

Resumen

El sistema sanitario está sometido a presiones de los agentes implicados (profesionales, pacientes, industria) con fuerte estímulo de la nueva tecnología sanitaria y los avances terapéuticos. Todas esas fuerzas empujan hacia el aumento del gasto sanitario. La falta de una cultura de evaluación y priorización alimenta el *universalismo de barra libre*; junto con el *buenismo* sanitario, caracterizado por la inoperancia de proponer reformas pero no concretarlas después, terminan imponiendo un fuerte coste en términos de eficiencia. España, que ocupa el lugar que se esperaría en cuanto a gasto sanitario, dada su renta, tiene varios frentes interconectados que tensionan su sanidad, como los déficits de gobernanza, los incentivos inadecuados que no mueven a los agentes a asumir su responsabilidad, y la falta de un modelo consensuado de articulación entre lo público y lo privado. Se proponen varios antidotos: compaginar gobernanza con autonomía, cambiar los copagos y modificar la arquitectura institucional de toma de decisiones de cobertura, impulsando el entramado de agencias como ha hecho el Reino Unido con la agencia NICE. Ese país, y los Países Bajos, son dos ejemplos de los que podemos aprender.

Palabras clave: gasto sanitario, atención sanitaria, priorización, recortes, sistema sanitario.

Abstract

The health system is under pressure from groups of stakeholders –professionals, patients, pharmaceutical industry– with strong thrusts involving new medical technologies and therapeutic advances. All these forces push toward increasing health spending. The lack of a culture of evaluation and prioritization feeds an environment of open bar universalism; this along with the health do-goodism, which is characterized by the failure to propose specific reforms, end up imposing strong costs to the system in terms of efficiency. Spain has the expected level of health expenditure, given its income, once compared to other countries with similar health systems and stages of development. However, the Spanish healthcare system has several idiosyncratic interconnected sources of problems including, a deficit of good governance, inadequate incentives for agents to take proper responsibility, and a lack of a consensus model for articulating the public and private sectors. In this paper we propose some antidotes in order to improve the future prospects of the system: to combine governance with autonomy, to change co-payments and to modify the institutional architecture in making coverage decisions, by creating an independent agency, along the line of NICE in England. This latter country as well as the Netherlands provides reform lessons from which the Spanish system may learn.

Key words: health care expenditure, medical care, prioritization, social spending cuts, health care system.

JEL classification: H50, H75, I10, I18.

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA, ENTRE LO QUE NO ACABA DE MORIR Y LO QUE NO TERMINA DE NACER (*)

Guillem LÓPEZ i CASASNOVAS

Universitat Pompeu Fabra

Beatriz GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

I. INTRODUCCIÓN

EL sistema sanitario español exhibe un buen registro que, a nivel macro, merece todo tipo de valoraciones positivas. No obstante, sabemos que la bondad de sus indicadores de salud no puede atribuirse exclusivamente a dicho sistema. Preocupa hoy del sistema sanitario más que su nivel de servicio y resultados, su deriva y tendencia, marcada por las aspiraciones de una sociedad desarrollada, pero que no parece dispuesta a financiar los gastos necesarios adicionales para sufragar las tensiones que hoy encubre el sistema.

El sistema ha pasado un punto complicado, como el que ha supuesto la doble recesión económica vivida, y los fuertes recortes en el control del gasto (gráfico 1), tanto para el global de Servicios Públicos Fundamentales (SPF en la financiación autonómica), como para sus componentes de educación y protección social. Y en el caso de la sanidad con reducciones en el entorno del 20 por 100 en el gasto real per cápita desde 2009, ciertamente amortiguadas gracias a sus profesionales, que han acabado asumiendo en general las restricciones financieras sin grandes quebrantos para la salud de los españoles. Se puede decir que, por lo de ahora, el sistema sanitario ha superado el test de estrés que la crisis ha supuesto a nivel

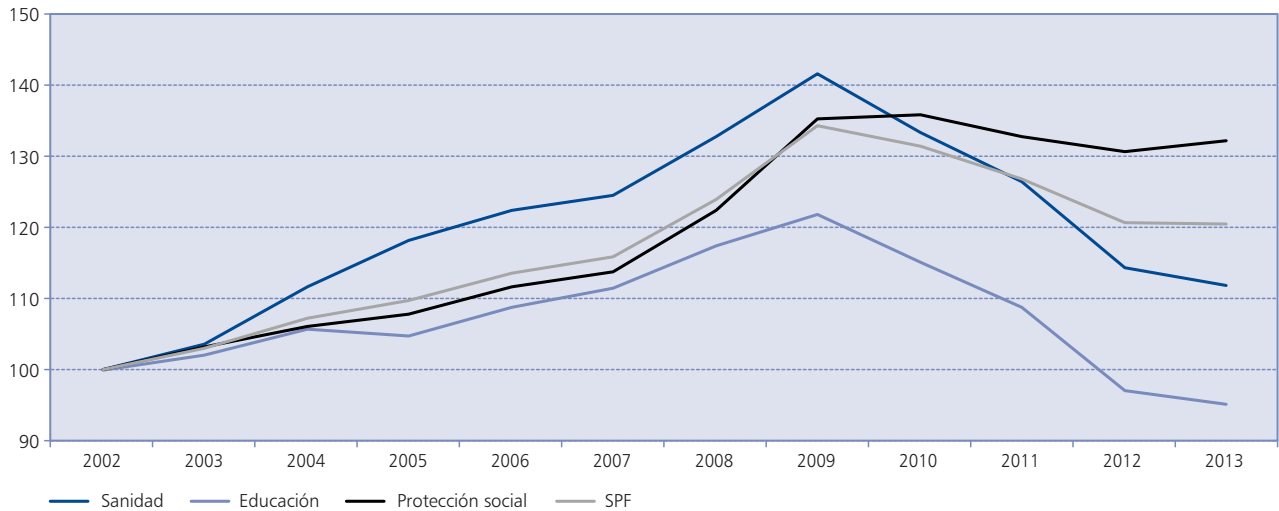
micro y mantiene la posición que le corresponde en el mundo desarrollado en cuanto al nivel macro del gasto sanitario.

Pero continúa la presión de más y mejores servicios a rebufo de la nueva tecnología sanitaria y los avances terapéuticos. Incapaz el sistema español de imponer un catálogo racional de prestaciones, las tensiones de acceso y utilización se mantienen *in crescendo* movidas a veces por los profesionales, la industria y los pacientes en combinaciones diversas. Esta ha de ser nuestra preocupación fundamental. La falta de educación acerca de lo que implica una priorización social del gasto, y así de aceptación de sus consecuencias en la política y en los medios de comunicación, confinan a la Economía de la Salud en una situación poco popular.

El sistema, como comentaremos, tiene que afrontar los retos identificados más adelante asumiendo aquellos que sean *handicaps* endógenos inevitables, pero superando todos aquellos que son evitables desde la acción de las políticas sanitarias.

Más allá, sin embargo, del cuestionamiento que de nuestro sistema provocan las presiones que está ejerciendo la coyuntura económica actual sobre su sostenibilidad financiera, existen cuestiones estructurales que nos preocupan más. Se trata de discernir

GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL POR HABITANTE EN SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES
ESPAÑA 2002-2013



Fuentes: IGAE (2015) tomado de Pérez-García et al., 2015.

la capacidad que alberga el funcionamiento operativo del sistema sanitario para solventar los retos cambiantes que afectan a la salud de las poblaciones. Cómo puede responder a nuevas disyuntivas que requieren interdisciplinariedad de foco, actuaciones intersticiales y coordinación de recursos, escapando de la inercia de las actuaciones administrativas burocratizadas y sesgadas políticamente. Identificar qué restricciones son exógenas y que por tanto se han de conllevar, y cuáles son endógenas y por tanto constituyen restricciones mitigables por la acción debería ser objetivo de análisis. En este artículo confrontamos datos internacionales de gasto sanitario, para una correcta comparativa y destacamos nuestras posiciones de facto frente a nuestros homólogos (sección II); los riesgos del sistema vistas las tendencias actuales de los sistemas sanitarios en países desarrollados (sección III) y la

dirección que deberían tomar, a nuestro entender, las reformas estructurales para afrontar las restricciones endógenas (sección IV). En la sección V ofrecemos dos ejemplos internacionales de buena práctica a tener en cuenta en la priorización de las prestaciones (Reino Unido) y en explicitar las condiciones del aseguramiento (Holanda). Finalmente, concluimos en la sección VI.

II. ESPAÑA OCUPA LA POSICIÓN QUE LE CORRESPONDE A NIVEL INTERNACIONAL

La imagen que ofrece nuestro sistema en el contexto internacional, analizada a través del nivel del gasto sanitario público sobre el PIB, del gasto per cápita y de los indicadores de salud españoles, es más que aceptable. Y ello aún reconociendo la dificultad de resolver la comparativa según la

relación coste efectividad agregada del conjunto del sistema a la vista de la función de producción de salud, la composición del gasto y sus efectos sobre la equidad social.

No ayuda a resolver la confusión el hecho de que no está claro cuál debe ser la referencia media de comparación, ante la distinta naturaleza de los sistemas sanitarios occidentales o europeos. Y dentro de estos últimos, los que tienen base de aseguramiento social, servicios nacionales de salud administrados, y con distintos niveles de centralización/ descentralización de sus redes asistenciales. Para aproximarnos a dicha comparativa con mejor criterio se debería considerar correctamente lo que son diferencias en financiación, ya pública presupuestaria, ya privada regulada, pero igualmente coactiva, con o sin ingresos afectados, con o sin copagos, y aún en este

caso, siendo estos más o menos evitables. Un ajuste estadístico adecuado que contemple aquellos factores exógenos relevantes nos permite afirmar que los modelos sanitarios se aproximan sistemáticamente al nivel de recursos financiero dado el nivel de desarrollo económico de los países. Ese es también nuestro caso en España (López-Casasnovas et al., 2014).

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

Parte de los equívocos procede de los errores de cálculo y las tergiversaciones generadas al forzar la interpretación de las cifras. Un primer extremo se refiere a si el gasto considerado ha de ser el gasto sanitario total o tan solo el público, al ser distinta la valoración que merece uno u otro, tanto en relación al modo en que se financia como en la manera que se decide su aplicación. Entendiendo que nos referimos solo al gasto sanitario público, ya que el privado ofrece coordenadas de análisis de bienestar diferentes, el segundo paso es fijar el indicador de referencia, ya sea este la renta del país, o ya sea su población beneficiaria. Si la consideración parte desde esta última perspectiva, cabrá añadir un

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

No hace falta ser experto en la cuestión, sin embargo, para ver que el denominador de nuestra variable (ya poblacional o de renta), por aquello sabido de que cada país gasta en salud lo que se puede permitir o porque el gasto puede acabar dependiendo de la evolución de sus beneficiarios potenciales. Como resultado, el coeficiente a interpretar en las comparativas puede variar tanto por el numerador como por el denominador. Baja el PIB y sube la ratio (¿conlleva esto un mejor estado de bienestar?) O, las cosas van mal, se hunde el PIB sube el subsidio de paro y otros gastos de protección social, y se eleva doblemente la ratio ¿Es ello síntoma de que las cosas están mejor? Adicionalmente, si se descontrola el numerador (más gasto en recetas, más urgencias, más utilización inadecuada) aumenta el coeficiente. ¿Es acaso por ello mejor nuestro sistema de salud? Finalmente, si la elasticidad renta es superior a la unidad (cuando España crecía, o creía que lo hacía, y gastaba en proporción creciente en sanidad), el reconocimiento ya inapelable de que hemos vivido, como ha hecho España, bastante por enci-

ma de nuestras posibilidades (endeudamiento externo, déficit exterior muy superior a nuestra producción) ¿no debiera ahora de deflactar correspondientemente la ratio gasto sanitario/PIB más por el lado del numerador que del denominador? En definitiva, ¿es «más» siempre «mejor»?

Especificado correctamente el indicador, faltaría definir el ámbito concreto de países a comparar. Relativizar valores a la media de los países occidentales no es decir mucho. Aunque la referencia OCDE domina, esta comparación puede ser tramposa. La media OCDE está muy influida por el peso de sistemas privados tales como Estados Unidos, y en buena parte Japón. De modo que no parece lógico distanciarse operativamente de estos modelos de base aseguradora privada para luego «aprovechar» su mayor gasto para establecer el término de comparación. Uno debiera de compararse con los sistemas que se desean emular. Nuestro sistema es de naturaleza pública y en principio es con estos sistemas con los que se ha de comparar. La tradición que ofrece la Europa social, y de nuevo la mayor homogeneidad y comparabilidad de los datos (Eurostat), facilita, pues, una referencia europea. Toca aquí sin embargo identificar si valoramos la media de la Europa de 10, 15 o 28 países, dado su distinto grado de desarrollo y tiempo de pertenencia a la Unión. Por lo demás, fijémonos que la Europa social de los ciudadanos debiera de aproximarse por la media ponderada de gasto por población y no por simples medias aritméticas en las que pesen igual todos los países.

Por ejemplo, si cuantificamos valores medios sobre la base de medias aritméticas, el gasto sani-

CUADRO N.º 1

GASTO SANITARIO TOTAL EN ESPAÑA, OCDE, EUR-21 Y EN LOS PAÍSES DE MODELOS BEVERIDGE Y DOUGLAS. PROMEDIOS SIMPLE Y PONDERADO POR POBLACIÓN. 2000-2012 (% SOBRE EL PIB SIN PONDERAR Y PONDERANDO POR POBLACIÓN)

Año	España		OCDE		EUR21		Modelo Beveridge-Douglas*	
	%Gasto Sanitario/PIB	%Gasto Sanitario/PIB	% ponderado por población	%Gasto Sanitario/PIB	% ponderado por población	%Gasto Sanitario/PIB	% ponderado por población	
2000	7,2	7,7	8,7	7,6	8,2	7,3	6,3	
2001	7,2	7,9	9,1	7,9	8,4	7,6	6,6	
2002	7,3	8,2	9,4	8,1	8,7	7,9	6,8	
2003	8,2	8,5	9,7	8,4	8,9	8,1	7,0	
2004	8,2	8,5	9,8	8,5	9,0	8,1	7,1	
2005	8,3	8,6	9,9	8,6	9,2	8,2	7,3	
2006	8,4	8,5	9,9	8,6	9,1	8,2	7,3	
2007	8,5	8,5	10,0	8,5	9,1	8,3	7,4	
2008	8,9	8,8	10,3	8,9	9,4	8,6	7,7	
2009	9,6	9,5	11,1	9,6	10,1	9,2	8,2	
2010	9,6	9,3	11,0	9,4	10,0	9,0	8,0	
2011	9,4	9,2	10,9	9,2	9,8	8,8	7,9	
2012	9,3	9,3	10,9	9,3	9,8	8,8	7,9	

Nota: * Incluye Dinamarca, Finlandia, Grecia, Islandia, Irlanda, Italia, Corea, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, España, Suecia, Reino Unido; Australia, Canadá, Turquía. Fuente: OCDE Health Data (acceso 30 abril 2015).

tario total español en 2012 coincide con el de la OCDE y con el de la EUR-21 (9,3 por 100 del PIB), aunque si ponderamos por la población relativa de los países, ambos conjuntos, OCDE y EUR-21 nos superan ligeramente. Sin embargo, España está claramente por encima de los países con los que comparte modelo *Beveridge* (1) tanto si se ajusta por población como si no (cuadro n.º 1).

Asimismo, planteando la media europea, surge la cuestión de con qué lógica comparamos países como Austria, Francia, Alemania, Bélgica, Holanda, que cuentan con sistemas de aseguramiento social, con sistemas de salud administrados (tipo *National Health Service* -NHS), al ser su «fenotipo» diferente. Es bien sabido que los sistemas de aseguramiento social son más caros, pero mantienen cotas más elevadas de satisfacción entre sus ciudadanos. Según el *Eurobarómetro*, el porcentaje de población que valora positivamente la calidad de

la asistencia sanitaria en sus respectivos países es, para los países con un sistema de aseguramiento social del 92 por 100, mientras que la media en los sistemas NHS se encuentra en el 82 por 100 (López-Casasnovas *et al.*, 2014). Menos regulación, más barra libre, sin listas de espera, libre elección, etc., consiguen al parecer que la población esté más satisfecha con el sistema aunque resulte más caro. Los NHS operan como servicios administrados (más racionados, con más tiempo de espera, más condicionantes de acceso, formalidades, etc.), más baratos (mejor coordinación, menos duplicidades, más filtros desde la atención primaria), pero con poblaciones al parecer menos satisfechas.

Vemos pues que las comparativas difícilmente resuelven la cuestión de la mayor o menor «eficiencia» de un sistema sanitario por el lado de los recursos, vistos los términos de comparación, y menos aún si se omite la parte

más substantiva de la evaluación: los resultados de salud. Como mínimo, sin embargo, debemos enfatizar que un sistema se debiera de comparar con aquellos a los que quiera emular. Ese grupo de comparación es el que ha de facilitar el *benchmarking*.

Con estas salvedades identificaríamos pues la referencia europea (aceptemos que el sistema español se sitúa en la tradición «NHS»). Para tener un marco concreto es el del Reino Unido (y variantes nacionales internas), Italia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Suecia... Bajo esta perspectiva la diferencia de nuestro gasto es máxima si nos comparamos con los sistemas de aseguramiento social: más de dos puntos de PIB tanto en gasto total como en gasto solamente público. Pero si nos comparamos con los sistemas con Servicios Nacionales de Salud, estamos por encima en gasto sanitario sobre PIB (cuadro n.º 1). Naturalmente, la comparación relevante no es la que solo conside-

ra el gasto, sino que lo relativiza, en términos de eficiencia, comparándolo con los logros o resultados de los sistemas de salud en los distintos países. Un artículo de este mismo número (Lago y Martínez, 2015) se centra en esa comparación, y obtiene buenos resultados relativos para España.

Además, puesto que el gasto sanitario agregado tiene elasticidad renta mayor que la unidad, la comparación relevante es con los países del modelo *Beveridge* cuando tenían la renta per cápita que hoy tiene España, y una vez habiendo ajustado por la tendencia temporal que acoge a un mayor desarrollo tecnológico y su demografía. Y con un poco más de sensibilidad, ajustando también por sus características diferenciales externas (estructura poblacional y organización territorial cuando menos).

Cuando se compara con países comparables en cuanto modelo sanitario (López-Casasnovas

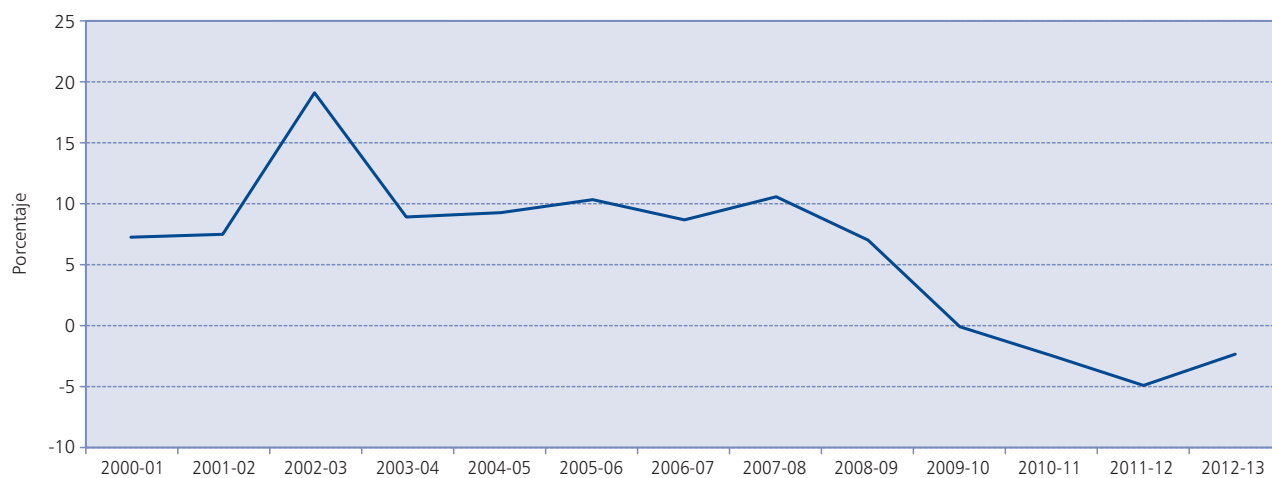
et al., 2014), calculando el umbral promedio como una media del gasto sanitario ponderado por el PIB o por la población, España está muy cerca de aquellos niveles de gasto sanitario público que le corresponden: en la «recta de regresión estadística» que se deriva de una estimación objetivada en el sentido anterior. Más aún, si asumimos linealidad en la recta de regresión estamos comparando escalares de ratios idénticos, siendo ambas escalas logarítmicas, asumiendo que la elasticidad renta del gasto sanitario público es constante, lo cual es contrario al supuesto de elasticidades más altas cuanto mayor renta tiene el país. Ello permitiría afirmar incluso que probablemente España gasta más, y no menos que otros países comparables. El problema es, pues, sin duda cómo y en qué gasta; el nivel de eficiencia del sistema.

Hay más temas relevantes en la comparativa para identificar mejor de qué estamos hablando.

Quizás desde la percepción de muchos, debiéramos de considerar el gasto neto de la financiación que no proceda de los impuestos, ya que tasas y precios públicos (copagos) ofrecen una racionalidad distinta para dicho gasto público de la que ofrece un gasto financiado por contribuyentes y no usuarios a través de impuestos generales.

Según el *Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas 2013* (2), el gasto sanitario público en términos absolutos se redujo un 14 por 100 entre 2009 y 2013 (3), mientras que el gasto público total disminuyó un 6 por 100. Por tanto, la sanidad cargó con una parte proporcionalmente mayor del ajuste de la crisis. Según la base de datos de salud de la OCDE, las tasas negativas del gasto sanitario público se iniciaron en 2010 (gráfico 2) y fueron en aumento durante los años siguientes. La crisis se afrontó con recortes, fundamentalmente

GRÁFICO 2

CRECIMIENTO INTERANUAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA 2001-2012 (€ CORRIENTES)

Fuentes: OCDE Health Data 2014. Para 2012-13, datos provisionales de Contabilidad Nacional de España.

de inversiones pero también de gasto corriente en personal e insumos. Sin embargo, la *frenada en seco* iniciada en 2010 siguió a una década de fuerte expansión del gasto sanitario público. Entre 2002 (año en que las últimas diez CC.AA. del extinto Insalud Gestión Directa asumen las transferencias sanitarias) y 2009 (año de gasto máximo), el gasto sanitario público se multiplicó por 2,16. Incluso a pesar de los recortes, el gasto sanitario público en 2013 es el doble del de 2001 en euros corrientes.

Aunque son datos provisionales, los de *Contabilidad Nacional* señalan que la caída del gasto sanitario público en 2013 ha sido de 1.473 millones de euros (2.29 por 100). Por tanto, en 2013 se habría ralentizado el proceso de caída del gasto.

No obstante, el escenario del marco financiero contemplado para la sanidad pública en el *Programa de Estabilidad 2015-2018* presenta un panorama de reducciones ulteriores del gasto sanitario público, al que, una vez hechos los recortes de lo iatrogénico y de lo inefectivo, cada vez le costaría marginalmente más en términos de salud seguir reduciéndose. No hay que perder de vista que la caída del PIB nominal ha incrementado las ratios respecto al PIB, pero el Programa de Estabilidad planea bajarlo significativamente en los próximos tres años. ¿Qué incidencia tendría esto sobre vuestras conclusiones sobre el volumen de gasto dedicado a sanidad? ¿Es creíble el práctico congelamiento del gasto sanitario en términos nominales a 3-4 años vista?

III. LOS RIESGOS Y AMENAZAS

Dicho lo anterior, la realidad es que el sistema se halla frente a

varios factores de riesgo, interconectados entre sí.

1. Tensiones al alza en los precios de los *inputs*

La retribución media de los profesionales en relación al salario medio de la economía se denuncia por parte de los afectados como de las más bajas de Europa. Los datos parecen avalarlo, pero las condiciones de trabajo, el régimen de incompatibilidades imperante y una reducida asunción de riesgo financiero en prácticas profesionales aminoran sin duda el diferencial tomado crudamente. Pero la presión de futuros aumentos salariales está solapada en bastantes reivindicaciones sanitarias, y el estallido irrumpirá probablemente en cuánto la recuperación económica se consolide. Solo instrumentos que «des-asalaricen» estos comportamientos pueden actuar de antídotos, en tanto que impongan a los profesionales la asunción de una parte del riesgo financiero del sistema y les responsabilicen en mayor medida de las pérdidas y ganancias de productividad.

El gasto en medicamentos de prescripción ambulatoria recientemente se ha visto fuertemente comprimido respecto del anterior estado de cosas. Un estado marcado por una inflación de recetas más que de precios, en una regulación considerablemente obsoleta que cuestionaba precios, pero dejaba abierta la espita de cantidades. En el gráfico 3, que contiene los índices de recetas, gasto público y precios unitarios (aproximados por el cociente entre gasto y número de recetas) puede verse claramente que, hasta 2010, el gasto evolucionaba al ritmo de los cambios en las cantidades (recetas), mientras que a partir de 2010 se imponen rebajas de pre-

cios, y desde mediados de 2012 se incrementan los copagos, moderando, al menos a corto plazo, las cantidades de medicamentos dispensados con cargo a la seguridad social; pero manteniendo precios medios (Puig-Junoy *et al.*, 2014). La presión sobre el gasto público hace que los copagos sean tentadores. El RD 16/2012 terminó con el statu-quo de gratuidad para la mayor parte de los pacientes (pensionistas). Posiblemente, en el futuro se exigirán más copagos, bajo el reclamo de tratamientos más individualizados.

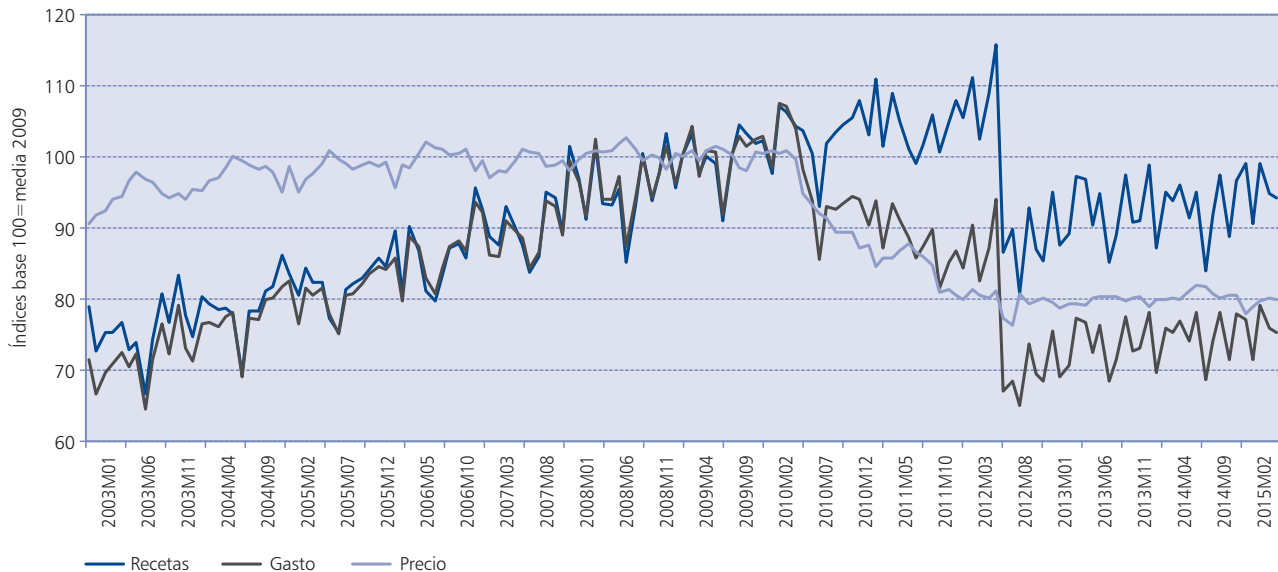
El avance tecnológico, bajo la forma de nuevos tratamientos disponibles a precios crecientes, es otro factor de presión sobre el gasto. Particularmente, el gasto en medicamentos de uso hospitalario está sometido a un proceso de fuerte tensión alcista.

La vinculación del crecimiento del gasto farmacéutico al del PIB, propuesta por el Gobierno en algún momento, se puede interpretar como síntoma de pánico del financiador público, que cree que controla menos el gasto en farmacia que los salarios; al fin y al cabo, estos se publican en el BOE, por tanto, supuestamente están bajo su control. Pero ese anclaje no resuelve el problema, más bien lo traslada al interior del sector, y desvía el foco de atención fuera de la cultura de la priorización y de la evaluación, tan necesarios para decidir coberturas en sanidad.

2. Los déficits de gobernanza y de incentivos: en busca de un «modelo»

Siempre en primer lugar, los déficits de *gobernanza* del sistema marcan el futuro. Estos se deben tanto a su estructura funcional

GRÁFICO 3
ÍNDICES DE SERIES MENSUALES DE RECETAS PRESCRITAS, COSTE UNITARIO MEDIO FINANCIADO POR EL SECTOR PÚBLICO («PRECIO») Y GASTO PÚBLICO. TOTAL ESPAÑA. ENERO 2003-FEBRERO 2015



Fuente: MSSSI. Facturación de recetas médicas (<http://msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>)

como a sus operaciones descentralizadas. Se reflejan en actuaciones de las partes, y responden a unos incentivos que no siempre son compatibles con los del conjunto.

Una cuestión clave es, pues, la de los incentivos. Específicamente para los profesionales asalariados, hay gran diversidad de propuestas, pero pocas iniciativas eficaces evaluadas. Esto se debe, en parte, a la incapacidad del gestor público de manejar adecuadamente los componentes fijos y variables de las retribuciones como forma de incentivar comportamientos profesionales alineados con el sistema, y de sustituir el seguimiento y control en corto del profesional por un sistema semiautomático de rendimiento de cuentas ligado a retribuciones. Pero también por la dislexia que supone que los profesionales del

sistema reivindiquen autonomía en las decisiones clínicas sin desear asumir las consecuencias económicas de dichas decisiones.

Y es que excedente lo hay en toda actividad humana; la cuestión es quien se apropia de este, ya en forma monetaria directa, ya indirecta; en términos de productividad baja, exceso de costes de los insumos, o coste salarial unitario elevado. Pero la visualización de los beneficios monetarios de las prácticas clínicas y profesionales es borrosa. Ni la sociedad, ni los políticos, ni los grupos profesionales reconocen, más bien ignoran, la apropiación privada de excedentes. Por ejemplo, en las realidades de profesionales que compatibilizan actividad en el sector público y privado, y también de algunas instituciones públicas o parapúblicas que in-

cluyen en sus cuentas actividad privada indiferenciada de la pública en sus mismos recintos asistenciales. La gestión puede en este sentido requerir que, ante una lista de espera por incapacidad de financiar toda la demanda disponible, la oferta ociosa busque sufragar sus déficits a través de una mayor utilización privada. Un amplio esquema de regulación es necesaria para que el propio sistema público no pierda legitimación, diferenciando correctamente prestaciones públicas y privadas.

Pese a algunos cambios recientes, se continúa con una elevada presencia de los proveedores en la formación/información, influyendo en la actividad clínica cotidiana, con folletos informativos y tiempo de visitantes médicos, como un coste de transacción más que se incorpora en la

factura farmacéutica. Las regulaciones recientes han mejorado algunas prácticas, pero carece de lógica que ésta sea una pieza supuestamente de apoyo de la actualización de conocimientos de nuestros profesionales.

El discurso liberal se impone poco a poco –aún con dificultades y disfunciones– en lo que atañe al apoderamiento de los usuarios y a la libre elección, pero mucho menos en asignar nuevas parcelas de responsabilidad individual de los ciudadanos sobre su propia salud.

3. El espacio para la colaboración público-privada y el papel de los seguros privados

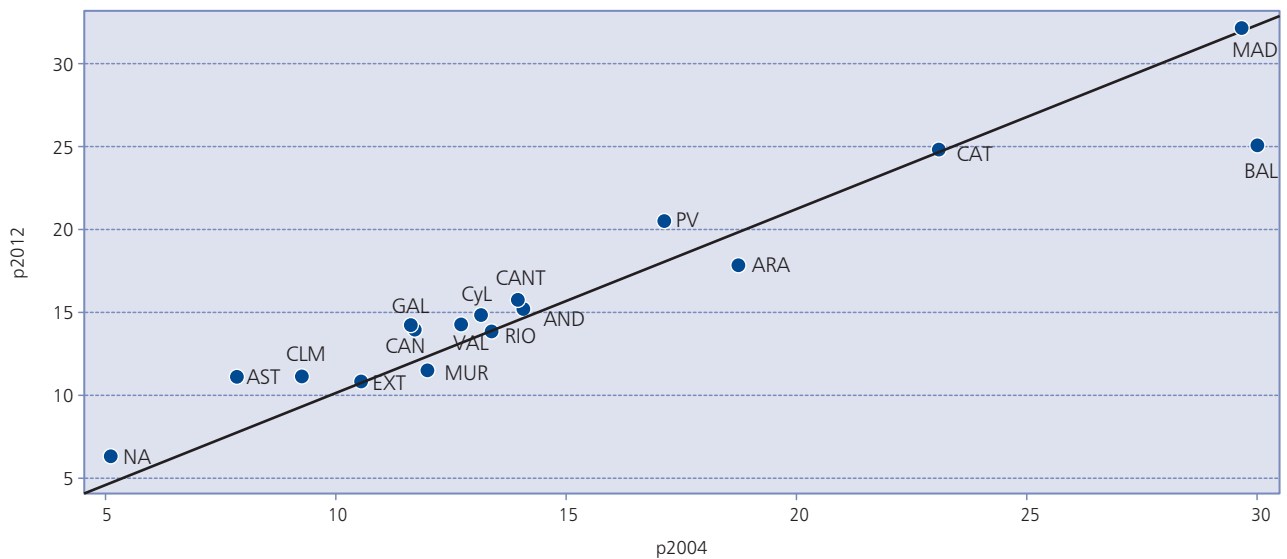
En España se han ido acumulando muchas y variadas expe-

riencias de gestión indirecta de la sanidad (Abellán-Perpiñán *et al.*, 2013; Sánchez-Martínez *et al.*, 2014), que han suscitado debates encendidos e ideologizados. El sector público convive con un sector privado predominantemente lucrativo y crecientemente reivindicativo al que la crisis también ha pasado factura (Aguar-Díaz *et al.*, 2015). Desideologizar el debate sobre las fórmulas de colaboración público-privada y poner a disposición de la sociedad toda la información relevante sobre los operadores, en términos de calidad, costes y actividad, son los primeros pasos para avanzar en la regulación óptima de la oferta de servicios sanitarios de financiación pública. Asepsia y datos han de complementarse con un tercer pilar: el de una regulación clara de buenas prácticas de convivencia público/privada: control efectivo de cumplimiento

de los contratos, regulación de conflictos de interés y de las *puertas giratorias*, etcétera.

Durante los peores años de la crisis, el gasto sanitario privado ha aumentado su participación en el total. Las primas de seguros sanitarios privados voluntarios han continuado teniendo mejor comportamiento, pese a los años de crisis, que el resto de ramas de seguro. En 2014 han aumentado un 3,44 por 100 (1,94 por 100 en 2013) (4), aunque las perspectivas del sector son inciertas (5). La penetración del seguro de asistencia sanitaria, que tiene un marcado perfil urbano, es muy desigual entre CC.AA. (entre el 27,86 por 100 en Madrid y el 10,4 por 100 en Asturias en 2012) (6) y ha aumentado desde 2004 salvo en tres CC.AA. (UNESPA, 2014) como se puede apreciar en el gráfico 3. El 40,5 por 100 de

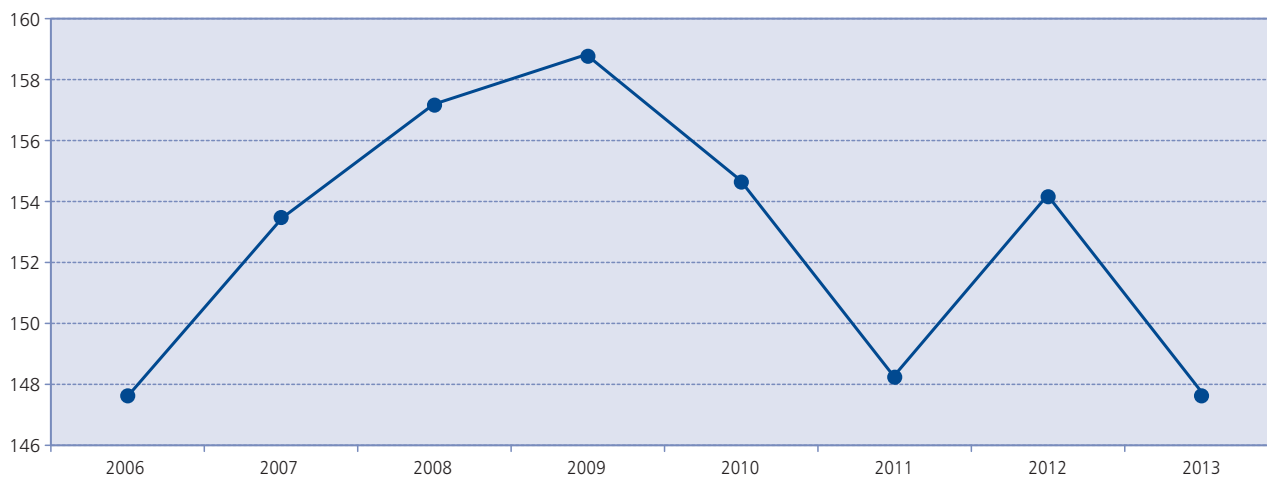
GRÁFICO 4
PENETRACIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA 2002-2012:
PORCENTAJE DE LOS HOGARES CON PÓLIZA DE SEGURO



Fuente: UNESPA (2014).

GRÁFICO 5

GASTO MEDIO DE LOS HOGARES EN SEGUROS DE ENFERMEDAD 2006-2013 EN EUROS CONSTANTES DE 2006



Fuente: INE: Encuesta de Presupuestos Familiares.

los asegurados de servicios privados de asistencia sanitaria en 2011, en torno a 3,5 millones, tenían una prima libre individual; el 28,3 por 100 tenían un seguro libre colectivo y el 22,6 por 100 una póliza financiada por las AA.PP. según el modelo Muface (UNESPA, 2014).

Según la *Encuesta de Presupuestos Familiares*, el gasto medio de los hogares en servicios de seguros sanitarios voluntarios, en términos constantes, es procíclico (gráfico 5). En los años 2010 y 2011 se redujo, y en 2013 es prácticamente igual al nivel de 2006. Por su parte, el reducido gasto privado de bolsillo de los hogares en servicios sanitarios (14.878 millones € en 2013), que había aumentado un 14,7 por 100 entre 2006 y 2008, cae desde 2009 y en 2013 es inferior al de 2006. Sin embargo, esta cifra agregada encubre comportamientos diferenciados de los distintos componentes del gasto (gráfico 5). Mientras el gasto por

hogar en medicamentos aumentó un 28,5 por 100 durante el período, en términos reales, el de servicios médicos, dentistas y pruebas complementarias se redujo considerablemente. Es decir, los hogares han sustituido marginalmente (unos 50 € año por familia) servicios profesionales por medicamentos.

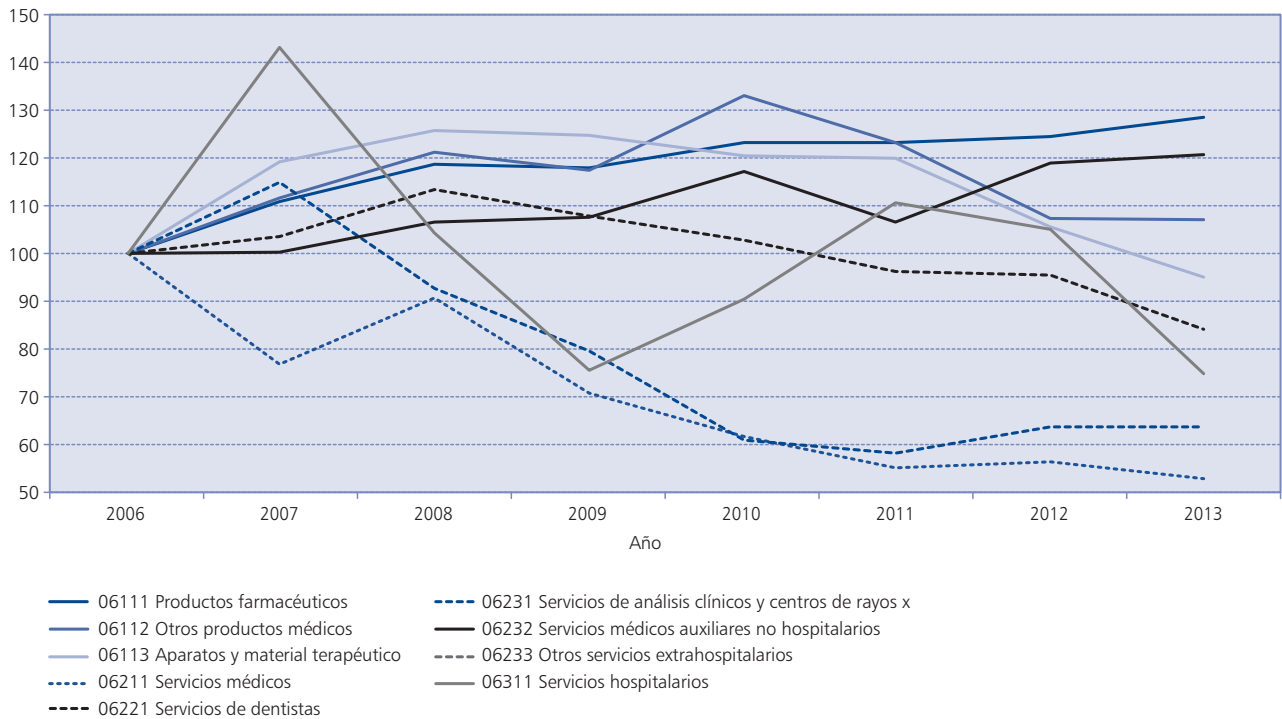
4. Los consensos en política sanitaria y la inoperancia del «buenismo»

A la hora de dar contenido a las políticas públicas, es más fácil ponerse de acuerdo en la salsa que en el pescado que las haya de condimentar. En concreto, en la política sanitaria encontramos muchos eufemismos de frases hechas en términos equívocos y pensados para permitir un consenso inicial pero que, a poco que se profundice en los detalles semánticos, resulta obvio que no se sabe muy bien que se ha acordado concretamente. Términos

tales como la colaboración público-privada, las responsabilidades de la sociedad civil, la gobernanza clínica, la gestión clínica o la participación de los profesionales en la gestión, por no mencionar grandes palabras como las relativas a las garantías de un supuesto derecho a la salud, y las consecuciones de equidad y eficiencia a la par.

No hay nada de malo en utilizar algunos envoltorios que creen un entorno amable que predisponga a los acuerdos. Los encontramos en el reclamo político de la conveniencia de «pactos de Estado» para todas las políticas, como si las ideologías o la heterogeneidad cultural, o el registro del pasado de sus actores principales no contase. El problema radica en no avanzar en contenidos más allá del umbral *buenista* que se anticipa. El *buenismo* es inoperante porque está vacío conceptualmente de guías precisas y evaluables para la acción. Se dice así que la sanidad crea riqueza,

GRÁFICO 6
GASTO REAL MEDIO POR HOGAR ESPAÑA 2006-2013 (BASE EN 100 EN 2006)



Fuente: INE: Encuesta de Presupuestos Familiares.

que es inversión, elemento de cohesión social; pero también sabemos que es gasto corriente, retribuciones de profesionales suficientemente corporativizados y de unos grupos industriales de suministros que presionan por su propio interés con gran poder negociador e influencia. Por tanto, cuando a menudo se quiere controlar desde la política sanitaria pública una financiación que se le puede escapar de las manos fácilmente al responsable político, se tienen que recordar las limitaciones que la utilización de recursos sanitarios impone en sus efectos sobre la investigación, la creación de ocupación, la inversión en infraestructuras de valor añadido y, ciertamente, en la balanza comercial del país.

La dinámica sanitaria es hoy rica en partenariados públicos, fundaciones, consorcios, sociedades de profesionales, etc., que son música que suena bien para la mejora de la gestión que se busca fuera de un modelo administrativo tradicional que ha tocado techo. Pero si no se precisa, si no se identifica de qué estamos hablando, es fácil que uno se ponga efectivamente de acuerdo, pero no sabiendo muy bien en qué y naturalmente con pocos resultados.

5. Cobertura y universalismo «de barra libre»

El universalismo «de barra libre» es una amenaza en dos

sentidos: como ausencia de priorización explícita en el sistema (por ejemplo, en la regulación de las listas de espera), y como interpretación de que toda diferencia en términos de gasto sanitario público es injusta. Pero es cada vez más evidente que este enfoque ni cumple con los postulados de eficiencia ni de equidad. No es eficiente, ya que ofrece los recursos diagnósticos y terapéuticos que están disponibles con poca restricción médica, sin atender a necesidades relativas ni priorización. Y no es equitativo porque un sistema universal no estrictamente proporcionado a la necesidad, acaba siendo tomado ventajosamente por quienes consiguen convertirse en los mayores usuarios gracias a un mejor acce-

so. Y la utilización es bien sabido tiene que ver con los costes de oportunidad de acceso, la educación y la influencia en ahorrarse tiempos de espera; un coste de oportunidad para rentas altas mucho mayor que el precio monetario que pudiera exigírseles pagar por los servicios. Así, pues, reorientar el universalismo, no en el sentido de elegibilidad universal, sino de elección específica priorizada, parece del todo adecuado.

Ello tiene también su traducción territorial, contexto en el que se confunden las cifras de gasto autonómico medio (¡quién se acuerda de la variación interna!) con las de financiación centralizada, aduciendo inequidad donde puede haber sobre-esfuerzo fiscal o de priorización local. O la falsa pista seguida por quienes toman el coste efectivo (a más ineficiencia en el gasto, mayor coste) como indicador de «necesidad», o estandarizan a partir de la utilización observada ignorando que ésta viene influida en sanidad por la oferta disponible. Con máximo error cuando se identifica la generalización de las transferencias sanitarias a todas las CC.AA. (de lo que antes eran cifras de un muy desigual gasto sanitario autonómico consolidado por el llamado «Insalud gestión directa») con una supuesta quiebra de la cohesión territorial, habiendo la descentralización simplemente hecho aflorar desigualdades hasta el momento encubiertas y, con una lectura política de éstas, empujar en gasto sanitario en regresión a la media.

IV. LOS ANTÍDOTOS

Son contrapuntos que pueden en segunda derivada redireccionar el sistema hacia aguas menos

procelosas. A nuestro juicio, disponemos de los siguientes:

1. Compaginar gobernanza con autonomía

La descentralización, aun pudiendo ser parte del problema, es ciertamente también y en mayor medida parte de la solución, tanto funcional como territorialmente. Permite comparar y evaluar las prácticas diversas registradas y emular las mejores políticas, siempre que se acompañe de transparencia y rendición de cuentas. En un reciente estudio sobre el impacto redistributivo de la sanidad y educación públicas en España (Jurado *et al.*, 2015) se concluye, como en los análisis agregados para el país (cf 4.2 más adelante) que la sanidad es un elemento igualador de rentas entre CC.AA., aunque la robustez del resultado requiere de unas imputaciones más ajustadas que las que permiten los datos disponibles y se hacen corresponder con los niveles de renta medios regionales. De hecho, la prueba más fehaciente de los impactos redistributivos del gasto sanitario en salud poblacional se debería obtener al contrastar años de nivelación estatal de recursos con las reducciones en las desigualdades personales de salud *intra* CC.AA. Y de ello sabemos poco, pese a las argumentaciones políticas que se mantienen al respecto no basadas en evidencia.

El fenómeno de una posible convergencia entre CC.AA. puede analizarse también desde la perspectiva del gasto sanitario. ¿Están convergiendo las CC.AA. españolas en gasto sanitario público per cápita? ¿Lo hacen en términos de ratio PIB? En el cuadro n.º 2 se presentan las medias y coeficientes de variación de los presupuestos iniciales de salud

para los años 2007 a 2015 de las CC.AA., sin incluir, de acuerdo con la nueva metodología de 2007, los gastos de fundaciones, consorcios y entes públicos. Pueden observarse dos procesos. Primero, que el coeficiente de variación tiene tendencia a aumentar, salvo en los dos últimos años, 2014 y 2015. Segundo, que la ratio entre el gasto máximo y el mínimo ha aumentado de 1,31 en 2007 a 1,61 en 2014. Por tanto, con los datos disponibles se podría decir que no se observa una tendencia a la convergencia del gasto per cápita entre comunidades autónomas. Sin embargo, de nuevo, aquellas afirmaciones no pueden ser concluyentes: se trata de gasto y no de financiación transferida (esta última es la que contiene los criterios de equidad aceptados), presupuestado inicial y no liquidado, y referido a población total y no a la beneficiaria del sistema público, y obviando que en términos reales existen diferencias en la capacidad adquisitiva de un mismo euro sobre la geografía española. En un trabajo reciente (Pérez-García *et al.*, 2015, pág. 105 y ss.), los autores ofrecen datos anuales de gasto público efectivo para el período 2002 a 2013 con esos datos. En el cuadro n.º 3 calculamos el coeficiente de variación y la ratio Máximo/Mínimo para los años 2002 a 2013, excluyendo a Ceuta y Melilla. El coeficiente de variación se ha calculado sin ponderar y ponderando las CC.AA. según su peso en el PIB del país y poblacional. Destacamos los siguientes resultados: a) la variabilidad interregional en el gasto efectivo per cápita (coeficiente de variación) es menor que en los presupuestos iniciales; b) en los últimos años, desde 2011, parece apreciarse una cierta tendencia a aumentar la disparidad interregional en gasto sanitario per cápita; c) las conclusiones

CUADRO N.º 2

**GASTO PÚBLICO EN SALUD (PRESUPUESTOS INICIALES) 2007 A 2015 DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS.
EUROS CORRIENTES POR HABITANTE***

Comunidad Autónoma	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andalucía.....	1.083	1.166	1.184	1.174	1.113	1.115	1.010	977	1.007
Aragón.....	1.262	1.316	1.397	1.416	1.374	1.376	1.211	1.211	1.208
Asturias.....	1.245	1.267	1.437	1.512	1.435	1.440	1.392	1.399	1.409
Baleares.....	1.054	1.116	1.148	1.064	1.057	1.092	1.058	1.083	1.195
Canarias.....	1.245	1.350	1.393	1.349	1.195	1.230	1.225	1.239	1.251
Cantabria.....	1.259	1.297	1.347	1.344	1.230	1.269	1.310	1.336	1.340
Castilla-León.....	1.206	1.303	1.330	1.375	1.353	1.347	1.289	1.283	1.313
Castilla-La Mancha.....	1.217	1.289	1.371	1.391	1.330	1.228	1.167	1.150	1.166
Cataluña.....	1.204	1.244	1.261	1.316	1.220	1.157	1.108	1.103	1.126
Valencia.....	1.042	1.085	1.111	1.119	1.078	1.071	995	1.074	1.098
Extremadura.....	1.339	1.457	1.558	1.530	1.417	1.366	1.191	1.204	1.277
Galicia.....	1.222	1.307	1.347	1.333	1.269	1.269	1.238	1.201	1.077
Madrid.....	1.069	1.109	1.115	1.069	1.099	1.104	1.109	1.082	1.130
Murcia.....	1.129	1.238	1.281	1.358	1.376	1.223	1.072	1.107	1.124
Navarra.....	1.332	1.408	1.438	1.549	1.514	1.419	1.341	1.394	1.457
País Vasco.....	1.366	1.515	1.633	1.667	1.605	1.591	1.607	1.570	1.585
La Rioja.....	1.336	1.260	1.249	1.276	1.197	1.131	1.090	1.100	1.108
Coefficiente de Variación.....	0,084	0,089	0,106	0,120	0,119	0,112	0,126	0,121	0,121
Max/Min.....	1,31	1,4	1,47	1,57	1,52	1,49	1,61	1,61	1,57

Nota: * Datos de población correspondientes al padrón del INE. Los cálculos para 2015 se han hecho con la misma población que los de 2014

Fuente: MSSSI. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>

cambian no solamente según se consideren presupuestos iniciales o liquidados, también cuando se pondera por PIB y por po-

blación. Específicamente, la lectura de los coeficientes de variación de 2013 cuando se calculan sin ponderar las 17 CC.AA. es

que la variabilidad ha aumentado, pero cuando ponderamos por cualquiera de los dos criterios, PIB o población, vemos que

CUADRO N.º 3

VARIABILIDAD ENTRE CC.AA. EN EL GASTO PER CÁPITA PÚBLICO 2002-2013. (CÁLCULOS SIN PONDERAR Y PONDERANDO POR PIB Y POR POBLACIÓN)

Año	Gasto medio per cápita total CC.AA. (€ corrientes)	Coefficiente de Variación (%)	Max/Min	Máximo	Mínimo	CV ponderado por PIB (%)	CV ponderado por población (%)
2002.....	925	18,1	1,82	1399	771	16,6	17,6
2003.....	983	9,4	1,47	1312	895	7,4	7,6
2004.....	1094	9,0	1,45	1420	979	6,9	7,1
2005.....	1201	6,6	1,31	1430	1090	6,6	6,8
2006.....	1278	8,6	1,40	1638	1167	6,9	7,1
2007.....	1354	10,8	1,58	1914	1213	7,5	7,8
2008.....	1463	6,3	1,22	1651	1357	6,3	6,4
2009.....	1573	7,6	1,30	1811	1391	7,6	7,9
2010.....	1527	7,1	1,34	1784	1329	8,4	8,6
2011.....	1482	8,4	1,38	1736	1260	9,1	9,6
2012.....	1383	8,6	1,44	1683	1173	9,0	9,4
2013.....	1357	8,9	1,45	1714	1182	8,7	9,0

Fuente: Elaboración propia con los datos de Pérez García et al. (2015) e INE (Contabilidad Nacional de España y cifras de población a 1 de julio de cada año).

realmente la variabilidad se ha reducido ligeramente.

Ante la dificultad de apreciar correctamente los datos a efectos de su interpretación en términos de equidad y eficiencia, una posibilidad es la de que el gasto sanitario tuviera una financiación mínima garantizada y se suprimiese el techo de acuerdos con las prioridades de los parlamentos autonómicos. Que cada palo aguante su vela y que la procección tenga un recorrido marcado. Se trataría con ello de compaginar cohesión, *gobernanza* y autonomía. En el ámbito de la descentralización funcional y de proveedores, el equivalente a lo anterior podría traducirse en que «quien quiera ser parte (*stakeholder*) se ha de integrar claramente en el todo». Por ejemplo, el medicamento, si ha de entrar con voz propia en la función de producción conjunta de la salud poblacional, ha de aceptar su papel en el global, con elementos tanto complementarios como substitutivos, en una integración asistencial de riesgo compartido a presupuesto cerrado. En este sentido, la reciente propuesta de ligar el crecimiento del gasto farmacéutico público en recetas al del PIB no parece una buena idea si no se es capaz de legitimar «extramuros» del gasto farmacéutico y sanitario la racionalidad de hacerlo solo en esta partida, e «intramuros», en el reparto interno a efectuar por Farmaindustria fuera de criterios de coste efectividad.

Para todas aquellas cuestiones, la gobernanza es una especie de pegamento que dota de sentido el quehacer de las organizaciones sanitarias en su día a día. Hacer o rehacer la gobernanza de una institución allí donde se ha perdido no es una tarea sencilla, ya que ésta deviene de la intersección de distintos compor-

tamientos, resultado a la vez de unos incentivos que se tienen que alinear hacia los que sean objetivos comunes de la institución. Esto requiere a menudo la formulación de las relaciones internas y externas de sus protagonistas principales y de la consolidación de una cultura organizativa que no se improvisa con facilidad.

Empezando por esta última, dos son los rasgos distintivos que marcan el valor de una cultura que puede hacer más o menos propensa la gobernanza. Entre CC.AA., la sensación de proyecto compartido, de coordinación por interés mutuo, no impuesta, sin jerarquías. En organizaciones públicas, reforzando la idea comunal. En sus extremos encontramos, por un lado, la negligencia y la falta de cuidado que suele llevar al abuso por el lado de sus partes integrantes. Y, por el otro, la interpretación más política de que «quien paga manda», entendiéndose como pagador a la propia administración y no a los contribuyentes que la financian.

En los sistemas sanitarios públicos, la dificultad de empujar el interés particular en favor del conjunto tiene la dificultad añadida de la multiplicidad de las motivaciones presentes, cada una con su propia racionalidad y lógica individual. Este es el caso que distingue de manera «granular» la racionalidad de los ciudadanos/contribuyentes, de los usuarios/pacientes, de los profesionales de los gestores, de los responsables de política sanitaria, de los responsables estatales de su armonización y, finalmente, de los grupos empresariales que conforman la prestación de los servicios sanitarios. Notemos que cada uno de ellos puede intentar hacer prevalecer su interés particular sobre el general coaligándose entre sí, haciendo fuertes unas

partes respecto de las demás. Por ejemplo, entre pacientes y sus asociaciones, y algunos profesionales de la especialidad, frente al contribuyente y el responsable financiero; o los grupos empresariales y los responsables económicos respecto de las consejerías de sanidad, o entre grupos empresariales y determinados profesionales delante de los gestores y entre los mismos responsables de la política sanitaria. Son coaliciones heterogéneas pero que en determinadas coyunturas –por ejemplo, una huelga o una restricción presupuestaria fuerte– pueden ser ganadoras a la vista de las debilidades de terceros.

Resolver este tipo de problemas en la sanidad pública pasa, posiblemente, por consolidar e 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 conveniencia contra las partes más débiles del sistema, erosionando de esta manera los equilibrios de la gobernanza en su conjunto. No existen recetas universales para alcanzar esto, pero parece razonable que el debate entre escasez de recursos y susceptibilidad de los mismos a usos alternativos, que benefician a grupos de interés distintos, a partir del financiamiento disponible, favoreciera en una primera etapa la discusión interna de los problemas relevantes. Esto se puede hacer por ejemplo, entre ciudadanos/contribuyentes y usuarios/pacientes, o entre prestadores y financiadores, a través de priorizaciones explícitas y transparentes de las coberturas sanitarias (lo que entra y lo que no, lo que se paga mediante impuesto y lo que se repercute al bolsillo del usuario, y respecto de los derechos y deberes que devengan). O entre diferentes

gestores haciendo que, pongamos por caso, el exceso de gasto de uno se tenga que valorar en primera instancia sobre el déficit del otro, evitando trasladar el problema, por agregación, al financiador. Esta es una situación común entre atención primaria y especializada, con centrifugación externa de costes de utilización y de prescripciones inducidas. La financiación conjunta sobre base poblacional puede ser un instrumento que fuerce a la consolidación interna, evitando que, ante una mejora coste-efectiva en la atención ambulatoria no se responda defensivamente con una mayor actividad de la especializada menos coste efectiva. Sin forzar la consolidación del gasto, la solidaridad de las partes implicadas en reclamar más financiación o la simple defensa del *status quo* de cada institución por separado, se acabará proyectando fácilmente como un vector de mayor gasto sobre el financiador, sin que este tenga, desde fuera, las llaves necesarias para la racionalización conjunta.

En suma, compaginar gobernanza con autonomía requiere:

- Garantizar a las CC.AA. una financiación mínima o suelo del gasto sanitario, pudiendo a partir de ahí cada Comunidad intensificar o no su esfuerzo de gasto desde su propia responsabilidad fiscal. La cartera común de servicios sanitarios debería definirse de acuerdo a esa financiación mínima.

- Los proveedores han de aceptar que si quieren ser parte del sistema tienen que integrarse en el mismo, respetando unas reglas de juego y aceptando, por ejemplo, acuerdos de riesgo compartido.

- Establecer un sistema de financiación conjunta de base po-

blacional ajustada por riesgo que alinee los intereses de primaria y especializada respecto de resultados de salud poblacionales.

Además, es preciso, como se ha argumentado arriba, clarificar la regulación de la compatibilidad entre el ejercicio público y el privado, resolver satisfactoriamente el problema del infradesarrollo de la gestión clínica, y considerar el empoderamiento del paciente un instrumento más al servicio de la eficiencia y equidad del sistema sanitario y en último término, del bienestar social.

2. Llevar el copago a la renta más que la renta a los copagos. El papel redistributivo del gasto sanitario

Los cambios en la utilización sanitaria, así como las medidas tomadas para afrontar la crisis económica, sobre todo el RDL 16/2012, pero también otras medidas de los gobiernos central y autonómicos, han incidido sustancialmente en la situación de partida y posiblemente en el papel redistribuidor de la sanidad. Ello se debe, entre otras razones, al hecho de que el sistema, aún siendo universal, acaba haciendo que las decilas de más renta utilicen menos la atención sanitaria pública que lo que les corresponde por peso poblacional, y al contrario para la de menos renta. Ello hace que sus efectos sean muy sensibles a la utilización de los servicios, aunque ello ha de examinarse con cuidado por funciones asistenciales, ya que los patrones de utilización son distintos por gradiente social, y considerando el peso relativo de dichas funciones en el total del gasto sanitario.

Por lo que atañe a los copagos farmacéuticos, sabemos que re-

ducen la renta monetaria disponible de las familias en distinta proporción según su renta, su estatus de activo o pensionista y su utilización de medicamentos. Para algunas familias no pensionistas ni con enfermos crónicos, los gastos farmacéuticos no tienen, en principio, límites de aportación mensual. En este sentido, los enfoques de equilibrio parcial son limitados, ya que las prestaciones sanitarias en especie –o su retirada– pueden alterar los comportamientos de los agentes económicos. Por ejemplo, según el sistema de información de atención primaria, ha habido una reducción muy significativa de frecuentación al médico de familia en España tras el inicio de la crisis (de 6,10 visitas por persona asignada en 2007 a 5,48 en 2012 (7)), lo que cuadra con el aumento de copagos en medicamentos, en principio de consumo complementario de aquella asistencia que se mantiene gratuita en acceso, pero no si se considera substitutivo.

Los primeros resultados del análisis de una muestra aleatoria estratificada de más de 60.000 personas de Canarias (8), con información individual y longitudinal del consumo de medicamentos desde un año antes hasta un año después de la entrada en vigor del nuevo copago (1 de julio 2012) indican que:

- La aportación de los usuarios podría haberse duplicado, del 6 por 100 al 12 por 100 del total de la factura farmacéutica.

- El 22 por 100 de los usuarios no había comprado ningún medicamento durante los dos años del estudio.

- Antes del RD16/2012, el 54 por 100 de los usuarios no había pagado nada por medicamentos con receta, después del RD, ese

porcentaje ha caído hasta el 34 por 100.

— El índice de Gini de concentración del gasto en medicamentos era 0,69 antes de la reforma y se ha reducido ligeramente (hasta 0,66) después de la misma.

El análisis de esos datos refleja dos hechos, 1) la gran heterogeneidad individual en el gasto en medicamentos; 2) que la elasticidad-precio de la demanda de medicamentos prescritos, como concluye la literatura internacional, es baja y por tanto el copago no reduce «abuso moral» ni utilización; pero puede estar redistribuyendo la financiación entre el contribuyente y el paciente, cargando a éste con parte de los costes que antes asumía el primero.

La nueva regulación del copago permite diferenciar entre tres niveles de renta familiar (inferior a 18.000 euros; entre 18.000 euros y 100.000 y por encima de 100.000 euros). Un análisis más detallado del gasto de los usuarios en medicamentos por niveles de renta excluyendo a los de más de 100.000 euros anuales por su pequeño peso muestral (9) (cuadro n.º 4) indica

que el gasto medio anual financiado por el usuario se multiplicó por 2,2 para los de renta inferior a 18.000 euros anuales, y por 2 para los de renta superior. Las cifras medias son bajas en cualquier caso. Las ratios entre el gasto (medio, mediano, tercer cuartil y percentil 95) de los usuarios de renta alta y los de renta baja se ha mantenido, con ligera reducción (de 1,3 a 1,2). Por tanto, a pesar de que el nuevo copago ajusta por renta, el gradiente de gasto según renta se ha mantenido o incluso se ha reducido ligeramente tras la reforma.

Mantenemos la idea de llevar el copago a la renta (declarada) y no señalar a la población con copagos diferenciados según renta (monetaria). Se trata de identificar la utilización de los servicios fuera de la regulación establecida según los circuitos de contacto, cribaje y acceso, marcando el coste adicional que ello supone al sistema, para sumarlo como prestación en especie. Este coste para el sistema es un ingreso (gasto evitado) que no se debería de haber meritado, por lo que cabe sumarlo a una base imponible que generará con esta adición tipos impositivos más ele-

vados (copago progresivo). Fuera de ello, los copagos en consumo debieran de ser evitables para no interferir con la equidad, y si se puede actuar por la vía del aseguramiento complementario a prima colectiva, mejor que hacerlo por la vía de precios, dada su dosis implícita de solidaridad. Particularmente, si fuera de catálogo se incluyen las prestaciones igualmente efectivas, pero de coste no asumible para la financiación pública.

Por otra parte, y como se ha señalado reiteradamente, son preferibles los copagos evitables (ejemplo, mediante precios de referencia) que los obligatorios, los copagos modulados según el coste-efectividad de los tratamientos, y las excepciones y consideraciones personales y familiares, incluyendo límites monetarios, como antídoto frente a la pérdida de equidad que conllevan los copagos.

2.1. El papel redistributivo del gasto sanitario como antídoto frente a una desigualdad económica creciente

El gasto sanitario tiene, en principio, un claro papel redistribu-

CUADRO N.º 4

EFFECTOS DISTRIBUTIVOS DEL COPAGO EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN DE LAS ISLAS CANARIAS

Gasto (copago) en recetas del SNS	Antes del RD 16/2012 (1 julio 2011 a 1 julio 2012)			Después del RD16/2012 (1 julio 2012 a 1 julio 2013)			Gasto después(gasto antes)	
	Renta < 18.000 € ¹	Renta entre 18.000 € y 100.000 € ²	Ratio ^{2/1}	Renta < 18.000 € ¹	Renta entre 18.000 € y 100.000 € ²	Ratio ^{2/1}	Renta < 18.000 € ¹	Renta entre 18.000 € y 100.000 € ²
	Gasto medio (€)	18,2	24,1	1,3	40,4	48,7	1,2	2,2
Gasto mediano (€)	2,0	2,4	1,2	14,9	18,5	1,2	7,5	7,7
Tercer cuartil (€)	14,4	18,2	1,3	49,9	57,4	1,2	3,5	3,2
Percentil 95 (€).....	95,0	126,9	1,3	165,2	202,1	1,2	1,7	1,6

Fuente: Elaboración propia con datos de una muestra de asegurados del Servicio Canario de Salud.

butivo, que ha de contribuir a contrarrestar el aumento de desigualdades económicas en España (García-Altés y Ortun, 2014). Si excluimos las pensiones, la sanidad tiene el papel redistributivo y de aminoramiento de la desigualdad económica más importante entre las prestaciones públicas en especie analizadas por Verbist y colaboradores para 2000 y 2007 en 27 países de la OCDE (Verbist *et al.*, 2012). El efecto redistributivo de la sanidad en España representaba en 2007 más de la mitad de la redistribución total por prestaciones en especie (cuadro n.º 5). En ese año, éramos el cuarto país de los 27 más redistribuidor en sanidad según la ratio 90/10, y el quinto según la razón S80/20. La sanidad pública contribuía, también según ese estudio, a una reducción de la brecha de pobreza del 60 por 100, y más todavía para las mujeres, en el conjunto de países de la OCDE (10). Sin embargo, este efecto se debe a la cuantía que representa dicho gasto, ya que por euro gastado, diferentes estudios prueban que el gasto selectivo en vivienda y ayuda a las familias es el más redistributivo; lo que no podía ser de otro modo, al

venir afectada su concesión a la prueba de medios (López-Casasnovas y Albasanz, 2015).

En cualquier caso, vale la pena dejar constancia que para analizar la capacidad redistributiva del gasto social importa tanto su composición como su agregado. Por sus efectos sobre el bienestar, no son idénticas las consecuencias de transferir recursos, prestaciones monetarias, de libre disposición a las familias, que ofrecer prestaciones en especie gratuitas en el acceso, que se pierden si no se utilizan. Como no es idéntico hacerlo desde una financiación general a cargo del contribuyente o de un pago o tasa a cargo del beneficiario. Algunos países intervienen no gastando públicamente, sino regulando la obligación de que el gasto se asuma privadamente, con multas y sanciones en su caso por incumplimiento. Además, a veces lo transferido u obligado está libre de impuestos o incluso incentivado con deducciones fiscales; en otras no. En algunos países lo que no es un beneficio por prestación directa lo puede ser indirectamente con precios regulados para determinados colectivos, ya

con cargo a las empresas suministradoras o mediante subvenciones (transporte, luz, agua). Todo ello, su naturaleza y composición, acaba afectando el bienestar de los ciudadanos. Como muestra recientemente un estudio de la OCDE, ello cambia incluso el *ranking* de los países en la importancia de su política social. Por ejemplo, Dinamarca pasa de ser el segundo país al noveno; España del noveno al 14; Reino Unido del doceavo al cuarto; Estados Unidos, de ocupar el puesto veintitrés al segundo.

Específicamente, para España y el gasto sanitario, Calero y Gil estiman separadamente el efecto redistributivo de las distintas prestaciones sanitarias en especie (atención primaria, especializada, medicamentos) para 2005 y 2010 (Calero y Gil, 2014) con microdatos de las Encuestas de Condiciones de Vida. También ellos encuentran un fuerte efecto redistributivo, cuya explicación de fondo es que las personas mayores utilizan proporcionalmente más la sanidad que el resto de grupos etarios, dada su mayor necesidad, y a la vez tienen en promedio menor renta disponi-

CUADRO N.º 5

CAMBIO (%) EN LOS INDICADORES DE DESIGUALDAD DESPUÉS DE INCLUIR LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DE SANIDAD Y DE LOS OTROS CUATRO SERVICIOS PÚBLICOS*

Indicador de desigualdad	Renta monetaria disponible			Después de ajustar por prestaciones sanitarias en especie			Después de ajustar por todas las prestaciones en especie			Porcentaje de sanidad sobre total gasto en especie España
	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27**	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27(*)	España	OCDE-27		
Índice de Gini	0,31	0,298	12	-11,60%	-11%	9	20,6%	-21,8%	53%	
S80/20	5,33	4,95	10	-22,70%	-18,40%	5	-40,7%	-35,3%	64%	
P90/10	4,38	3,94	8	-21,30%	-17,00%	4	-34,0%	-31,5%	68%	

Notas:

* Sanidad, educación, vivienda, atención a la infancia y a los mayores.

** Ordenados los 27 países en orden decreciente de redistribución.

Fuente: Verbist *et al.* (2012) tabla A6 (reproducido de Urbanos y G López-Valcárcel (2015).

ble. En 2005 el índice de *Gini* en España antes de las prestaciones públicas monetarias era 0,453, se reducía a 0,312 cuando se incluían todos los componentes de la renta disponible, y bajaba hasta 0,265 cuando se incluían las prestaciones sanitarias en especie. El índice de Kakwani resultaba mayor para el gasto farmacéutico, seguido de atención primaria –son por tanto los que más contribuyen a la progresividad– y menor para atención especializada. No obstante, hay que señalar que el gasto farmacéutico considerado solo se refiere a las recetas de la seguridad social, excluyendo los medicamentos de dispensación hospitalaria, que han crecido mucho en los últimos años, particularmente para pacientes no ingresados (Lobo, 2014). La desigualdad de renta de mercado era mayor en 2010 que en 2005 y las transferencias monetarias del sector público contribuyeron más a reducir la desigualdad en 2010 que en 2005, pero la sanidad perdió capacidad redistributiva en ese quinquenio (cuadro n.º 6).

También el índice de Kakwani de la sanidad en su conjunto es menor en 2010 (0,4413) que en 2005 (0,4816), debido a una caída del 23 por 100 del gasto en farmacia (su índice de Kakwani pasa de 0,602 a 0,463 en ese período), pues atención primaria, especializada y urgencias ganan progresividad y atención hospita-

ria se mantiene aproximadamente en los niveles de 2005. En consecuencia, el sistema sanitario parece haber perdido, aunque no dramáticamente, algo de su capacidad redistribuidora e igualadora.

El resultado de farmacia es sorprendente (Urbanos-Garrido y López-Valcárcel, 2015). Las recetas facturadas se prescriben desde la atención primaria, por lo que se esperaría una evolución similar de los índices de Kakwani de ambas prestaciones, farmacia y atención primaria. Hasta 2013 no se generaliza la receta electrónica. Los únicos cambios significativos en cuanto a medicamentos en 2010 han sido dos Reales Decretos de marzo y mayo de 2010 respectivamente (Real Decreto Ley 4/2010 de 26 de marzo de racionalización del gasto farmacéutico del SNS y Real Decreto Ley 8/2010 de 24 mayo, de medidas extraordinarias para reducir el déficit público). Ambas medidas se concentran en reducir los precios de los medicamentos y los márgenes comerciales de las farmacias. Por tanto, reducen el coste de producción y, en consecuencia, la valoración de las transferencias en especie de la sanidad. Pero esta reducción es únicamente fruto del artefacto, y no de los bienes y servicios prestados (Urbanos-Garrido y López-Valcárcel, 2015).

Es interesante reflejar algunas conclusiones, desde una óptica

autonómica, de otro estudio más reciente y ya comentado (Pérez-García *et al.*, 2015). La intensidad regional de las transferencias en especie, de las que la sanidad supone casi dos terceras partes, no parece presentar una relación significativa con los niveles de renta per cápita, siendo ello el reflejo de que el acceso a los servicios en los distintos territorios no depende del nivel de su renta inicial. Si bien la incidencia regional de las políticas redistributivas responde en general a un patrón de progresividad –saldos mayores en las regiones con menor renta– presenta limitaciones de orígenes muy distintos. Por una parte, las políticas de protección social basadas en derechos reconocidos se relacionan en buena medida positivamente con las rentas, como no podía ser de otro modo; y por otra, los ingresos de las CC.AA. no responden tanto a sus necesidades como a otras causas, por lo que los gastos y los volúmenes de servicios por habitante son muy diferentes. A la vista de su evolución, el análisis del gasto en Servicios públicos fundamentales (SPF) y su distribución regional en el período 2002-2013 no respalda la tesis de la destrucción de las columnas del Estado del bienestar que representan estos gastos. Aunque sin duda este se ha visto afectado por la crisis, los perfiles del impacto de la misma y su gestión son relevantes. El crecimiento del gasto en SPF fue rápido en los años de expansión, en especial en el caso de la sanidad y la protección social, las dos funciones más relacionadas con el envejecimiento. Con la llegada de la crisis, el gasto en SPF ha sido preservado en parte mediante el mayor esfuerzo que reflejan el mantenimiento del porcentaje que representa en el PIB y el crecimiento del porcentaje que supone del gasto público. Ahora bien, esa protección de los nive-

CUADRO N.º 6

CAMBIOS EN EL EFECTO REDISTRIBUTIVO GENERADO POR EL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE 2005 A 2010

	2005	2010
Índice de <i>Gini</i> antes de las prestaciones públicas monetarias ...	0,453	0,5040
Índice de <i>Gini</i> de la renta disponible.....	0,312	0,3365
Índice de <i>Gini</i> después de las prestaciones sanitarias en especie	0,265	0,2991

les de gasto en SPF se ha concentrado en las actividades desarrolladas por las administraciones centrales (pensiones y seguro de desempleo) mientras que en las funciones responsabilidad de las administraciones territoriales (sanidad, educación y servicios sociales) no ha sucedido lo mismo.

Las responsabilidades según el Informe comentado son, pues, inequívocas y caen mayormente en el tejado de una financiación central del gasto autonómico claramente insuficiente.

3. Priorización explícita con sustrato institucional

Y finalmente, se considera adecuado crear una agencia especializada para tomar las decisiones de priorización a efectos de sacarlas del cortoplacismo político para reconducir el debate hacia recomendaciones del tipo «haz, o explica por qué no haces». Dicha *agencialización* es imprescindible para ordenar el catálogo de prestaciones.

En el panorama europeo, España es una excepción, pues 15 países de la Europa28 incorporan explícitamente la evaluación económica de las innovaciones sanitarias para establecer condiciones de reembolso. Podemos aprender de otros países (cf. 5.1 más abajo). El reto es más acuciante, en la medida en que habrá fuertes presiones por aprehender las holguras presupuestarias de la relajación postcrisis por parte de los distintos proveedores y grupos de interés, y porque incluso en plena crisis, se están produciendo asignaciones insostenibles e ineficientes que implican pagar medio millón por AVAC en algunos tratamientos oncológicos (Oyagüez *et al.*, 2013). La falta de cultura evalua-

dora en el país tiene un altísimo coste en términos de bienestar, y la hoja de ruta hacia el cambio cultural es una de las claves para la mejora, sino supervivencia, del sistema. Resulta paradójico que la sanidad, caracterizada por continuos avances tecnológicos que impulsan en gasto más que en otros sectores, no se caracterice por una mayor cultura evaluadora que en las demás políticas públicas. Los economistas de la salud, entrando en los detalles del gasto con prospecciones de profundidad, han de analizar las consecuencias de las distintas opciones de *policy making* y exigir transparencia en el gasto (sanitario), aceptando que quizá incluso no sea el más ineficiente dentro del gasto público.

Nuestra propuesta para España es una agencia, tipo NICE a la española (véase el apartado 5.1), que haría el *assessment* más objetivado de las tecnologías sanitarias, mientras que el *appraisal* n su aplicación al caso concreto quedaría bajo la responsabilidad de las CC.AA.

4. La salud en todas las políticas requiere coordinación al más alto nivel gubernamental

De manera similar sería adecuado que en materia de políticas públicas una sola voz marque las posiciones de los ámbitos conjuntos de gasto y de financiación (desde la Presidencia, por ejemplo), consolidando la discusión de los intereses de los distintos departamentos (sanidad/protección social/ hacienda y economía y empresa) al sí de la comisión de gobierno de las instituciones. Este hecho, entre otros efectos, fuerza una mayor horizontalidad de las políticas públicas y hacer explícitos los costes

de oportunidad de cada euro gastado en la administración pública, y de este respecto de la economía para las distorsiones fiscales que genera la tributación sobre la eficiencia en la asignación de recursos y en la capacidad adquisitiva de los contribuyentes. En cualquier caso, y como principio de precaución, antes de incrementar el gasto sanitario habría que decir y justificar para qué.

La salud en todas las Políticas (STP) requiere que la salud esté en la agenda política al más alto nivel y que las actuaciones se coordinen al máximo nivel en el Gobierno. Pero solo dos veces se pronunció la palabra *salud* de un total de 47.747 palabras pronunciadas en los discursos de investidura de los presidentes de gobierno de España desde el inicio de la democracia. Hay experiencias de las que aprender en la aplicación de los principios de STP, como la de California o incluso de algunas experiencias en España (Urbanos-Garrido y López-Valcárcel, 2014).

5. A vueltas con lo público y lo privado: clarificar el alcance de la intervención pública

Dar contenido a las propuestas implica ser claro en las disyuntivas que hay que evaluar. Así, cuando alguien dice que más allá de garantizar la equidad de acceso en los servicios sanitarios lo que hace falta es hacerlo sobre los resultados de salud, se ha de recordar que ello requiere interferir en toda clase de espacios individuales de decisión, pasando por encima de la voluntad de los individuos en el uso de los recursos, si se quiere ser efectivo en los resultados propuestos. También requiere pensar «fuera de la caja» (*out of the box* en terminología

inglesa) de la sanidad para localizar formas no sanitarias de producir salud eficientemente, mediante políticas intersectoriales y de departamentos específicos (vivienda y urbanismo, medio ambiente, agricultura, transporte,...). Por tanto, seguir las implicaciones que supone igualar resultados en términos de bienestar requiere sacar los servicios sanitarios de su agujero de gasto, ya que estos no son sino un ingrediente para aquel objetivo, como lo son la educación o la ocupación, que afectan igualmente a la salud. De manera similar, cuando decimos que los profesionales no tienen que ser solo partícipes pasivos, sino que se han de involucrar en la gestión, debemos recordar que esto demanda necesariamente asumir riesgos. Y en simetría, quien acepta otorgar autonomía efectiva a los proveedores tiene que permitir la mejor gestión patrimonial de las capacidades ociosas que se produzcan; oferta disponible dado que su utilización no es financiable públicamente, y se exprese en una lista de espera en manos de un financiador, que no puede sufragar toda la capacidad que permite la infraestructura disponible. Con reciprocidad, quien desee decidir por cuenta propia ha de aceptar responsabilidad financiera; de otro modo, como trabajador por cuenta ajena que es, deberá compartir en el día a día las dificultades financieras de su patrón y las guías clínicas que para el buen funcionamiento esperado del sistema se impongan. Cuando queremos que las instituciones sanitarias cuenten con la gobernanza efectiva de sus trabajadores, se ha de querer decir en coherencia que éstos acepten ser «accionistas» e «ir a resultados». Esto implica que los profesionales están dispuestas a avalar el capital público utilizado, a sufragar el coste de las instalacio-

nes que les son cedidas para la gestión, ya sea con su propio pecunio inicialmente, o a partir de una retribución futura parcialmente recibida en forma de «papel», que es el valor de la acción de las sociedades de gestión de las que ellos sean propietarios. Este proceder se ha de seguir ciertamente de manera voluntaria, respetando derechos adquiridos, sin retroactividad obligada, pero incentivada. Y no solo a través de formas mercantiles anónimas, también con mutuas, cooperativas u otras organizaciones de naturaleza mixta. También cuando la sociedad civil forma parte de patronatos y órganos del gobierno, hace falta que se recuerde que sus representantes asumen una responsabilidad delante de la comunidad que tiene consecuencias civiles y penales. O cuando se reivindica que la realidad sanitaria impone no una organización «administrativa pública», sino híbridos en el tránsito público-privado, y con ello requerir flexibilidad gestora presupuestaria y contable, cabe recordar que dicha afirmación supone que se acepta también competir para una financiación «a tarifa», con concurrencia privada, sin poder consolidar y arrastrar fondos públicamente garantizados año tras año. Así lo reclama en todo caso el Sistema Europeo de Cuentas Públicas (SEC) para limitar la frontera de lo público y lo privado, más allá de las buenas palabras.

V. DOS EJEMPLOS DE LOS QUE APRENDER

1. Para formalizar la priorización: el Reino Unido y su agencia del NICE

El Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS en inglés) es paradigma hoy de una

manera de administrar la sanidad: por un lado, el de un «servicio» como si fuese una parte más de la administración, con aspiraciones a la cohesión «nacional», y por otro lado, «de salud» como pretensión de actuaciones intersectoriales, pero que no escapan demasiado, a la realidad, de las propias de la industria sanitaria.

Desde un gran convencimiento que la oferta es la que induce la demanda en sanidad, ya que son los profesionales quienes interpretan la necesidad de los pacientes, el NHS orienta toda su regulación a lo que tiene que ser suministrado y lo que no tiene que serlo bajo financiamiento público a cargo del contribuyente. Ni un replanteamiento del universalismo, todo y que se pretende esté «proporcionado» a la necesidad relativa, ni la implantación de tickets moderadores de la demanda, entran en el debate. Ni en las etapas de los gobiernos más conservadores se han cuestionado estos principios. El racionamiento público se impone: el de los circuitos asistenciales, el de las listas de espera y el propio de las prestaciones excluidas, que fuera del financiamiento están sometidos a un copago implícito del 100 por 100.

La acción fundamental de un NHS es, por tanto, la de definir el catálogo de prestaciones. Tema complicado, que de momento se dirige a las novedades terapéuticas más que a cuestionar las que ya se están proporcionando. Como ya se veía que era más que probable que los efectos de las decisiones sobre el catálogo acabasen alimentando el debate político más pequeño, ahora hará doce años los grandes partidos acordaron que siendo la limitación una causa justa, en la medida en que fuese realizada, mandase quien mandase, obser-

vando el proceso debido, de las decisiones no se haría batalla. Crearon la agencia independiente llamada NICE en la práctica acrónimo para Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, aunque algunos vemos en las siglas CE el coste efectividad imperante. Se crea una institución de prestigio, con responsabilidades académicas y sociales alejadas del debate partidista, con nombramientos que superen los ciclos electorales y que trabaja en red con los centros de estudio del país.

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

cual cosa quiere decir que se deja bajo la responsabilidad completa del usuario.

Aceptado lo anterior hará falta firmeza para con todos los que, como resultado de la evaluación, se sientan damnificados (discriminados en negativo, ¡que los que lo son en positivo daban por garantizado que tenían derecho!). Ni *lobbies* industriales, ni de corporaciones profesionales, ni de asociaciones de enfermos, en principio, tuercen la recomendación del NICE británico. Este es el músculo político y la cultura necesaria para una priorización democrática, transparente y coherente con un financiamiento público limitado. Más allá de la propuesta del NICE, si el político se quiere alejar de esta recomendación tiene que dar explicaciones y justificar su decisión, y para quien no lo vea claro, resulta fácil calcular el exceso de gasto que esta contravención supone.

Recientemente, el nuevo Gobierno del Reino Unido propone flexibilizar las decisiones considerando precios de medicamentos que atienden más al valor de los productos: su capacidad innovadora, también para las indicaciones cuyos efectos aún se desconocen, etcétera. En todo caso los supuestos para este hecho se tienen que poder contrastar y validar: para tratamientos que no tengan alternativas, que son de enfermedades raras, que afectan al tramo de final de vida (los últimos tres meses, o que no permitan una expectativa de vida superior a dos años) se pueden hacer algunas excepciones. Así se hace con los oncológicos. Para financiar los tratamientos específicos contra el cáncer funciona un fondo especial, limitado en fondos, al margen del presupuesto bajo la jurisdicción de NICE, que se creó en 2010 y se ha ampliado

en 2014. Esta consideración diferenciada del cáncer se traduce en mayores precios para los tratamientos que financia el fondo específico, que en último término reflejan ineficiencias (11) y no necesariamente responden fielmente a las preferencias de la sociedad (Linley and Hughes, 2013).

Fuera de los tratamientos, tecnologías y medicamentos financiados públicamente, ningún insumo de financiación privada fuera de catálogo es compatible con la asistencia prestada en el sistema público. Lo efectivo, pero con un coste para el presupuesto público elevado, no se considera (no existe en las guías clínicas públicas) ni se acompaña su consumo privado con ninguna deducción fiscal. Ni tan solo se permite que se suministre en el centro público, aun siendo efectivo y totalmente pagado por el paciente.

Establecer condiciones de cobertura y financiación pública basadas en valores compartidos y en una agencia independiente, como en el Reino Unido, será muy difícil en España, pues requiere cambiar a una cultura de transparencia y priorización, y exige tiempo. Lo importante es hacia donde se navega, que haya rumbo. El caso que planteamos en este apartado puede ser para España luz de faro.

2. Aprender de los holandeses: clarificar las condiciones del aseguramiento

Cuál es el mejor sistema sanitario a emular no tiene una respuesta fácil, ya que requiere matizaciones, pero a grandes rasgos el sistema holandés ofrece algunas claves de interés. Con una población relativamente menor que la de muchos otros estados

Europeos, y una ciudadanía relativamente homogénea, el modelo holandés tiene algunas características que merece la pena considerar: es flexible (tiene dos vías de financiación), se muestra capaz de discriminar las prestaciones según coste efectividad (y comunica el paquete básico con el complementario de acuerdo con el criterio adoptado en la priorización pública), da señales de precios (primas, copagos) en el uso de los servicios, y mantiene responsabilidades individuales explícitas dentro de un sistema de competencia regulada. Se trata en cualquier caso de un sistema de afiliación obligatoria (público, sin opción de salida, no permite seguro alternativo bajando impuestos al ciudadano), pero permite servicios suministrados por diversas aseguradoras sin ánimo de lucro, bajo una estricta regulación pública; aseguradoras que contratan profesionales mayoritariamente autónomos y que trabajan en equipo.

Los ciudadanos que incumplen esta obligación de afiliación, o son ilegales en el país, tienen acceso a un nivel menor de servicios, de beneficencia. La cobertura universal se extiende a un paquete básico estándar bastante generoso. Lo que contiene está definido en principio por criterios de coste efectividad por la recomendación de una agencia pública al respecto. Algunos tratamientos se cubren parcialmente (tres intentos para la fertilización *in vitro*) o quedan excluidos (los preventivos, ya que se considera una responsabilidad individual cuidar el estilo de vida). La mayor parte de la población se asegura complementariamente de manera voluntaria (la cobertura dental predomina). El seguro para los cuidados de larga duración está vinculado al sanitario, y tiene una cotización social obligatoria.

El sistema sanitario se financia por contribuciones específicas vinculadas a la renta y a través de primas comunitarias, dentro de una misma aseguradora se paga lo mismo sin diferencias de edad ni de condición de salud. Los copagos son generales excepto para la atención primaria, cuya utilización se quiere favorecer (12). La parte que recauda el Estado la redistribuye después con criterios capitativos ajustados por el riesgo poblacional, que resulta ser el sistema que más incentiva la coordinación asistencial, entre las aseguradoras libremente elegidas por los ciudadanos, en sistema de afiliación abierta que no permite discriminaciones. Estas mismas aseguradoras son las que ofrecen cobertura complementaria y suplementaria si alguien quiere, esta última ya de manera libre. Las entidades aseguradoras, atendiendo al sistema de financiamiento que tienen, son las primeras interesadas en poner atención a la atención primaria como cribaje para la utilización de servicios. La ciudadanía elige aseguradora y después el médico de cabecera dentro de esta. Estos profesionales independientes cobran en parte por cartilla y en parte por acto o servicio, separando el coste de la consulta, enfermería, los programas y el trabajo fuera del horario. Ellos son quienes después pagan al resto del personal (normalmente mediante un salario) y asumen los costes operativos. Los especialistas de los ambulatorios tienen base en los hospitales de la zona y trabajan en práctica conjunta. Solo los que pertenecen a hospitales universitarios suelen ser asalariados. Los centros de cirugía ambulatoria son muy comunes (13).

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

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

VI. CONCLUSIONES

No concluimos. Debemos seguir analizando, pero desde la óptica que aquí hemos argumentado como más apropiada. A nuestro juicio, tomar otros caminos no lleva a ninguna parte. No se trata de gastar más ni de gastar menos, sino siempre y simplemente de gastar mejor, con brújula imantada en el norte de la equidad y desde la eficiencia en la aplicación de los recursos. Hace falta erradicar el estudio de nuestro sistema sanitario del ámbito corporativo, y sacarlo de un clúster en el que sus actores se mueven con comodidad, pero a menudo ajeno a las realidades de la financiación pública y de las coyunturas económicas. Nuestro sistema de salud se debería situar y poner en valor en su contribución a la macroeconomía, en causalidad bidireccional, y en el bienestar de las personas.

En todo caso, queremos destacar que sería bueno que el análisis pormenorizado al que como gota malaya someten los economistas de la salud al gasto sanitario, se extendiera también de modo urgente a otras áreas del gasto social con el que confluye, y que por falta de tradición en nuestro país se mantiene incólume a la disciplina de la economía

—o lo hace en grado menor— y a la racionalización de sus expectativas de solvencia y sostenibilidad.

NOTAS

(*) Agradecemos los comentarios y sugerencias de los participantes en el seminario FUNCAS «Gasto público en España. Presente y futuro» celebrado en Santiago de Compostela los días 26 y 27 de mayo de 2015. En particular queremos mentar a José María Abellán, que actuó de comentarista.

(1) El modelo Beveridge, llamado así por su creador, es un modelo de Sistema Nacional de Salud que atiende a todas la población y se financia con impuestos. El llamado modelo Douglas se refiere a un «Aseguramiento Nacional de Salud», que combina proveedores públicos y privados y se financia con fondos públicos bajo la forma de aseguramiento universal liderado por el gobierno. Puesto que ambos modelos, el Beveridge y el Douglas comparten rasgos de universalidad y papel del gobierno, en el cuadro n.º 1 los hemos agregado.

(2) Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. *Contabilidad nacional. Informes de Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas. Información anual.* http://www.igae.pap.mihap.gob.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/Documentos/Informes%20Anuales/Avance_AAPP_2013.pdf

(3) Se redujo un 13,3 por 100 según los datos del estudio del IVIE-BBVA referenciado más arriba.

(4) <http://www.cuetolopez.es/recaudacion-2014-55-343-millones-92-billones-de-pesetas/>

(5) <http://www.finanzas.com/noticias/empresas/20150206/sector-asegurador-despega-2015-2863642.html>

(6) El dato de penetración de Navarra podría estar sesgado a la baja, ya que la Clínica Universitaria de Navarra, que proporciona cobertura a una parte considerable de la población, ofrece una modalidad peculiar de seguro mediante un sistema propio (ACUNSA) al margen de UNESPA (véase http://www.acunsa.es/seguros_clinica_universidad_navarra.asp?IdSeccion=2)

(7) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sistema de Información de Atención Primaria: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2012_Actividad_ordi-naria_AP.pdf

(8) Estudio en marcha. Resultados todavía no publicados.

(9) Considerando solo los que han hecho algún gasto en los dos años y no han cambiado de intervalo de renta (n=36.949).

(10) Definiendo la línea de pobreza en el 50 por 100 de la mediana de la renta equivalente.

(11) <http://www.economist.com/news/britain/21640343-well-meaning-gesture-causing-more-and-more-trouble-benign-or-malignant>

(12) Todos los adultos soportan un pago similar con un máximo anual. La contribución vinculada a la renta es del 7,75 por 100 para los primeros 32.000 euros de renta anual gravable. Lo pagan los empresarios para los empleados. Para las otras categorías de trabajadores, la contribución es menor (no llega al 6 por 100). Existe una prima uniforme entre 80 y 100 euros al mes, que el Gobierno paga para los jóvenes por debajo de 18 años.

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

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN-PERPIÑÁN, J., SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; MARTÍNEZ-PÉREZ, J., y MÉNDEZ-MARTÍNEZ, I. (2013), *El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y reformas*, Fundación FBBVA.

AGUIAR-DÍAZ, M.; RUIZ-MALLORQUÍ, M., y LÓPEZ-VALCÁRCER, B. (2015), Insurance company as dominant shareholder and financial performance in spanish private hospitals, *en evaluación*.

CALERO, J., y GIL, M. (2014), Un análisis de la incidencia distributiva del gasto público en sanidad y educación en España, *Informe FOESSA 2014*. http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014141702_937.pdf.

GARCÍA-ALTES, A., y ORTUN, V. (2014), [Vertical social mobility in Spain and ways to

improve it. SESPAS report 2014]. *Gac Sanit*, 28 Suppl 1: 31-36.

JURADO, A.; PÉREZ-MAYO, J., y PEDRAJA, F. (2015), The Impact of Public Services Expenditure on the Spanish Income Distribution, *Social Indicators Research*: 1-25.

LAGO, S., y MARTÍNEZ-VÁZQUEZ, J. (2015), «El gasto público en España en perspectiva comparada: ¿Gastamos lo suficiente? ¿Gastamos bien?», *Papeles de Economía Española*, 147: 1-25.

LINLEY, W.G., y HUGHES, D.A. (2013), Societal Views On Nice, Cancer Drugs Fund And Value Based Pricing Criteria For Prioritising Medicines: A Cross Sectional Survey Of 4118 Adults In Great Britain. *Health economics*, 22, 948-964.

LOBO, F. (2014), *La intervención de precios de los medicamentos en España: Panorama de la regulación y los estudios empíricos*, Springer Healthcare.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G., y ALBASANZ, G. (2015), Reformas estructurales y estado del bienestar. *3CONOM14 Consejo General de Colegios de Economistas de España*.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; MAYNOU, L., y SAEZ, M. (2014), Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators, *Social Indicators Research*: 1-27.

OYAGÜEZ, I.; FRÍAS, C.; SEGÚI, M.; GÓMEZ-BARRERA, M.; CASADO, M., y QUERALT, M. (2013), Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España. *Farmacia Hospitalaria*, 37: 240-259.

PÉREZ-GARCÍA, F.; CUCARELLA-TORMO, V., y HERNÁNDEZ-LAHIGUERA, L. (2015), *Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades*, IVIE Fundación BBVA.

PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEIJOO, S., y LÓPEZ-VALCÁRCER, B.G. (2014), Paying for formerly free medicines in Spain after 1 year of co-payment: changes in the number of dispensed prescriptions, *Appl Health Econ Health Policy*, 12: 279-87.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; ABELLÁN-PERPIÑÁN, J., y OLIVA, J. (2014), La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. *Gac Sanit*, Suplemento 1; Informe SESPAS 2014, capítulo 12.

UNESPA (2014), Memoria social del seguro español 2013.

URBANOS-GARRIDO, R.M., y LÓPEZ-VALCÁRCER, B. (2014), Determinantes de salud y salud en las políticas. In: DEL-LLANO-SEÑARIS, E.; ORTÚN, V., y RAIGADA, F. (eds.) *Gestión Clínica. Vías de avance*. Ed. Piramide.

URBANOS-GARRIDO, R.M., y LÓPEZ-VALCÁRCER, B. (2015), *Salud y sanidad. En II Informe sobre desigualdad en España*, Madrid, Fundación Alternativas.

VERBIST, G.; FÖRSTER, M.F., y VAALAVUO, M. (2012), The Impact of Publicly Provided Services on the Distribution of Resources.