). Las terceras vías —bajo un incesante fuego cruzado entre las dos trincheras de la política sin adjetivos— resultan extremadamente difíciles.

Pese a la existencia de factores comunes con otros sistemas sanitarios, las políticas sanitarias se concretan desde un conjunto de elementos idiosincrásicos: a) políticos, o grado en que los componentes ideológicos tiñen el desarrollo sanitario; b) institucionales: el peso del sector privado a concertar no se improvisa; c) geográficos: la aceptabilidad de la movilidad interregional de los usuarios en sentido amplio; d) culturales: intrínsecos a la libre elección de los ciudadanos o a la disposición, por ejemplo, de los profesionales a asumir riesgo; y e) sociales: conciencia de coste, despilfarro, salvaguarda del interés colectivo. De manera similar, existen diferentes estrategias de salud en distintos países a la vista del esfuerzo intersectorial, más o menos elevado, que incide en la salud poblacional, o las distintas percepciones en lo que se refiere a la aceptación de políticas de pagos complementarios. En este extremo, además del co-pago farmacéutico (prácticamente en todos los países con una modalidad u otra), otros tiques pueden existir para el conjunto de la asistencia sanitaria. Nada de todo ello parece posible en nuestro país, acostumbrado a una racionalidad colectiva que se hace acompañar de cierta pérdida de responsabilidad individual en favor del Estado (Cuadros 5 y 6).

**2. FRENTES DE LA POLÍTICA SANITARIA**

En el frente de las grandes propuestas macro, los revulsivos que han animado recientemente el debate sanitario han sido: 1) los trabajos y acuerdos de la Subcomisión para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del sistema sanitario, iniciados en mayo de 1996 y aprobados por la mayoría del Gobierno —lejos del consenso pretendido— en diciembre de 1997; y 2) el Decreto-Ley de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud que ampara la creación de fundaciones, junto a los apartados relativos de la Ley de Presupuestos de 1999.

En cuanto a las primeras, no puede juzgarse que el éxito haya acompañado los trabajos de la Subcomisión. Las conclusiones mantienen la liturgia, escasa de contenidos reales, acostumbrada en el debate político, de modo que los acuerdos se refieren a:

- “Consolidar” (¿dejar las cosas como están?) el sistema sanitario público, sobre la base del “aseguramiento público universal” (¿de todas las prestaciones presentes y futuras?, ¿para todos los colectivos por siempre jamás?) y “único” (¿negación de la existencia de un sistema paralelo para funcionarios y de empresas colaboradoras, que en toda la etapa socialista no sólo se mantuvo sino que se reforzó?). Y todo ello obviando la necesidad de priorización: “financiado con base financiera

- suficiente” (¿olvidando los escenarios de consolidación presupuestaria?) “y bajo la hipótesis de convergencia real” (¿acaso no gasta ya España lo que le corresponde por su nivel actual de desarrollo?);
- “mejorar la eficiencia y la equidad del sistema sanitario” (¿se ha identificado el campo, estrecho, en que ambas políticas son compatibles?), “tanto en la esfera inter como intraterritorial” en la asignación de recursos (¿se está apostando por la uniformidad de prestaciones en un sistema descentralizado de provisión? y, si este es el caso, ¿se precisa cómo se pretende conseguir?). La equidad se argumenta sobre la base de la equidad de acceso (acceso a ¿disponibilidad?, ¿consumo efectivo?, ¿resultado probado?, ¿independiente de factores no sanitarios o sociales?). La eficiencia, por su parte, se argumenta sobre la base de la “separación de funciones y de la autonomía de gestión” (¿descentralizar la función de aseguramiento es la manera efectiva de responsabilizar a los proveedores?), con pocas referencias adicionales que no sea otra que la apelación a la “competencia interna regulada” (¿trasladando riesgos de manera aceptable a determinados proveedores?, ¿dotándoles de capacidad, por ejemplo, de cambio en los sistemas de contratación de personal o de endeudamiento?);
  - “controlar y fomentar la calidad asistencial” (¿existen parámetros substanciales al respecto?), sobre la base de “la acreditación común y la comparación de los sistemas de información” (¿cómo será efectivo en un estado descentralizado en el que el propio ministerio no ha conseguido plenamente redefinir todavía su papel como agente coordinador del sistema?), “otorgando mayor poder a los ciudadanos” (¿dónde están, hasta el momento presente, las cartas de derechos de los usuarios?, ¿cuál es el límite último a la libre elección?), “y motivando e involucrando para ello a los profesionales, a través de un nuevo régimen profesional, carrera y formación continuada” (¿pendientes de definir, por supuesto, todos los extremos mencionados?);
  - y finalmente, “consolidar el modelo territorial, generalizando el proceso de transferencias” (¿es posible sin resolver la financiación de Madrid, a cuya solución —en ausencia de una propuesta imaginativa— es previsible que se añadan otras comunidades que reivindican una mejor financiación, como Cataluña o la Comunidad Valenciana, encareciendo en gran medida la financiación necesaria?).

Casi año y medio de debates y pronunciamientos en el seno de la Subcomisión parecen haber aportado estiramiento —y no acercamiento— del consenso en materia de política sanitaria. El fracaso se ha tendido a solventar por la vía de las buenas palabras, sin duda liturgia apropiada, pero incapaces de ofrecer una guía práctica para resolver los problemas actuales de nuestro sistema sanitario.

En el frente de las innovaciones de organización y gestión, y más allá de los aspectos formales que rodearon su aprobación y que algunos han utilizado para su descalificación, los cambios propuestos parecen haber confundido más que aclarado el terreno de juego de los actores de nuestro sistema sanitario. Las fundaciones sanitarias públicas se han configurado como entes empresariales públicos (a la vista de las cautelas impuestas desde el Ministerio de Economía y Hacienda y de administraciones públicas sobre su funcionamiento) vacíos de contenido real.

En el caso de las fundaciones sanitarias privadas —las “de verdad”, limitadas a unos pocos casos novedosos— no sólo no se ha ahondado en la separación entre financiador y proveedor, sino que —a la vista de la composición efectiva de sus órganos de gobierno— se han vinculado en mayor grado. Las posibilidades organizativas que permiten los estatutos de dos fundaciones se han extrapolado al conjunto del sistema hospitalario público (pese a no ser para éste de aplicación, tal como recuerda la propia ley), como arma arrojada para soliviantar el *status* de los profesionales y ganancia de pescadores. Lo que era un paso inicial en la dirección de favorecer la autonomía de los proveedores, arroja mayores costes que beneficios al final del ciclo del cambio. La demagogia se ha instalado en este punto en la supuesta privatización encubierta que dichos cambios generan en nuestro sistema sanitario, fomentada por quienes impulsan la confusión del interés de los proveedores con el bienestar general.

En el frente de la financiación sanitaria (Acuerdo de 27 de noviembre de 1997), el sistema sanitario continúa situado en un callejón sin salida. Basado en una capitación simple con múltiples modulaciones políticas de dudosa robustez, hace que las comunidades adopten diferentes estrategias para la potencial recepción de la transferencia, lo que ha acabado constituyendo un obstáculo a su generalización. Por lo común se ha tendido a identificar una supuesta racionalización (“poner orden”) con simplificación (forzar a que sean sencillas situaciones diversas).

En cuanto al coste del Acuerdo, la financiación adicional (basada en la mayor recaudación por mejora de la economía, en el potencial ahorro farmacéutico y en la disminución del fraude en incapacidad temporal) se antoja muy arriesgada: 1) se produce en una fase álgida del ciclo presupuestario que difícilmente se podrá consolidar para el futuro; 2) se instala en un contexto que no ha experimentado reforma

microeconómica alguna en cuanto a las pautas de comportamiento de los destinatarios de dicha financiación, utilizándose recursos extraordinarios para hacer frente a gastos recurrentes sin que se haya producido un proceso previo de reconversión de los factores que en el pasado han influido en la evolución del gasto; 3) se abandona la búsqueda de fuentes de financiación alternativas, pese a que el Gobierno haya padecido ya parcialmente los costes sociales de dichas medidas; y 4) el ahorro farmacéutico está en parte pendiente de continua negociación con la industria, y en parte pendiente de las pautas de prescripción de los profesionales, por lo que los ahorros derivados de la exclusión de determinados medicamentos resultan inciertos.

En resumen, resulta difícil considerar el Acuerdo de financiación alcanzado como técnicamente bien fundado y políticamente robusto. Se ha abandonado el ajuste por parámetros de distribución territorial teóricamente sostenibles (ajuste demográfico, compensaciones por nivelación de servicios más explícitas) y se ha mantenido la arbitrariedad de determinados ajustes, lo que, previsiblemente, no va a permitir disminuir el debate de la financiación autonómica de la sanidad en el futuro próximo. En este extremo, la demagogia continúa instalada en una supuesta solución simple (a un problema elevadamente complejo), que mantiene la base de consenso político a coste presupuestario cero (Cuadro 7).

En otros frentes de trascendencia relativa y menos problemáticos cabe destacar:

- El fin de la financiación del Sistema Sanitario por la vía de las cotizaciones para basarla exclusivamente en las aportaciones finalistas del Estado que, aunque abre incógnitas sobre el futuro de la financiación sanitaria al hacerla recaer en un sistema fiscal que observa un vaciado relativo de la imposición directa y un crecimiento relativo del peso de la imposición sobre el valor añadido, da credibilidad a las políticas sanitarias. Su impacto sobre la equidad en la financiación del sistema (las cotizaciones como impuestos proporcionales sobre nóminas se sustituyen por una imposición indirecta claramente regresiva), a buen seguro sobrepasa el consenso político que imaginaron en su día los legisladores en el Pacto de Toledo para la reforma de la Seguridad Social. De otro lado, dicho cambio ha complicado colateralmente la financiación de las “empresas colaboradoras”, al requerir un crédito extraordinario de 16.780 millones del presupuesto público, con gran sorpresa de los propios partidos que, desde diferentes orillas, lo habían apoyado. La demagogia se instala aquí en justificar políticamente la falta de previsión, con la oposición achacando al Gobierno la continuidad de políticas anteriores, de modo simétrico a lo observado en la etapa de gobierno anterior.
- Aunque la política de medicamentos es un puzzle de múltiples aristas que requiere un enfoque global, vale la pena destacar una serie de nuevas medidas en el ámbito de la política farmacéutica que suponen —cuando menos— un esfuerzo para enderezar el estado de cosas: 1) las transferencias autonómicas en la ejecución de la legislación de productos farmacéuticos (Cataluña, Navarra, Canarias, Galicia, Castilla y León); 2) la relativa desregulación de las oficinas de farmacia (ampliación marginal del número de establecimientos autorizados y régimen de horarios) y continuando el ajuste en sus márgenes comerciales (Decretos de 1997 y 1999); 3) el impulso a la política de genéricos y creación de la Agencia Española del Medicamento; 4) la regulación del sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a los fondos de la Seguridad Social; 5) el esfuerzo selectivo (frente a un universalismo utópico) que supuso el Decreto de 1998 sobre financiación pública de medicamentos; y 6) la negociación, vía convenios de participación en el coste de la asistencia y acuerdos con Farmaindustria de 1998, que continúan los de 1995 y 1997 y los elevan con aportaciones anuales de 39.000 y 26.000 millones para los años 1998 y 1999. Cada una de las medidas anteriores, tomadas aisladamente, pueden ser criticadas al no garantizar el freno a la excesiva prescripción farmacéutica, pero en conjunto son un avance significativo en múltiples direcciones aunque en un mismo sentido. La demagogia se sitúa aquí en mantener que los genéricos suponen la exclusiva solución del problema, olvidando los límites por los que se mueve hoy el tamaño de su mercado.
- También cabe señalar una serie de pequeñas medidas de más largo plazo, referidas a la creación de grupos de trabajo de evaluación de tecnologías, de acreditación y de impulso, en general, de las tareas de coordinación sanitaria propias del Consejo Interterritorial de Salud, y en el impulso de la lucha contra el fraude de la incapacidad temporal. Al ser el gasto promedio mensual por dicho concepto tan elevado (en torno a los 35.000 millones), todo parece apuntar a que ligeras mejoras en dicho ámbito ofrecen un impacto en la capacidad de ahorro del Instituto de Seguridad Social de importante cuantía.

Finalmente, otros frentes más polémicos quedan pendientes:

- En materia de ordenación profesional, se mantienen conflictos en el campo de las titulaciones y especializaciones sanitarias y de lo que pueda acabar siendo el proyecto regulador del estatuto marco

del personal al servicio del sistema de salud. En el segundo caso, el papel de los sindicatos, que pueden recuperar por esta vía de negociación parte del peso de representación perdido, parece favorecer una solución pactada con la Administración.

- La debilidad de la política sanitaria frente a los conflictos, propios o importados, en la salud pública (brote de meningitis), protección de consumidores (dioxinas), nuevos medicamentos (Viagra, píldora abortiva) o posibilidad de nuevos tratamientos (cambio de sexo). El impacto mediático en todos estos campos es tan fuerte que fácilmente la política sanitaria se ve capturada o arrastrada más que a servir como guía u orientación para la información ciudadana y el bienestar colectivo.

La demagogia en este terreno se ubica en el mantenimiento de la creencia en los poderes omnímodos, omniscientes y altruistas del Estado, con la posibilidad de cargar la factura fiscal de la solución de dichos conflictos, de manera perpetua, en la presión fiscal que soportan los contribuyentes.

### 3. EPÍLOGO

En un contexto cambiante de políticas sanitarias y de aspiraciones colectivas que alimentan necesidades de gasto, queda recordar, para un buen fundamento de las opciones en cada momento presentes, que la intervención pública en sanidad se puede justificar desde argumentos relativos a la mejora del bienestar colectivo que deriva de la corrección de los fallos de mercado en sanidad, y desde la mejora del bienestar social que determinadas formas de intervención redistributiva en materia de salud pueden aportar.

Las dos líneas argumentales son igualmente válidas, aunque su valor prescriptivo difiere, por lo que no conviene confundirlas. La corrección del fallo de mercado ofrece un argumento de carácter estructural o normativo, en el sentido de suponer una justificación bien fundada teóricamente y no susceptible de falseamiento factual. El argumento distributivo, sin embargo, tiene que ver con consideraciones éticas, con juicios políticos, que tienen la validez que les puede otorgar el marco legal o la prescripción de políticas públicas democráticas en cada momento vigentes. Al mayor reclamo social de esta última justificación se contraponen, sin embargo, su carácter coyuntural, cambiante en la medida en que varíe el estrato social y político que lo sostenga.

En otras palabras, conviene separar en la intervención pública en el sector de cuidados de salud: 1) un referente normativo estructural (mejoras inequívocas de bienestar social, sin necesidad de ponderaciones utilitaristas ni concreción de valoraciones políticas) que se expresaría en la obligatoriedad de determinado nivel de aseguramiento público y el mantenimiento de aseguramiento privado complementario; y 2) otro referente redistributivo distinto, de política pública (de medios e instrumentos de actuación estatal), que resulta tan coyuntural como lo puedan ser las opiniones en las que se sustenta, aunque con un fuerte arraigo social al vincularse a las realidades existentes en la mayoría de los sistemas nacionales de salud.

Queremos con ello destacar que la revisión de las estructuras de bienestar en sanidad tiene, por un lado, unos límites teóricos: el mercado dejado a su lógica es dominado por una determinada intervención pública, que concretaríamos en que las reformas tendrían su límite natural en la imposibilidad de permitir el “abandono” del sistema sanitario (ruptura del aseguramiento sanitario) y, por otro lado, fronteras ideológicas que sólo la democracia y la transparencia pueden legitimar o deslegitimar.

### AGRADECIMIENTOS

El texto se ha beneficiado de los comentarios de Laura Pellisé, Ana Rico, Jaume Puig y Ramón Sabés.

*Cuadro 5*

Argumentos redistributivos en sanidad: de las grandes palabras al plano operativo concreto

1. Los argumentos de preservación de vida ¿exigen tratamientos gratuitos mientras generen éstos beneficios adicionales, aunque mínimos, independientemente de sus costes marginales?
2. La cobertura universal ¿se ha de entender tan sólo para las situaciones catastróficas o para todas ellas, incluidas las rutinarias y previsibles?
3. ¿El Estado ha de garantizar las prestaciones sanitarias para toda la población o sólo para los colectivos que no pueden afrontarlas?
4. En este último caso, ¿debería considerar o no la trayectoria vital del individuo (la edad ya alcanzada) y una determinada responsabilidad individual con el estado de salud?

*Cuadro 6*

Divergencias en la valoración de los elementos redistributivos en sanidad

1. En cuanto a qué se ha de entender por equidad en los servicios sanitarios: sólo igualdad de oportunidad, acceso a igual necesidad, o de resultado.
2. Si la dotación inicial de salud del individuo y su propia capacidad de generar salud se han de considerar en la actuación pública, ya sea de manera positiva o negativa (o compensatoria, generando posibles efectos de riesgo moral).
3. Si la edad ha de contar o no negativamente en materia asignativa, incluso a igual coste-efectividad (con el argumento de que quienes ya han obtenido de la expectativa vital su alicuota esperable no debieran ser nunca).
4. Si la cobertura de protección social pública se ha de basar en el principio de “rescate” indemnizatorio o tan sólo suplir lo que, de otro modo, un “buen padre de familia” debiera haber considerado cubrir.
5. Hasta qué punto los instrumentos para los correspondientes objetivos, requieren intervención pública directa o tan sólo indirecta o regulatoria.

*Cuadro 7*  
Implicaciones del debate para la estructura de los servicios sanitarios

A. Los elementos del debate en la definición de los medios para alcanzar los fines distributivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A través de la financiación, a la búsqueda de la combinación deseada entre impuestos, precios y primas de seguro privado,</li> <li>2. Por la vía de la gestión y control de la provisión (cantidades producidas de servicios y priorización según tipología de colectivos destinatarios), y</li> <li>3. En cuanto a la función de producción (sostenibilidad de los costes, en atención a la productividad de los <i>inputs</i> y retribución de los factores).</li> </ol>
B. Las posiciones:
<p>En un extremo se situarían los partidarios de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Financiación impositiva exclusiva, basada en la tributación sobre la renta y no en la disponibilidad de compra (excluyente incluso la complementariedad procedente, potencialmente, del sector de aseguramiento sanitario privado);</li> <li>2. Bajo cobertura universal con participación obligatoria (sin posibilitar el ejercicio de optar por salir del sistema en financiación y utilización);</li> <li>3. Con inclusión de todas las prestaciones existentes (en el sentido de conocidas por los propios profesionales en el sistema sanitario);</li> <li>4. Control activo de costes, vía retribuciones de proveedores, presupuestos globales para las instituciones, seguimiento de la actividad inapropiada y estableciendo limitaciones sobre la capacidad asistencial y autorizaciones de equipamientos del sistema sanitario.</li> </ol>
<p>En el extremo opuesto se situarían los partidarios, aun compartiendo el objetivo redistributivo básico de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contribuciones basadas en renta para la financiación de la cobertura pública básica (ya sea esta simplemente la catastrófica o la resultante de una limitada política “de catálogo”, con o sin supuestos explícitos de coste efectividad);</li> <li>2. Acompañamiento de prestaciones complementarias de la mano del aseguramiento adicional, público o privado, pero financiado exclusivamente con contribuciones sociales no graduadas de acuerdo con los riesgos individuales (es decir, a través de primas comunitarias que pueden diferir entre colectivos —por ejemplo según edad o sexo— pero no dentro de dichos colectivos);</li> <li>3. Obligatoriedad de pertenencia al sistema de cobertura (impidiendo la ruptura de la solidaridad en la financiación), aunque con descentralización de la función aseguradora bajo las condiciones de registro abierto y traspaso de financiación a partir de primas ajustadas por riesgo, y</li> <li>4. Producción privada bajo provisión (responsabilización) y financiación pública como principal elemento de gestión de servicios.</li> </ol>