

LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LA ENCRUCIJADA

por

FRANCISCO VILLOTA VILLOTA*

*«Yo no creo saber lo que no sé.»
(PLATON: Apología de Sócrates)*

I. INTRODUCCION

La figura admirable del Dr. Espriú nos evoca el frescor de las innovaciones sociales en el paisaje de la asistencia sanitaria.

Sean mis primeras palabras de reconocimiento y afecto a su persona.

Agradezco a la Asociación de Estudios Cooperativos su amable invitación para participar en estas Jornadas Técnicas, así como a la Fundación Gregorio Sánchez. El asunto que voy a abordar aquí es de gran alcance e interés general ¿cuáles son algunas de las razones que hacen de la asistencia sanitaria un sector complejo y cuasi-autónomo que presenta frecuentemente una dinámica propia de expansión? La complejidad e incertidumbre de los procesos de decisión de la asistencia sanitaria están en la raíz de estos problemas.

A la vista de las dificultades del manejo del gasto sanitario sin que se generen efectos perversos defenderé, para nuestro país, un enfoque de «política social» del gasto sanitario como alternativa posible a un enfoque puramente financiero del gasto sanitario público. Este enfoque financiero está de moda en ciertos círculos de opinión. Se ve favorecido por la circunstancia histórica del empeño político de los Go-

* Profesor Titular de Economía Aplicada. Economista del Estado (en excedencia). Universidad Complutense.

biernos de la Unión Europea por participar en la unión económica y monetaria (UEM) en enero de 1999, cumpliendo las condiciones establecidas en el Tratado de Maastricht al llegar la fecha del examen (principios de 1998).

II. COMPLEJIDAD E INCERTIDUMBRE EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

El sistema sanitario de un país es el resultado, en cada momento, de un conjunto de factores políticos, culturales, científico-tecnológicos, económicos y demográficos que hunden sus raíces en la historia nacional.

Podría decirse que «cada sistema sanitario es eficaz o ineficaz a su manera». De ahí las dificultades de transplantar con éxito reformas sanitarias de un país a otro, sin perjuicio de reconocer la existencia de problemas comunes a los sistemas sanitarios como ponen de manifiesto los estudios que en los últimos años está llevando a cabo la OCDE (1).

Los procesos de decisión que estructuran los sistemas sanitarios son enormemente complejos. En ellos participan un elevado número de personas en calidad de médicos, enfermeras, gerentes y administrativos, pacientes/usuarios, empresas proveedoras de medicamentos y alta tecnología sanitaria, representantes de terceros financiadores (públicos y/o privados), entre otros.

El hospital y los centros universitarios dedicados a la enseñanza, investigación y a la asistencia sanitarias desempeñan en los sistemas sanitarios modernos un papel crucial.

El hospital es una empresa de extraordinaria complejidad en la que se dan cita una variopinta serie de objetivos, mal definidos y que presentan a veces relaciones conflictivas entre ellos. Pensemos en las dificultades de la definición y medición del *output* hospitalario o en el conflicto coste/calidad, por ejemplo.

También se ha dicho que el hospital aparece como «el marco en el que se ejecuta un juego competitivo donde una serie de individuos persiguen sus objetivos dispares, intentando mejorar su posición y maximizando su ventaja frente al resto» (2).

(1) Véase por ejemplo, OCDE: «The Reform of Health Care Systems; A Review of Seventeen OECD Countries» (OCDE: *Health Policy Studies*, núm. 5, París, 1994).

(2) HUERTA ARRIBAS, E.: «El hospital: una aproximación empresarial», incluido en LOPEZ I CASANOVAS, G. (ed.): *Análisis Económico de la Sanidad*. (Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1994). pág. 277.

Las relaciones médico-paciente, piedra angular de todo sistema sanitario, ofrecen una riquísima gama de perspectivas posibles de análisis. Quizá la nota común de estas perspectivas sea la variedad de estilos y de prácticas médicas observada ya sea a nivel regional, nacional o internacional.

Desde la óptica de la subdisciplina economía de la salud, la existencia de asimetrías informativas caracteriza la relación paciente-médico. La enorme incertidumbre y complejidad que, con frecuencia, acompañan a las decisiones médicas hacen de la relación de agencia entre el principal (paciente) y el médico (agente) un posible mecanismo contractual eficaz. No siempre se logra este fin. La discutida posibilidad (3) de la llamada «demanda inducida por el oferente» en la asistencia sanitaria suscita espinosos problemas éticos y añade dificultades a la regulación sanitaria. La vulnerabilidad y dependencia del enfermo da en no pocos casos, un tinte de dramática ironía a la noción de soberanía del consumidor contemplada por el economista.

No significa esto, entiéndase bien, que neguemos la importancia de la flexibilidad de un sistema sanitario para recoger del modo más fiel posible la variedad de actitudes y preferencias de la población respecto a los riesgos de salud y a su cobertura. Más aún, la necesidad y/o demanda de asistencia sanitaria no es algo fijo sino que varía sobremedida con los cambios en los estilos de vida de la gente, y, sobre todo, con los avances de la tecnología en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Cuando uno considera el cambio tecnológico que caracteriza la «época de crecimiento económico moderno» (*Kuznets*), las discontinuidades y las rupturas de escenarios de «siempre igual» devienen cada vez más frecuentes.

Hoy, en la fase que algunos llaman de «turbocapitalismo», el espíritu faústico va ganando terreno en el subconsciente colectivo de los pueblos. Ello genera una gran incertidumbre en el entorno.

El arte de la política social ha de procurar que el sistema sanitario responda a los cambios que vayan produciéndose en el entorno de alguna manera definido.

Una autoridad en el campo de la economía de la salud, el profesor americano Martín Feldstein al contemplar retrospectivamente sus primeros trabajos sobre el Servicio Nacional de Salud británico señala que: «Ahora reconozco la importancia fundamental de la *incertidumbre* de la tecnología médica que mi anterior teoría ignoraba. Aunque los médicos saben mucho, en la asistencia sanitaria la incertidumbre está en todas partes. Esta incertidumbre mueve el coste de la

(3) Véase REINHARDT, U. E.: *The Theory of Physician-Induced Demand. Reflections after a Decade*, Journal of Health Economics, 1985.

asistencia y crea a la política de los Gobiernos un problema muy diferente al de la tecnología no estocástica que yo contemplaba hace 30 años» (4).

El gasto de la asistencia sanitaria y su componente público han crecido espectacularmente en los últimos treinta años. Desde 1975 se intensificaron notablemente los esfuerzos de los Gobiernos por contener el crecimiento del gasto sanitario.

El Cuadro I ofrece algunos indicadores de la importancia del gasto sanitario en países de la OCDE en 1984 y 1994.

CUADRO I
INDICADORES DE GASTO SANITARIO DE ALGUNOS PAISES DE LA OCDE

	% del PIB				Gastos Totales por habitante	
	Totales		Públicos		PPA \$	
	1994	1984	1994	1984	1994	1984
España	7,3 ^a	5,8	5,7 ^a	4,7	971 ^a	437
Italia	8,6 ^a	6,8	6,3 ^a	5,3	1.522 ^a	757
Reino Unido	6,9	5,9	5,8	5,2	1.211	633
Francia	9,7	8,5	7,6	6,6	1.866	1.045
Holanda	8,8	8,0	6,9	6,0	1641	893
Portugal	7,4 ^a	5,9	4,1 ^a	3,0	874 ^a	338
Japón	7,3 ^a	6,7	5,3 ^a	4,8	1.484 ^a	748
Estados Unidos	14,2	10,5	6,7	4,3	3.498	1.618

Notas a 1993.

FUENTE: OCDE en chiffres. Edition 1996 (Supplément à L'Observateur de l'OCDE. Juin-Juillet 1996.

III. UN ENFOQUE DE POLITICA SOCIAL DEL GASTO SANITARIO PUBLICO

Acceso y calidad dentro de unos parámetros financieros son hoy, en mi opinión, los ejes de coordenadas de la política sanitaria en España. Al analizar la evolución pasada del sistema sanitario español se constata que la Seguridad Social (modelo de Bismark) ha sido la institución que ha liderado la génesis y el desarrollo de un sistema sani-

(4) FELDSTEIN, M.: «The Economics of Health and Health Care: What Have We Learned? What Have I Learned?», *American Economic Review*, may 1995, pág. 30 (Surbayado del propio autor).

tario «moderno» en nuestro país (5). El modelo burocrático de la Seguridad Social (Instituto Nacional de Previsión, primero; INSALUD a partir de finales de 1978) ha marcado su impronta en la asistencia sanitaria española. Pero, a diferencia del caso alemán, no generó una tecnoestructura de administración sanitaria de calidad.

La defensa de un enfoque de política social del gasto sanitario público se basa en la solidaridad entre los miembros de una sociedad, que cotidianamente se pone a prueba en la atención al enfermo. El concepto de «capacidades» de A. Sen o el de «bienes primarios» de J. Rawls junto con la creencia de que la economía de la asistencia sanitaria no puede considerarse separada de variables éticas y sociológicas (R. Titmuss) encuadran este enfoque de política social que definiendo aquí.

Me parece que este enfoque es más adecuado para orientar la política sanitaria española de los próximos años que el puramente financiero (6).

La política sanitaria del Gobierno socialista en el período 1983-87 dio lugar a una desestabilización del sistema sanitario español. En el período 1983-87 se rompió la tendencia de crecimiento en términos reales del gasto sanitario público por persona protegida. Ello dañó la calidad del sistema. No se desestabilizó el modelo burocrático ineficiente pero sí se produjo un grave deterioro de la calidad de la asistencia sanitaria pública y un aumento de la insatisfacción de los usuarios.

El peso político del Ministro de Sanidad y Consumo en el Gobierno era más bien liviano en esos años.

Hoy, las perspectivas para el no deterioro, o incluso la mejora, del sistema sanitario español se ven iluminadas por varios factores favorables.

En primer lugar, el Ministerio de Sanidad tiene hoy mayor peso político que hace años. En las negociaciones para la elaboración del Presupuesto del Estado para 1997, el Ministro de Sanidad, Romay, ha rechazado, más o menos explícitamente, un enfoque puramente financiero del gasto sanitario.

Segundo, desde 1990 aproximadamente se aprecia, sobre todo, en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con INSALUD transferido, un esperanzador clima reformista. Este movimiento reformador, en algún sentido, liderado por Cataluña, está incorporando

(5) Véase VILLOTA VILLOTA, Francisco: *Un bosquejo de la evolución del sistema sanitario español (1800-1987)*, Moneda y Crédito, diciembre 1987, págs. 25-46.

(6) Véase VILLOTA VILLOTA, Francisco: «Contra-Erewhon. Una defensa del gasto sanitario público», *Razón y fe*, julio-agosto, 1996.

diversas fórmulas organizativas y de gestión que proporcionarán en el futuro una mayor flexibilidad al funcionamiento del sistema.

Se están generando en distintos niveles y organizaciones del propio sistema procesos de aprendizaje que, sin duda, aumentarán su capacidad de respuesta al crecimiento de las demandas de acceso y calidad de atención sanitaria de la población.

Tercero, es positivo el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera (septiembre de 1994) por el que se vincula el crecimiento del gasto de la asistencia sanitaria proporcionada, a través del presupuesto del INSALUD —gestión directa y transferida— al ritmo de crecimiento del PIB nominal para el período 1994-97.

El acuerdo ha servido, entre otras cosas, para establecer un orden de magnitud del crecimiento del gasto sanitario al tiempo que se constataba que el *nivel* del gasto sanitario español por habitante era bajo (ver Cuadro I).

Un enfoque de política social es consciente de la complejidad e incertidumbre que rodean la asistencia sanitaria. Sabe que es mucho más lo que ignoramos que lo que sabemos acerca de los incentivos y penalizaciones que mueven los procesos de decisión de consumidores, productores y financiadores de los servicios de asistencia sanitaria. La investigación social es una tarea siempre inacabada.

Al final de la jornada, sin embargo, el enfoque de política social vislumbra que el nivel de civilización de una sociedad tiene que ver con el altruismo, la gratuidad y la atención a los miembros más débiles de la comunidad.