

El futuro del sistema sanitario: ¿anclar el gasto o mejorar su financiación?

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la
Universidad Pompeu Fabra y
Presidente de la Asociación Mundial
de Economía de la Salud.
guillem.lopez@upf.edu

resumen

En un contexto de crisis económica y ante la discusión de si se debe anclar el gasto sanitario o incrementar la financiación, el autor se interroga sobre la gestión actual del gasto sanitario y presenta un análisis sobre cómo gestionarlo. Al mismo tiempo, se ofrecen argumentos para una reforma económica del sistema sanitario español que permita su solvencia y continuidad.

PALABRAS CLAVE

**gasto sanitario, financiación
salud, sistema de aseguramiento
social, sistema nacional de salud**

abstract

In a context of economic crisis and in view of the discussion if the health expenditure should be frozen or the financing increased the author asks himself about the current management of the health expenditure and talks about an analysis on how to manage it. At the same time it offers a few arguments to change the economy of the Spanish health system in order to allow its solvency and continuity.

KEYWORDS

**health expenditure, health
financing, social insurance system,
national health system**

No soy partidario de analizar temas para derivar de su complejidad más preguntas que respuestas. Las preguntas no puede ser que no tengan respuestas si están bien formuladas. Y si no las sabemos formular, mejor aparcarlas. Bien que sabemos los economistas aquello de que la única información relevante para la toma de decisiones es la que afecta a costes y beneficios eludibles. Los ineludibles, que se tienen tanto si se hace A como si se hace B, no son relevantes. Mejor apartarlos, ya que no ayudan, e incluso pueden entorpecer, llevando a la esclerosis al responsable de la toma de decisiones. Conviene añadir a ello dosis de sensatez sobre el papel del analista. Las decisiones son eminentemente políticas; es lo correcto en una democracia, y más ante acciones que tienen impacto redistributivo, lo que requiere que se valore si las ganancias de los que ganan con las reformas superan a las pérdidas de los que pierden. Los analistas informan sobre las decisiones a tomar, coadyuvan a identificar pros y contras, pero no se deben subrogar en decisiones políticas. Craso error de politólogos varios que confunden reiteradamente la gimnasia con la magnesias.

Y todo ello acentuado en un ámbito que tiene múltiples aristas, que requiere decisión, donde los diagnósticos abundan, los eufemismos están aguantando falsos consensos y aburre el manoseo politiquero de algunas cuestiones fundamentales: desde la consideración de cualquier acción de reforma con la privatización, el copago con la inequidad, o que no hay impacto redistributivo de gasto sin considerar los mecanismos de financiación, hasta la alarma atisbando peligros por la acción e ignorando los de la inacción. De modo que le ahorro al lector aquello de que estamos ante una

cuestión compleja, poliédrica, de gran envergadura...

Equilibrar el terreno de análisis

En la discusión de anclar el gasto o incrementar la financiación hace falta una premisa básica de entrada. Sea la que sea la alternativa adoptada, tanto desde la economía de la salud como de la gestión del gasto sanitario, se requiere 'limpieza' desde la planificación –contra el despilfarro y las duplicidades– y orden en la provisión frente a la baja productividad asistencial, el absentismo profesional y el relajo en el gestor 'conseguidor' político.

En la discusión de anclar el gasto o incrementar la financiación hace falta una premisa básica de entrada. Sea la que sea la alternativa adoptada, tanto desde la economía de la salud como de la gestión del gasto sanitario, se requiere 'limpieza' desde la planificación –contra el despilfarro y las duplicidades– y orden en la provisión frente a la baja productividad asistencial, el absentismo profesional y el relajo en el gestor

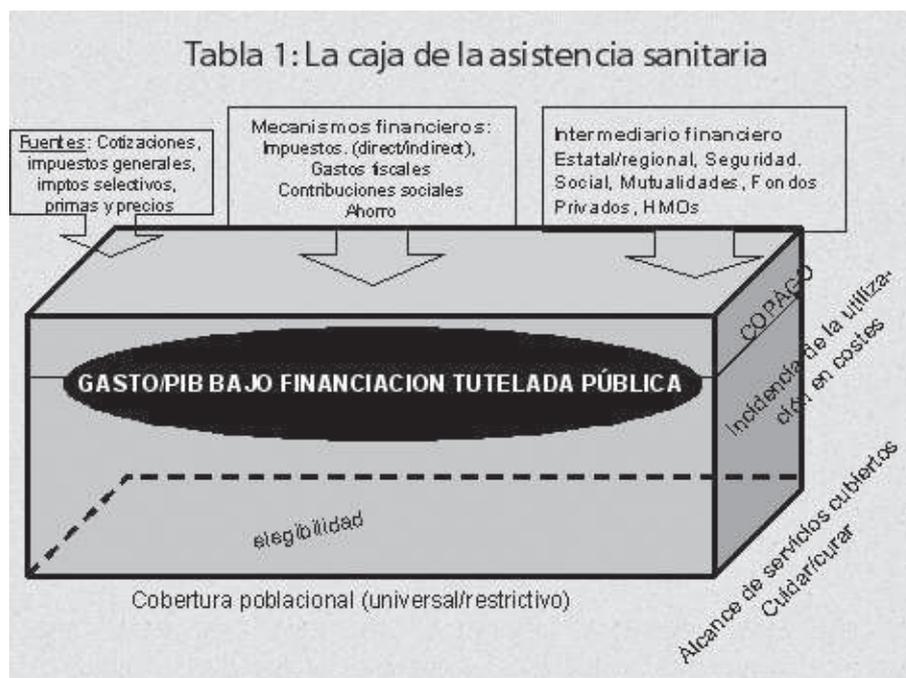
No quiero decir con ello que esta impronta sea la prevalente hoy en nuestro sistema de salud, pero en cualquier caso se debe evitar incluso su apariencia. Para poder realizar de manera correcta este

trabajo se requiere que las estructuras organizativas, sea cual sea la forma de provisión de servicios de la que estemos hablando, puedan resolver de modo coherente sus sistemas de planificación, de información, financiación y de control. De modo que cada agente, al servicio de la mejor salud poblacional, sepa lo que tiene que hacer dentro del conjunto, con un sistema de información que permita comprobar si entre lo dicho y lo hecho hay un buen trecho, una financiación que compense las consecuencias y un sistema de control que retroalimente la misión de la organización.

Opciones

Una pieza importante del puzle de la reforma tiene que ver con el alcance de la acción protectora pública. Si refundáramos el sistema de protección social, la cobertura pública debiera centrarse en aquellas contingencias de probabilidad de ocurrencia baja y, por tanto, no autoasegurables por parte de un buen ‘padre de familia’, como diría un código civil moderno y que, además, en caso de acontecer, sus consecuencias financieras fuesen catastróficas. El mundo al revés es lo que ahora tenemos: los resfriados con antibióticos bien cubiertos y el Alzheimer o algunos tratamientos oncológicos con deficiencias notables. En cualquier caso, como no tiene sentido repensar las cosas desde cero, mejor hacerlo marginalmente, desde la situación actual, para enderezar poco a poco las cosas hacia una situación más racional. Para ello, visualicemos el gasto que deberá ‘sostener’ la financiación pública como el resultado de tres dimensiones moldeables: (ver tabla 1)

Un primer eje es el de cobertura de servicios (quién y por qué razón tiene garantizada la cobertura sanitaria). España lo ha recorrido con la



universalización (de cotizante a contribuyente, a ciudadano con o sin papeles...) más que nadie y en relativamente poco tiempo.

Un primer eje es el de cobertura de servicios (quién y por qué razón tiene garantizada la cobertura sanitaria). España lo ha recorrido con la universalización (de cotizante a contribuyente, a ciudadano con o sin papeles...) más que nadie y en relativamente poco tiempo

En Alemania es más selectivo: obligatorio para quienes no superen unos determinados ingresos y optativo para el resto. En Estados Unidos, la cobertura pública se concentra en pobres y mayores (Medicaid y Medicare), y Obama actualmente, con su reforma, está tirando de este eje de cobertura a favor de los niños y otros. Creo que aquí los márgenes de reforma con marcha atrás son muy escasos, y el selectivismo en favor de la prueba de medios de los que menos

tienen puede alcanzar, únicamente y en su caso, la cobertura complementaria.

Un eje distinto es el de la cobertura de contenidos (prestaciones): no ‘quién’ es elegible, sino ‘a qué’. En otras palabras, a qué se tiene derecho y bajo qué condiciones

Un eje distinto es el de la cobertura de contenidos (prestaciones): no ‘quién’ es elegible, sino ‘a qué’. En otras palabras, a qué se tiene derecho y bajo qué condiciones. Aquí toca centrar la mayor atención. En cuanto a la cobertura asistencial, entre los parámetros ‘curar’ con actividades diagnósticas y terapéuticas de eficacia objetivables, y ‘cuidar’, de componente más o menos utilitarista. Se trata de cómo decidir, vistos los costes relativos, la efectividad (eficacia en condiciones reales) de prestaciones y servicios, de acuerdo con la financiación pública total disponible (priorización), y ante aquellas otras alternativas con una eficacia reducida pero positiva y/o efectiva, pero con un coste muy alto. En este eje, podemos diferenciar, entre los siste-

mas públicos, dos orientaciones, que en España necesitan clarificación.

La primera de estas orientaciones sería la propia de los “sistemas de aseguramiento social” (Austria, Bélgica, Holanda, Francia, Alemania). Estos se caracterizan por una cobertura amplia, con un gran abanico de prestaciones –hasta la homeopatía, balneario, etc.– y unas aportaciones privadas de usuarios complementarias canalizadas a través del propio sistema público. Por otro lado, estaría el prototipo llamado “servicio nacional de salud” (NHS en sus siglas en inglés), que limitan, concentran, racionan, priorizan y eluden en general copagos en el sistema público, pero sí pagos directos del cien por cien en el sistema privado del que se acompañan.

Se trata de dos opciones completamente diferenciadas. En el último caso, lo que entra se decide según prueba de coste efectividad, según coste por año de vida ganado ajustado por calidad, y una limitación según el punto de corte económico que permite la decisión política de cuanta financiación debe ser asignada al servicio nacional de salud. El coste es el coste del sistema. En un sistema de aseguramiento social, sin embargo, cabe casi todo, pero claro, la incidencia que esto va a tener en los costes de la utilización va a marcar que buena parte de su acceso lleve aparejado un copago, con lo que el coste se comparte entre usuario y contribuyente. Un copago diferente en su caso según la efectividad relativa de la prestación y, por supuesto, donde el problema no es el coste, sino la efectividad. El coste es el coste total y no sólo la aportación pública.

Por tanto, todo NHS tiene que replantearse anclar su gasto a partir de la financiación disponible, ya que los costes son los del sistema, bien priorizando con tijeras de podar y reglas supinas (lo viejo permanece y lo nuevo se cuestiona), o si se quiere y sabe, con bisturí para cirugía fina (coste efectividad incremental, según años de vida ajustados por calidad). Y lo efectivo, de coste sin embargo no

asumible en el momento, a copago del cien por cien (que es lo que supone la exclusión de catálogo público).

En sistemas de aseguramiento social, los catálogos son mucho más ‘amables’: entra casi todo, pero luego, para que este terreno de elegibilidad tan laxa no lleve a una utilización excesiva (todos queremos mejores servicios, segundas opiniones y balneario incluido para el cuidado de cuidadores, etc.), los costes se comparten, lo que en parte frena algo la demanda.

En sistemas de aseguramiento social, los catálogos son mucho más ‘amables’: entra casi todo, pero luego, para que este terreno de elegibilidad tan laxa no lleve a una utilización excesiva, los costes se comparten, lo que en parte frena algo la demanda

De modo que, en resumen, la racionalización en un sistema de aseguramiento social procede mayormente del lado de la demanda, porque del lado de la oferta entra casi todo. Mientras que, en un servicio nacional de salud, el racionamiento viene por el lado de la oferta: lo que no entra no queda prohibido, pero es trasladado a la esfera privada al cien por cien. Sobre todo ello habrá que tomar alguna decisión en España, ya que todo a la vez no puede ser si queremos garantizar la suficiencia financiera del sistema. Si somos NHS, necesitamos urgentemente un NICE o equivalente, y ganar la convicción ciudadana de que el racionamiento es bien común, y la complicitad de medios y de políticos para que no hagan astillas continuamente de la leña cortada. Y si queremos ser *guais* del siglo XXI ofreciendo siempre lo posible y dos huevos duros, deberemos ser conscientes de que toda la presión

de crecimiento de gasto sanitario total no se puede pivotar sobre la financiación impositiva. O anclamos el gasto o incrementamos los ingresos públicos donde ya no llegue la imposición por la vía de las tasas (lo que quiere decir copagos).

En un servicio nacional de salud, el racionamiento viene por el lado de la oferta: lo que no entra no queda prohibido, pero es trasladado a la esfera privada al cien por cien

Clarificar

Primero. Un copago es una tasa. Y por tanto, un ingreso público canalizable a través del propio sistema sanitario. No es, por lo demás, cierto que todo copago sea por definición más inequitativo que un impuesto. Depende de con qué alternativa de financiación se compare y su grado de evitabilidad.

Segundo. Gastar más no es solución sin asegurar la eficiencia en el gasto. Cabe preguntarse en qué se va a gastar, para quién (beneficiarios) y a expensas de quién (quien lo va a financiar).

Tercero. Es inútil la cantinela de que España gasta menos de ‘no sé qué media’. Lo importante en la coyuntura no es el nivel sino la tasa de crecimiento sostenible.

Cuarto. Las necesidades, aspiraciones colectivas de más y mejor sistema sanitario se asocian al desarrollo social y a la capacidad de generar renta económica. Ello afecta a Cataluña, con presiones de gasto superiores y financiación en la media estatal española. La reivindicación del cierre de brecha es básicamente política, que fluye desde el soberanismo hasta el independentismo.

Quinto. Gasto es coste por cantidad. A igual anclaje de gasto, si esta es la opción elegida, la alternativa de mantener cantidades (servicios) a costes unitarios menores tiene el componente productividad (menos sustituciones) y retribución por hora efectiva de trabajo menor como amortiguadores. Bajo las nuevas condiciones, el mantenimiento de servicios mantendría el estado de bienestar algo a costa del bienestar de los trabajadores del estado. En cualquier caso, trabajar en el sistema público no es obligatorio.

Sexto. La contratación externa es parte de la solución. Recuperar la separación efectiva entre financiador y prestador del servicio; fomentar que los profesionales se autoorganicen y gestionen el gasto que merite la financiación correspondiente a la población cubierta, favorecer su integración asistencial y la coordinación en la gestión de los episodios tiene mucha lógica.

Séptimo. Si el copago es la opción elegida, su vinculación a renta es posible. Con la información anualizada de los consumos sanitarios, el resumen en el momento de la declaración de renta determinarían qué servicios se han utilizado fuera de ordenación de los médicos de cabecera (visitas a especialista, urgencias no diagnosticadas como tales) al coste medio para el sistema sanitario, se incorporarían como prestación en especie a la base imponible y así serían financiados progresivamente.

Octavo. Que ciudadanos catalanes, mayormente, encuentren cobertura sanitaria complementaria privada no les culpabiliza frente al resto. Las aseguradoras que discriminan por colectivos, no individual ni actuarialmente, no hacen nada ilegal. Estos ciudadanos tienen idéntico derecho al sistema público. Puede que no descongestionen tanto como algunos piensan los servicios públicos, pero su renuncia a dicho aseguramiento privado sí gestionará

aún más al sistema público. Desgravar fiscalmente estas partidas, si se desea, se podría pensar para determinados colectivos (edad elevada, rentas medias bajas, o por tipo de prestaciones) para la eficiencia del sistema a coste de un menor impacto regresivo.

Noveno. Cuanta más tierra 'por medio' entre financiador político y prestador, más posibilidad de innovar desde la diversidad, con ofertas adicionales, copagos adicionales y aseguramiento complementario tutelado. El financiador difícilmente podrá gestionar nunca un copago directamente intervenido sin que 'la salsa no sea más cara que el pescado'.

Cuando las finanzas públicas no se sostienen hace falta más que nunca priorizar: qué tipo de prestaciones y para los más necesitados primero

Valoración final

Cuando las finanzas públicas no se sostienen (bienvenida en todo caso la lucha contra el fraude y la elusión fiscal), hace falta más que nunca priorizar: qué tipo de prestaciones (las de mejor coste efectividad) y para los más necesitados primero. El gasto sanitario público no va a bajar, pero es iluso extrapolar los crecimientos del pasado: pensábamos que éramos más ricos que lo que realmente se ha demostrado que somos y no vamos a poder incrementar el componente público cada año varios puntos por encima del crecimiento del PIB. Que el ritmo se va a tener que reconducir está ya fuera de duda. Más allá de esta consideración, el tratamiento del gasto como inversión es una coartada que se sostiene sólo para algunos componentes del gasto en salud, que si se toman,

por lo demás, en serio, favorecen una política proactiva, de prevención, de educación, en habilidades cognitivas y no cognitivas, que suponen algo diferente a 'más recursos para el sistema sanitario'. Y si somos proactivos, deberemos dejar de ser tan y tan reactivos como somos, sufragadores del asistencialismo público, pues de otro modo, en el corto plazo, la suma de los dos componentes (inversión y gasto) generará un cuadro macroeconómico insostenible.

La presión para el crecimiento del gasto sanitario total, pese a la crisis, no va a bajar. El reto estriba hoy en canalizar la mejor financiación pública (impuestos, tasas y precios públicos) a que sea el gasto más eficiente en términos de objetivos de salud. Para lo que sea coste efectivo, impuestos y obligatoriedad paternalista (como en Gran Bretaña); para lo efectivo pero de coste inasumible (los puntos de corte son aquí políticos y no de defensores corporativos), quizás convendrá favorecer esquemas de aseguramiento complementario, para lo no concurrente con lo público: la prima comunitaria, (como en Holanda) regulada y no individual privada, o coadyuvar al pago directo vía deducción fiscal; para lo que es efectivo y poco más, tasas y precios públicos (como con los precios de referencia, o graduando el copago según efectividad relativa, a la francesa, con sus medicamentos). Para lo que ni efectivo es, ni pan ni agua públicos (amén de prohibido si inseguro), y para lo concurrente en general con lo público, precios privados.

Este es un esquema que puede permitir la solvencia del sistema canalizando las presiones de oferta y demanda hacia el mecanismo financiero que mejor respuesta en términos de objetivos de salud puede ofrecer. Comportarse como 'el Manolo del bombo' de más y más gasto público sin interrogarse por todos aquellos aspectos no deja de ser algo estrambótico, entre la ingenuidad insensata y la malevolencia interesada.