



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2022 – 01

ANÁLISIS DE ECONOMÍA POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la UPF

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, enero 2021

ANÁLISIS DE ECONOMÍA POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL

Guillem López Casanovas, Catedrático de Economía de la UPF y director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF).

Preámbulo (*)

La disrupción generada por la Covid en nuestros sistemas sanitarios tiene Componentes coyunturales (la improvisación de las respuestas) y estructurales (sectores dañados) de no fácil ni necesaria recomposición. Una ocasión más, por tanto, de abrir una consideración nueva para reflexionar cómo deben evolucionar nuestros sistemas de salud. El tema no es nuevo e inciertos son sus logros. En palabras de autores como K. Polin, M. Hjortland, A. Maresso et al. (2021): ‘Even before Covid-19, how- ever, health systems faced myriad complex—shared—challenges that persist today. These include gaps in coverage and access, concerns about quality, integration and continuity of care, workforce shortages, the epidemiological shift to (multiple) chronic diseases, emerging viral threats as well as other “unpredictable exogenous shocks”. World- wide, all health systems also struggle with growing health expenditures, cost containment, and questions around sustainable financing, while being confronted with an increasingly aged and stagnated population and being committed to ensuring universal health coverage. Furthermore, advancements in technology and populations’ rising demand for more and better person-centered care challenge established approaches to service delivery, regulation, and governance. In response, countries continuously introduce reforms to their systems and underlying policies to improve health system structures, processes and outcomes’. Sin embargo, del dicho al hecho hay un buen trecho, por lo que conviene interrogarnos sobre las razones de por qué a menudo lo deseable no parece posible ni a los ojos de los que identifican problemas y soluciones para la mejor adaptación de nuestro sistema de salud a la nuevas necesidades o aspiraciones sociales. Por la importancia del tema, y desde la inspiración de dos libros de cabecera Hart JT (2006) *The Political Economy of Health Care: A clinical perspective* y de *Getting Health Reform Right* de M Roberts, W Hsiao et al Oxford, 2008) someto en todo caso esta reflexión al lector.

(*) *Draft* del texto preparado para el libro editado por J Costa Font et al (2022) *Handbook of Political Economy of Health Systems* de próxima publicación.

Introducción:

En el presente texto pretendo utilizar mis conocimientos sobre el sistema sanitario español para ahondar en algunas cuestiones que considero importantes para un *Political Economy Analysis* (PEA) en esta importante área para el estado del bienestar y en su componente preciso de gasto social. Para los descriptivos del funcionamiento del sistema remito aquí al lector a las publicaciones del autor en *The Spanish Health Care System*, en *The Sustainability of Health Care Systems in Europe*,¹ en F. Moscone ed. (2021), *Years of life lost Years of life lost to COVID-19 in 42 countries* (Pifarré-Arolas, Lopez-Casasnovas et al, 2021)² y *Health Care Systems: Organization and Response to COVID-19 with a Focus on Spain* (López Casasnovas & Héctor Pifarré i Arolas).³

Una aproximación al sector desde el punto de vista de la política económica obliga a la multisectorialidad: al estudio del entorno social, cultural, a la antropología y a la ideología política; a los determinantes socioeconómicos de la salud; a su impacto, como inversión, en el crecimiento económico, en la investigación y desarrollo, en la industria y la tecnología... Pero también en la desigualdad y cohesión social, al capital comunitario, y hoy, al comercio y la globalización económica, a los discursos de género y edad, a la política y la elección social, al papel del Estado, al papel de la familia y el individuo en las responsabilidades individuales y colectivas. Esta visión omnicompreensiva obliga en todo caso a ser selectivos en aquellos factores que más relevancia muestran, por su incidencia, en el desarrollo que alcance el sector sanitario.

En resumen, los rasgos más destacados para someter el sistema sanitario español a un PEA serían a mi entender los siguientes: (i) Se trata de un sistema descentralizado, alta y homogéneamente entre territorios por el lado del gasto. Ello supone un trato uniforme independientemente del tamaño de la Comunidad (de 250 mil a 8 millones de personas), con la aspiración de cada jurisdicción a decidir en materia de gasto y alternativas de decisión desde la comodidad (en general) de no tener que levantar impuestos desde la propia responsabilidad fiscal. A pesar de la descentralización de la provisión, el sistema como tal se administra públicamente, desde las restricciones políticas en nombramientos de responsables, retribuciones formalmente acotadas para sus profesionales y una fuerte intervención administrativa en los procesos de gasto que observa su legalidad más que su eficiencia. Se trata de un Sistema tipo NHS, pero surgente de un sistema de seguro social de prestaciones sanitarias de la mano de la afiliación de los trabajadores por cuenta ajena, con una universalización de derechos sobrevenida con el advenimiento de la democracia en España tras la muerte del dictador a mitades de los años setenta del siglo pasado.

¹ *Contributions to Economic Analysis*. Volumen 295, 189–207, Emerald Publishing Limited.

² *ScienceReports*

³ *Forum for Social Economics*

(ii) La autonomía ha conllevado cierta disparidad en provisión de servicios (acceso, tiempo, calidad), leída por algunos políticamente como ruptura de la cohesión social y para otros como una oportunidad de innovación respecto al otro modo (monopolio y monopsonio) existente con anterioridad. En cualquier caso, ello ha conllevado que ciertos territorios con historia, cultura y capital humano suficiente se hayan estructurado con prestadores diferenciados de los estrictamente administrativos (fundaciones, consorcios público-privados y algunas empresas sociales) aprovechando movimientos de sus sociedades civiles. En Cataluña, el 60 por ciento de las camas hospitalarias están concertadas por la financiación pública. También, aunque en menor parte, en Baleares, País Vasco y Navarra. Sin embargo, en otras comunidades, al amparo de la diferenciación política gobierno central-territorial, se han procurado variantes (autonómicas) de influencia política directa, desde las coyunturas improvisadas (falta de financiación suficiente, entrada de partenariados privados, etc.) en las comunidades de Madrid, Valencia y Galicia al albur de gobiernos conservadores. Todo ello se refleja en efectos que facilitan lecturas políticas “de combate” sobre acceso a prestaciones, listas de espera y calidad asistencial (ignorando disparidades internas de dichas comunidades a menudo superiores a las externas entre C.C.A.A.), apelando a las desigualdades en salud y en diferencias en niveles de eficiencia sin evaluaciones rigurosas al respecto.

En las coordenadas anteriores, el sistema está “atrapado” en su status quo de la mano de corporaciones profesionales, sindicatos y *stakeholders* en general (industria, academia, *policy-makers*, grupos de pacientes). Los profesionales cuentan con retribuciones magras en su comparativa con otros países del entorno; no tanto respecto de salarios medios y con retribuciones bien contadas ajustando por dedicación, productividad asistencial y *moonlighting* en la compatibilidad privada. Esta es especialmente laxa en ciudades con buenos niveles de renta, lo que permite completar ingresos e incluso “gestionar” pacientes entre sistemas. En general su aspiración en el sector público es decidir por cuenta propia y recibir compensación como cuentas ajenas sin asumir riesgos monetarios. Hay experimentos en algunas comunidades en favor de un mayor empoderamiento de médicos de atención primaria bajo financiación capítativa, aunque de alcance limitado. El único consenso hoy existente entre todos sus agentes es que al sistema le falta financiación. No se cuestiona su funcionamiento sino la gasolina que ha de hacer funcionar el motor, por desajustado que se haya podido mostrar éste en diversas circunstancias. El embrollo de la financiación entre impuestos, primas complementarias, copagos y precios directos se resuelve en favor de los primeros, por la atávica identificación entre impuestos y solidaridad y copagos con desigualdades. Todo ello está en la raíz de la dificultad de acometer reformas, quedándonos ante “lo nuevo que no acaba de nacer, lo viejo que no acaba de morir”. El test de

estrés de la pandemia ha puesto patas arriba buena parte de las inercias observadas y abre la incógnita de cómo será el futuro de nuestro sistema sanitario.

GENÉTICA DE LOS SISTEMAS DE SALUD. MORFISMOS Y POLIMORFISMOS.

Las respuestas desde la organización del dispositivo sanitario para el abordaje de los problemas de salud y su lógica de intervención y financiación públicas se han concretado en forma de servicios nacionales de salud (SNS), concebidos como “servicios” gestionados por un organismo administrativo, con una aspiración “nacional” cohesionadora frente a la diversidad, y “de salud” como aspiración a la intersectorialidad en su funcionamiento. O bien, alternativamente, como sistemas de aseguramiento social (SAS), articulados en red y con diversidad de proveedores. Estos últimos se configuran en torno a tres características: son “sistemas”, como parte de un engranaje ante la diversidad de proveedores y la heterogeneidad de los individuos; “de aseguramiento”, ante la obviedad de que se cubren prestaciones sanitarias limitadas, y son “sociales”, por la exigencia de primas comunitarias (no individuales, no actuariales, no ajustadas al riesgo).

Ambas estructuras se legitiman a través de procesos políticos, aun cuando los propósitos no se vean siempre justificados por los hechos. Por ejemplo, con la intersectorialidad deseada en los SNS o la eliminación de todo rastro de selección adversa o de riesgos en los SAS.

Es muy tentador ante un determinado problema someter a valoración cuál de los sistemas responde mejor a las necesidades sociales; en particular en sus respuestas, ajustando los recursos a las nuevas necesidades, a la capacidad gestora de actuar con agilidad y flexibilidad, sin interferencias políticas o burocráticas, a la disponibilidad mostrada en gestión de stocks, al acceso a fondos de contingencia y autonomía para anticipar ciclos, interpretar datos y coordinarse con otros servicios asistenciales de interés.

Esta aclaración no es semántica solamente; ofrece, además, una lógica que permite asignar a los agentes sus diferentes funciones básicas para el buen funcionamiento del sistema. Nos referimos, evidentemente, a quién debe realizar las funciones de planificación sanitaria, financiación, aseguramiento, compra y suministro de los servicios. Esas funciones son distinguibles, a su vez, por dos parámetros básicos: el peso implícito de los componentes políticos y técnicos en cada una de ellas y la lógica gestora que abona su racionalidad. Es posible establecer, en general, un gradiente para cada sistema en cuanto a sus valores políticos y técnicos, desde la planificación y la financiación (mucho más políticas) hasta el suministro de los servicios (más técnicos, más cercanos a la evaluación económico-financiera del mundo empresarial). También se podrían distinguir a partir de los balances (entre costes y beneficios) de la priorización que establecen:

desde la función planificadora, con una clave más política y con propensión al «sí», hasta la gestora, encaminada a la más necesaria y frecuente opción del «no».

Constatado lo anterior parece remarcable que sea cual sea el punto de partida (SNS o SAS) en los diseños históricos de sus sistemas de salud, los dispositivos organizativos de la mayoría de los países occidentales están experimentando profundas reformas, que continuarán según la lógica de cada sistema (sin olvidar la relación entre política y gestión) y la racional separación e identificación de las funciones, pero convergiendo en algunos puntos comunes.

Lo que se pueda considerar un buen sistema de salud es algo que supera una estricta comparativa objetivable. Sus dos parámetros principales (coste y efectividad) contienen elementos que subvierten consideraciones apriorísticas de aplicación universal. Así, en lo que se haya de entender como coste de oportunidad público es necesario tener en cuenta tanto el concepto presupuestario impositivo como el gasto privado social, resultante de la regulación pública. En un caso por la coacción del tributo, y en el otro del pago coactivo. Y al considerar su efectividad, se deben tener en cuenta aquellos resultados objetivables en salud que dependen de elementos ajenos a los sistemas sanitarios, así como las valoraciones sociales subjetivas utilitarias que queramos aceptar en sus indicadores. Las diferencias entre sistemas públicos y privados son enormes, tales como las derivadas de cómo considerar la pérdida de bienestar por disposición a pagar ante la restricción de acceso, tiempo de espera y angustia, o cómo valorar copagos evitables ante efectividad relativa menor. Estas premisas dejan en entredicho los esquemas convencionales de valoración.

Todo ello se expresa en la dificultad de evaluar globalmente los sistemas sanitarios de los países, más allá de las fronteras e idiosincrasia de sus ciudadanos. En sistemas públicos, el debate abarca la tradicional caracterización de los sistemas de salud Bismarck o Beveridge según sus rasgos, hasta los cuatro modelos evolucionados de esa misma raíz: con pago directo, basado en impuestos, aseguramiento social y aseguramiento privado, la preponderancia del criterio de financiación, relacionado con el acceso al servicio y la elegibilidad en su utilización. En efecto, la genética de los diferentes sistemas se puede conocer a partir de la constatación de cómo han tendido a resolver las funciones clave de toda organización sanitaria en cuanto a la financiación, provisión y producción de los servicios. Sin pretensión de exhaustividad, se ofrecen a continuación sus «polímeros» (redes), «moléculas base» (funciones asistenciales), «células» (centros) y «proteínas» (incentivos). De este modo podemos distinguir entre sistemas que responden a trayectorias, culturas e ideologías suficientemente diferenciadas para evitar considerar que los extremos de unos son claramente «superiores» a los de los demás.

El análisis permite una clasificación de los sistemas de salud en tres tipos básicos: los basados en la regulación (SR) que transfieren responsabilidades a terceros y solo mantienen, subsidiariamente, redes de seguridad públicas para ancianos y pobres, como en el caso de Estados Unidos; los de provisión y producción públicas (SPB) que se estructuran tal como hemos anticipado, en forma de servicios nacionales de salud, como si de un servicio administrado más se tratara; y aquellos que se decantan por el aseguramiento social de los cuidados sanitarios, los llamados sistemas de provisión pública y producción privada (SPV), habituales en los modelos europeos continentales.

Sistemas de provisión y producción públicas

Los sistemas de provisión, entendida esta como responsabilidad y financiación, y producción pública (SPB) suponen la integración completa de la cadena de valor sanitaria: el sector público asume desde la planificación y la definición de la cartera de servicios hasta su compra y suministro sobre el territorio. Como si de un servicio administrativo más se tratase, diversos departamentos públicos concatenan decisiones de priorización de salud de acuerdo con diversos factores: condicionantes epidemiológicos, capacitación gerencial, formación de profesionales, regímenes presupuestarios, de control y evaluación, etcétera. Esta tarea se realiza a través de funcionarios jerarquizados, con puestos de trabajo reglamentados y condiciones laborales y salariales que no son determinadas por las propias organizaciones.

Su eficiencia se basa en la posibilidad de integrar los cuidados asistenciales sin otra dificultad que la derivada de implantar las propias directrices que se deciden y protocolizar su aplicación a través de órdenes y circulares. Las compras mancomunadas (con el límite del comprador único) y la uniformidad (escasa elección, catálogo básico unificado, inspección exclusiva) son intrínsecos a estos sistemas, de los que se suele discutir más «lo hecho» (incentivos, capacidades, gestión) que «lo dicho» en el ámbito político. La priorización de las prestaciones, el catálogo de servicios concretos y la planificación de las necesidades de los colectivos cuya salud es más frágil no siempre se resuelven de manera coherente, a pesar de la unificación del «orden y mando» político de su régimen de funcionamiento. La división en departamentos, la falta de presupuestos por programas y la presión de *lobbies* en los eslabones técnica o políticamente más débiles son sus mayores interferencias. De hecho, el discurso de la planificación, que debe basarse en los objetivos de salud poblacionales, se traduce mal en los sistemas de información, mayormente de actividad asistencial. A su vez, un sistema de control tardío suele identificar únicamente las diferencias en el coste de los inputs, mientras que la financiación se rige por criterios históricos (más o menos incrementalistas), y no por la retribución de los resultados en salud.

En estos modelos de provisión «publicados» la equidad cobra una importancia capital, pues a menudo se intentan amparar en ella algunas ineficiencias y/o legitimar la dureza de algunas restricciones, ya sea de servicios no cubiertos, de retribuciones máximas o de tiempos de espera. La poca presencia de financiación ajena a los impuestos se anuncia como una baza positiva, aunque nada es gratuito, de modo que el abuso moral y la sobreutilización que estos sistemas pueden provocar tienen su antídoto en pequeños copagos evitables y, en este sentido, en tasas tan eficientes como equitativas. Aunque es cierto que estos sistemas sanitarios son los que menos recursos consumen y mejores resultados de salud obtienen, esta no es la única evaluación posible. De hecho, algunas sociedades ponderan otros criterios que hacen inaceptable el racionamiento o la falta de libre elección.

Sistema de provisión pública con producción privada (SPV)

Los sistemas de aseguramiento social de servicios sanitarios combinan, en distinta medida, la regulación con la provisión pública, pero dejan abierta la producción a profesionales, centros, organizaciones, mutualidades o aseguradoras privadas, sin e incluso con ánimo de lucro. Son el resultado de unificar proveedores, con distintas formas de producción, que se reconocen como partes del sistema ya que normalmente existían antes de la propia creación de la red pública.

Las afiliaciones son obligatorias a través del empleo o del empleador. Sin embargo, los beneficios no se confinan a la continuidad del trabajo en la empresa, sino que se mantienen a lo largo de la vida al tratarse de derechos contributivos. Con el tiempo, la libre elección del asegurador, entre los públicamente convenidos, se separa completamente de las categorías laborales y de las empresas, que son simples intermediarios que colaboran, y en algunos casos complementan, el alcance de la cobertura y/o su financiación. En estos sistemas el aseguramiento es universal y el sector público se encarga de los ámbitos a los que no alcanzan los intermediarios. La financiación se establece en cifras per cápita, según la población, como corresponde a un sistema de aseguramiento, y existe un registro individual que permite ajustarla atendiendo a diversos factores, como el riesgo predecible.

La industria sanitaria (como las corporaciones de profesionales sanitarios), con sus diversos agentes e intereses, juegan un papel fundamental que en algunos casos puede llegar a supeditar políticas de salud que no dependan exclusivamente del sector sanitario. El abuso moral o el escaso cuidado en la utilización de determinados servicios se combate con copagos más generalizados que en el sistema de producción pública. Su enfoque de eficiencia es, en este sentido, el correcto: salud poblacional y financiación prospectiva, se priman elementos como la prevención, la educación, la coordinación y la comparación de la eficiencia relativa dentro de las redes integradas. Su gran talón de Aquiles es el de la equidad y se concentra en una potencial selección

de riesgos que discrimine entre colectivos. Ello sucede si los ajustes no compensan correctamente los riesgos poblacionales, por lo que puede quebrarse el equilibrio efectivo del aseguramiento. Sin embargo, más allá de los ajustes mencionados, existen también técnicas de reaseguro y tratamiento de casos extremos, fuera de la financiación básica, que permiten al regulador público velar por una mayor equidad de los cuidados de salud.

Las transiciones y su convergencia

En el régimen tradicional de muchos de aquellos sistemas encontramos la prevalencia de un sistema de financiación más retrospectivo que prospectivo, materializado tanto en los regímenes de financiación de reembolso como en los sistemas regulados de seguro privado (SR), pago de inputs (proveedores) en los servicios nacionales de salud (SPB) y sobre la base de los outputs (beneficiarios) en los sistemas de aseguramiento social (SPV). Todos ellos estarían transitando hoy hacia un pago mayormente focalizado en resultados: de pacientes (en SR), poblacionales (en SPB) y de afiliaciones cubiertas (en SPV).

La regulación, los procedimientos y los procesos asistenciales dejarían de centrarse en la calidad de estándares (profesionales, de manufactura, de seguridad, eficacia clínica) para orientarse a la efectividad clínica contrastada de tratamientos comparables. Así, se podría relativizar su mejor valor respecto al coste, si bien con distinto grado de formalización en los SR y SPV, o sobre la base de la ratio coste-efectividad en sentido estricto en los SPB, asignando a este un valor social monetario de un modo más o menos explícito. En cuanto al precio de los suministros, se pasaría en general de computar el volumen de los servicios comprados a tener en cuenta los precios relativos según el beneficio sanitario por unidad de input. La evolución de los sistemas difiere aquí en el alcance que se da a esta ratio: solo inputs (SR), solo outputs (SPV) o a la luz de los resultados (SPB).

Sin embargo, los canales de información tradicionales no permiten medir con precisión los impactos en salud y, por tanto, tampoco comparar o gestionar fácilmente de acuerdo con la métrica de la *performance* relativa. Hoy, los sistemas buscan información sobre el funcionamiento integrado y la asistencia coordinada, en colaboración planificada y presupuestada de acuerdo con las necesidades de la población y del acceso a la cobertura universal de los servicios esenciales.

La genética del sistema sanitario español

La naturaleza y evolución del sistema de salud en España se ha caracterizado, entre otros rasgos, por la vocación universalista expansiva de la asistencia sanitaria, reconocida en la Ley General de Sanidad de 1986, aunque de hecho ya existía desde mucho antes. Con la crisis económica, esta base ha sido marginalmente cuestionada. No obstante, para una mejor valoración de los cambios

que está sufriendo el sistema sanitario en España, conviene huir de detalles coyunturales. El mundo real es más complejo y cabe debatir cómo implementar la universalidad cuando, como en el caso español, la distribución de las necesidades relativas y los consumos es desigual, al tiempo que la utilización efectiva puede no ser equitativa, ya que el acceso de los más educados y clases influyentes es mayor.

La tendencia general hacia el universalismo ha sufrido recientemente algunos cambios a raíz de las políticas que los distintos países han desarrollado, en mayor o menor medida, como respuesta a la crisis económica. En los últimos años, sobre todo en Europa, las políticas de salud han introducido recortes en los presupuestos, limitaciones en la cartera de servicios y una cobertura poblacional más estricta, así como medidas orientadas a reducir los precios de la atención sanitaria (menores salarios, regulación farmacéutica, centralización organizativa).

LAS RELACIONES IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA ESPAÑOL

Todos los rasgos anteriores se entrelazan en un tejido de inercias y dependencias de senda muy marcada por el statu quo prevalente. De ahí la dificultad de cambios que, aunque reconocidos como necesarios, chocan con el reconocimiento de su baja plausibilidad. (Delphi, J.J. Artells 2014). Por ello quizás podríamos interrogarnos sobre la posibilidad de un nuevo contrato social que sea robusto, solvente, con capacidad de adaptación a las situaciones sociales y tecnológicas cambiantes y, a su vez, financieramente sostenible desde la responsabilidad conjunta de cada ciudadano y la colectiva. En concreto, y en estas circunstancias: (i) ¿Por qué resulta tan difícil en democracia hacer explícitos los contratos sociales implícitos, cuando deberíamos estar todos en favor de la transparencia y la cultura del debate y la búsqueda de los consensos mayoritarios?; (ii) desde el universalismo en el que se instalan las políticas públicas, ¿cómo valorar la disociación, incluso en el ejemplo de la práctica de nuestros políticos, promotores de políticas de servicios públicos, cuando ellos tácitamente acceden a servicios privados para sí o para sus descendientes? ¿Predicar lo que no se practica y liberar recursos por no uso en favor de los más necesitados es el camino a la deslegitimación de sistema público? ¿Acaso un estado de bienestar para pobres equivale a un pobre estado de bienestar?; (iii) ¿por qué razón insistir en interferir la voluntad individual o una simple preferencia para mejor garantizar que la igualdad de acceso provoca igualdad de resultado? (iv) ¿cómo destrabar la realidad de un estado de bienestar al servicio de la ciudadanía, del bienestar de los trabajadores del estado? (v) ¿cómo trasladar la constatación de que, en toda ordenación, priorización económica por coste efectividad, se ha de estar dispuesto a no suministrar algo que es efectivo pero que es considerado en un momento dado como de coste no asumible por el erario público? Ello resulta de difícil comprensión por parte de la ciudadanía, especialmente si se conoce. Además, cómo hacemos transversal, horizontal, el coste

de oportunidad de estas decisiones entre diferentes sectores de gasto social, y entre estos y los impuestos recaudados de los ciudadanos, continúa siendo de encaje imposible. (vi) Finalmente, en una sociedad abierta, lo que el sector público no suministra, no se prohíbe. Cómo considerar el acceso alternativo privado cuando este influye en la desigualdad de resultados, continúa siendo una cuestión sin respuesta. ¿Ojos que no ven corazón que no siente?

Como servicios públicos administrados que son, nuestros gastos sociales se muestran muy politizados desde el primer momento. Especialmente cuando sus gestores no cuentan con capacidades de decisión autónoma. Las necesidades detectadas se filtran a conveniencia de los gobiernos en curso, a la vista del reconocimiento del problema (la valoración ideológica prima) y de la tardanza en las respuestas (las correcciones son más caras de aceptar). Sus gestores son políticos que a menudo acompañan su ignorancia y falta de credibilidad competencial (muy explotada por la oposición) con un conjunto de expertos que resultan débiles en sus tareas orientadoras por proximidad política a quienes les nombraron y en algún caso, sin fuerza académica suficiente para conducir o reconducir las actuaciones. Algunos debates entre expertos, con ciertas dosis corporativas competenciales, emergen puntualmente, complicando los mensajes. La descentralización territorial en el despliegue de servicios más que ser funcional entre áreas asistenciales, estresa el sistema y hace que la coordinación sea muy compleja y, comúnmente, resuelta en su acepción vertical, jerárquica y contradictoria con las distintas lecturas políticas de cada gobierno autónomo. Aun así, montar una respuesta administrativa coherente entre departamentos comporta elevadas dosis de improvisación; no sólo en determinar las acciones, sino incluso a la hora de cuantificar los resultados y así exigir la rendición de cuentas. Finalmente, las acciones suelen chocar con las disposiciones presupuestarias que en favor de la legalidad constriñen la eficacia de las acciones. Sin tesorería propia ni fondos de contingencia y sin responsabilización funcional completa, más allá de identificar necesidades sus gestores no controlan los dispositivos asistenciales ni autonomía en una mínima planificación de los recursos. Todo ello exige planteamientos organizativos y de gobernanza de futuro más exitosos.

Para solucionar aquellas disyuntivas, la comparativa de las realidades observadas entre sistemas de protección social no permite tampoco una criba fácil. Primero, los datos tienen problemas de comparabilidad. Tampoco sirven para juzgar la calidad de los resultados indicadores tales como los recursos financieros puestos a disposición, el acceso a los servicios (utilización) o el grado de restricciones impuestas a la libertad individual (listas de espera y libre elección). El funcionamiento mutual descentralizado debiera de permitir avanzar, con correcciones de prueba error, a “aprender haciendo” y a emular las mejores prácticas. Al contrario, la centralización hace

que, en incertidumbre (esto es, ante posibilidades de errores) éstos se magnifiquen, desde estrategias que tienen difícil marcha atrás por sus lecturas políticas, que admiten escasas matizaciones, ni pueden evaluar por comparación en ausencia de diferencias.

En lo que se refiere a la financiación, la exclusividad de fuentes no parece permitir hoy compaginar copagos, primas complementarias adicionales a los recursos fiscales, junto a subvenciones locales, primas comunitarias mandatarias y cotizaciones. Todos ellos, si en su acepción de impuestos afectados, resultan de mejor aceptación para la población que los impuestos generales, a efectos de considerar que la contribución la haga uno mismo (y se descargue la responsabilidad en otros), o de que se priorice una forma de gasto desinteresándose del resto de partidas.

EL TEST DE ESTRÉS PANDÉMICO

La solvencia de un sistema se demuestra cuando un factor externo lo estresa y a la vista de cómo este responde. El test de estrés se ha hecho en algunos ámbitos, como en el caso de los bancos, para probar su robustez. El coronavirus lo hace ahora sobre nuestro sistema de protección social. Es así, cuando se ve la capacidad de respuesta de este, y cuando se suele poner en valor su virtud, particularmente si se la compara respecto otros sistemas. En la respuesta a la epidemia se ha aprendido ya a trabajar de modo diferente. Se ha colaborado entre profesionales sin discusión de “qué hay de lo mío” e incluso los dispositivos privados han hecho efectivos sus partenariados.

Aprendiendo de los errores tras el estallido de la COVID-19 toca ahora instrumentar resortes que los eviten en el futuro. Dos palabras surgen en la mayoría de las aproximaciones: saber agencializar determinadas decisiones y trabajar desde una nueva gobernanza. Agencializar significa poner en manos de una institución formada por expertos independientes decisiones que es bueno sustraer del debate de política en minúsculas. Una regulación que le otorga autonomía, con expertos propuestos que superan una comisión de nombramientos y que busquen desde el consenso más amplio posible las medidas a tomar. Es su capital humano el que está en juego y ellos mismos son *buffer* para los políticos de parte que cuestionen las decisiones conjuntas. Y esto desde una nueva gobernanza: decisiones institucionales basadas en la prudencia de los que más conocen y han pensado las medidas, con recomendaciones para los políticos de “haz, o explica por qué no haces”. Es el pequeño *nudge*, empujón, actuación por defecto que acaba marcando su efectividad.

Aprendizajes varios

En la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Parlamento del Estado se han ido recogiendo recomendaciones para articular una Sanidad y Salud Pública que responda a los retos presentes y futuros de la COVID-19 y sus incontables impactos. En medios científicos y profesionales hay coincidencia sobre la necesidad de una Agencia de Salud Pública independiente que aúne las capacidades científico-técnicas disponibles y las ponga al servicio de la sociedad. Es tiempo de pasar de las palabras a los hechos. Sin duda es necesario articular toda la inteligencia sanitaria disponible en una agencia acreditada y que dé confianza a la población sobre las referencias científicas que deben informar las políticas de salud en tiempos convulsos derivados de la pérdida de salud y sus consecuencias socioeconómicas.

El logro en términos de beneficio público de la agencia será posible si lo que es conveniente para la sociedad es individualmente atractivo para los actores concernidos. Esto viene a cuento porque algunas propuestas hablan de reforzar el Ministerio de Sanidad y agrupar centros dispersos en una institución dependiente del Ministerio con participación de las comunidades autónomas. Pero una cosa es reforzar el Ministerio en línea con los cambios estructurales que requiere la administración pública para que pueda innovar y evaluar de modo transparente, o para que cumpla su función reguladora de bases adelantándose al desarrollo de campos emergentes, y otra cosa es dotarle de una institución dependiente mal encajada en una estructura del estado que se quiera federal y un espacio de decisiones públicas multinivel.

Las capacidades científicas y técnicas están ahora distribuidas en universidades, centros de investigación y otras instituciones con diversas fórmulas de dependencia administrativa. Se trata de configurar un organismo en red que sea capaz de aportar las directrices técnicas y científicas con celeridad, que tenga flexibilidad para incorporar la mejor inteligencia colectiva disponible. La clave está en articular una forma de gobierno que permita la participación de varias administraciones en la elección de sus órganos de dirección y una rendición de cuentas periódica en los Parlamentos respectivos.

Se diluye la preocupación inicial de “que no ha de volver a suceder” y la tentación del status quo político y económico confluye en el cortoplacismo: intereses similares de quien salva temporadas y quien salva contiendas electorales. Ello nos debiera llevar al pesimismo. Pero de la lectura de las opiniones surgen brotes verdes. En primer lugar, la concienciación de nuestros “sabios” en favor de la evaluación, la priorización y el coste efectividad es unánime. No importa orígenes y procedencias, ni sus ámbitos de análisis. Sólo los políticos, claro está, en sus dictámenes, no arriesgan mínimamente en la institucionalización de la “cuarta valla”, por miedo a tener que

mantener el tipo ante los resultados de la evaluación y de lo que pueda ser la lectura de priorización como discriminación negativa de los “no priorizados” ya con anterioridad. En segundo lugar, se identifica la gestión como decisiva (capacitación, talento, colaboración, coordinación) para afrontar lo que le depara al sector la economía, y viceversa: se reconoce (se ha visto, se ha comprobado abiertamente) que en la sanidad pública administrada ello no es posible con la *estatutarización* del personal, la falta de flexibilidad, la escasa autonomía organizativa y la escasa rapidez de actuación y compra. La evidencia es tan clara contra el modo de hacer administrativo de nuestra sanidad que es impensable que se mantengan las viejas formas ante los retos que se anticipan. En tercer lugar, crece desde los dos ámbitos de la economía y la salud el valor otorgado a la atención primaria y a la salud pública, sin menoscabo de la reafirmación de la importancia de una buena atención hospitalaria: un reconocimiento que ha de impulsar a la mejor financiación del sector sanitario siendo destinatarios primeros estos profesionales a los que la sociedad les debe agradecimiento. Ello es tan cierto como arriesgado, vista la capacidad del sistema de fagocitar recursos públicos con aumentos de plantilla, retribuciones, baja productividad ordinaria... y que las cosas queden como están.

En cualquier caso, todo este poso de *know how* ha venido para quedarse. Otra cosa es la del *timing* en que se vaya traduciendo en propuestas concretas y efectivas. En los obstáculos a su desarrollo observamos los peligros de las respuestas políticas tradicionales de formar comisiones de debate y estudio, informes y dictámenes. Actualmente, cada Ministerio cuenta con una al menos; también en consejerías autonómicas; y por encima de ellas, las de Presidencia del Gobierno y adláteres. Se añaden todas ellas los consejos asesores ya preexistentes, en algunos casos con dudosa separación entre asistencia sanitaria y salud pública, y ya no digamos entre sanidad y servicios sociales, o entre las comisiones de política económica y de políticas sociales. A ello se superponen organismos internacionales, observatorios nacionales creados *ad hoc*, las secretarías administrativas, los centros nacionales de los expertos (cuenta ajena) y organismos públicos con importantes servicios de análisis (Banco de España, AIREF, Cámaras de Comercio...). Un tinglado que diluye más que concentra, que “hace *rondos* más que no chuta”, que acaba haciendo emerger junto a expertos legítimos a los representantes del status quo, por la vieja manía de búsqueda de “que estén todos representados”, buscando un consenso que por heterogeneidad sólo acepta propuestas eufemísticas y de incremento de recursos. Y todo ello en vez de apoyarse en una comisión, grupo de expertos que, con poderes prudenciales (recomendaciones de “haz o explica por qué no haces”), dictaminen una vez evaluados sus efectos (costes y resultados), y no elaborando materiales de consenso supuesto sobre la base de ambigüedades, en los que se

confunden deseos con realidades, aspiraciones de reconocida baja probabilidad de ocurrencia, aun suscitando amplias bases de apoyo.

Algunos detalles importantes

Desde una y otra orilla, excepto alguna excepción, la epidemia parece alejar del panorama a los copagos, y se cierra los ojos a sus acompañantes: el peso creciente del seguro sanitario privado y la inequidad de la exclusión, no por ineffectividad de los tratamientos, sino por costes efectividad relativamente altos, no asumibles “políticamente”; tratándose ciertamente de una exclusión sin paliativos, que deja a los menos favorecidos socialmente sin acceso a determinados servicios, con copagos del cien por cien y sin posible desgravación fiscal selectiva.

En general es notorio que hoy en el ámbito sanitario el énfasis esté en recursos y gasto, como si se diera por hecho que la financiación queda garantizada, puede que desde el sueño (confuso) de la ayuda europea. En contraposición, desde la economía se observa una mayor preocupación por ambos lados del presupuesto, aunque decrece el peso de los que pensaban en medidas extrafiscales; el foco hoy más que nunca se pone en la lucha contra la elusión y la evasión fiscal. Al parecer, la responsabilidad individual exigida para la erradicación de la pandemia no permite el sobreañadido de la responsabilidad financiera. Indudablemente, dicha responsabilidad individual está alejada del concepto de bien público, de externalidades, y permanece muy cercana a la teoría del fallo de mercado por no “internalización de los beneficios y costes” consecuentes con las actuaciones individuales. Y ello especialmente desde la creencia de las cosas que se han hecho políticamente mal y ahora, con copagos, aparentaría que se pasa impunemente la factura de los errores a los ciudadanos.

En cualquier caso, afinando argumentos desde la salud pública, se matiza claramente que no se trata sólo de un tema de “más recursos”. Cabe reorientar el sistema, aunque no son fáciles aquí las definiciones de sus complementos reformistas, con llamadas a conceptos que devienen tópicos, como la “mejor gobernanza”, la eficiencia en la gestión, cambios en el sistema político, más democracia y similares. Todo por eludir reformas administrativas más concretas. Este recurso es común en el interfaz sociedad/ sanidad. La utilización de las soluciones “comodín” tiene hoy en el último texto de Mazzucato (“El valor de las cosas”), una literatura preferente sobre lo que debe y no debe importar. El del valor es a mi entender un concepto confuso que se mueve entre la tradición mercantilista, fisiocrática, clásica ricardiana y marxista. La búsqueda del precio basado en el valor es, en efecto, el álibi para quien se quiera escapar del bucle “tiene valor lo que tiene

precio- pongamos el precio según el valor”, en la confusión de lo productivo/no productivo; lo transformativo y lo distributivo; lo tecnológicamente progresivo de más o menos productividad, etcétera. Esta percepción proviene en parte de una crítica justificada en la literatura contra el sector financiero y en favor del valor de lo público, lo cual aun siendo una buena causa se basa en argumentos poco claros. Ello genera en el momento de la gran epidemia grandes preocupaciones, tanto por el lado de los precios de tratamientos contra la covid-19 como por el que debiera de ser el acceso universal a la vacuna, y también por la negligencia con la que los mercados han infravalorado a menudo el talento en el sector público y el capital institucional necesario para el buen funcionamiento de la economía. Pero no se va a solventar ahora sólo con mantras de nueva partitocracia, capital social, responsabilidades individuales y colectivas, colaboración público-privada, coordinación e integración, cuadro de mando único pero participado... que tanto rezuman algunas opciones de cambio. Es difícil que de ello se deriven propuestas concretas. Subyace a menudo tras estos eufemismos la disputa económica sobre más recursos para la sanidad pública, desde la presión fiscal, elevada a nivel micro para los pagadores, escasa a nivel macro de recaudación; de debate a veces corporativo e intra gubernamental: salubristas y asistencialistas, gerontólogos e internistas, *primaristas* y especialistas, fijos e interinos, sanitarios y sociosanitarios, medicalización o no de residencias de mayores, trazabilidad desde la atención primaria o profesional externalizada... con implicaciones en retribuciones, homologación de condiciones laborales y pugna por la parte del pastel de la que se apropia cada cual. Todo ello deja entrever un panorama de reforma incierto.

RECOPIACIÓN Y CONCLUSIONES

Del análisis efectuado, el sistema sanitario español permite algunas enseñanzas: (i) “Destruir” un sistema sanitario para ajustarlo con flexibilidad a nuevas necesidades no es tarea simple. No existen *big bangs*. Se puede ser selectivamente radical, afectando cambios marginales, pero con potencial suficiente, y visibilidad, que reduzcan miedos y resistencias. En España los más importantes puede que hayan sido el de la concertación sanitaria mantenida fuera de los esquemas administrativos tradicionales y ubicados mayormente en el ámbito del *non-profit*, y el del empoderamiento de grupos de profesionales de la asistencia primaria agrupados cooperando entre ellos y asumiendo algunas cuotas de responsabilidad financiera. (ii) Los profesionales son necesarios para acometer cualquier cambio, pero han de entender que la autonomía reclamada en gestión clínica se ha de acompañar de responsabilidad financiera y rendimiento de cuentas. Existe para ello un gap generacional entre jóvenes y mayores en lo que se refiere al deseo de trabajar o no en equipo, reticencia posiblemente afectada por la desconfianza de los mayores en

compartir en la asistencia pública y competir en su práctica privada (compatibilidades laxas, *moonlighting*). (iii) Se mantiene una elevada influencia política en la sanidad pública de gestión directa: el peso sindical es muy grande, los gerentes son vistos más como delegados centrales comisionados que como directores de orquesta locales, y es común que sean relevados con los cambios de gobierno; en este sentido son vistos como los más interinos de entre todos los profesionales del sistema. Los políticos que los nombran buscan la paz social sin que interrupciones notables les hagan perder votos. Ellos construyen en todo caso discursos ideológicos sobre el sistema de salud sin mayor trascendencia en hechos, salvo en casos excepcionales. Si por elevación los debates se llevan a órganos parlamentarios superiores, la búsqueda de consensos suele llevar a eufemismos poco operativos. Son algunos profesionales los que empujan algunos cambios (selectivos); no los políticos que, más allá de manifiestos, temen las consecuencias. El discurso político de la desigualdad “visualizable” en cualquier aspecto de salud lo contamina todo. Las lecturas territoriales que permite la descentralización les dan mayor contenido político que, controvertidamente, resulta paralizante. A falta de una cuarta valla de coste efectividad aceptada “ex ante” políticamente y agencializada después a favor de una autoridad más independiente, la restricción de prestaciones o los aumentos de financiación son arma siempre electoral. (iv) La industria farmacéutica “quiere” y “duele”. Su discurso es de promoción económica ante las autoridades económicas, y de aumento de gasto ante las sanitarias. En ambos casos consiguen parabienes; acuerdos que se frustran cuando los primeros someten control y recortes a los segundos. Los grupos de pacientes son dependientes de algunos profesionales y de la propia industria que los financia. El “qué hay de lo mío” es contrario a menudo por la dislexia observada entre paciente, ciudadano y contribuyente. (v) Los académicos son parte del “tinglado” en el que la economía de la salud se introduce al menos en el nomenclátor de gestores y clínicos por la vía de los cursos de formación financiados por la industria, aún a riesgo que ni unos ni otros encuentren totalmente satisfactoria dicha colaboración. Pero al menos desde la racionalidad económica, la priorización (¡el racionamiento!) se internaliza la restricción presupuestaria entre recursos disponibles y gasto posible, lo que contrasta con otros grupos intelectuales del sistema que negligencian uno de los dos platillos del equilibrio presupuestario. (vi) ***E la nave va....***

Algunas referencias bibliográficas adicionales

Artells, J.J. (2014). *La reforma del sistema sanitario español, entre lo deseable y lo posible. Delphi de stakeholders*. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Fundación Novartis Barcelona.

López-Casasnovas G (2015) *El Bienestar Desigual*. Editorial Península.

López-Casasnovas G, Laia Maynou y Marc Saez (2015). *Another Look at the Comparisons of the Health Systems Expenditure Indicators*. *Social Indicators Research*, Vol. 121, No 1, 149-175, January.

Luca Lorenzoni, Francette Koechlin (2017). *International Comparisons of Health Prices and Volumes: New Findings*. OECD May.

K. Polin, M. Hjortland, A. Maresso et al. (2021) "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview *Health policy* 125, 815–832)

Wendt C (2019) *Social Health Insurance in Europe: Basic Concepts and New Principles*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 44, No. 4, August.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona**"
Colección Health Policy Papers 2021-18_GL.

López-Casasnovas, G; "**Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: Quo vadis?**" Colección
Health Policy Papers 2021-17_GL.

López-Casasnovas, G; "**A propósito del debate Marmot-López sobre desigualdades en salud.**"
Colección Health Policy Papers 2021-16_GL.

López-Casasnovas, G; "**Reflexiones post covid ¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?**"
Colección Health Policy Papers 2021-15_GL.

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "**Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud
con el análisis Coste Efectividad**" Colección Health Policy Papers 2021-14_GL_JP.

SabaterMezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectivitat de les mesures contra la transmissió de la
COVID-19 a l'Europa Occidental. Hi ha influït la "cultura mediterrània" i/o el model sanitari?**"
Colección Health Policy Papers 2021-13_RS_GL.

SabaterMezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectes de la covid-19 a les llistes d'espera de la
Catalunya Central. Quin coll d'ampolla té més influència per a la disminució entre 2019 i 2020
dels diagnòstics de càncer?**" Colección Health Policy Papers 2021-12_RS_GL.

Del Llano J, J; Mestre-Ferrandiz, J; Espín, J; Gol-Montserrat, J; Del Llano, A; Bringas, C; "**Public
health policies for the common interest: Rethinking eu states' incentives strategies when a
pandemic reshuffles all interests.**" Colección Health Policy Paper 2021-11_JD_JM_JE_JG_AD_CB;

López Casasnovas, G; "**La maximización de los AVAC y el óptimo social**" Colección Health Policy
Papers 2021-10_GL_LP

López Casasnovas, G; "**Mi visión sobre los cambios que llegan a nuestros sistemas de salud de la
mano de la digitalización**" Colección Health Policy Papers 21-09_GL.

López Casasnovas, G; López Seguí, F; Arasanz Goset, A; "**Sustainability and resilience in the
spanish health system**" Colección Health Policy Papers 2021-08_GL.

López Casasnovas, G; "**La salud, la distribución de la renta y los condicionamientos sociales**"
Colección Health Policy Papers 2021-07_GL.

López Casasnovas, G; "**La evaluación económica en su encrucijada institucional. Genética de un
Manifiesto**" Colección Health Policy Papers 2021-06_GL.

López Casasnovas, G; "**Los estragos de la crisis de la Covid 19. Años de vida perdidos por muertes
prematuras**" Colección Health Policy Papers 2021-05_GL.

López Casasnovas, G; "**Vacunes en mercat lliure? Els límits a la mercantilització**" Colección Health
Policy Papers 2021-04_GL.

García-Altés, A; "**El sistema sanitari com a element de cohesió social**" Colección Health Policy
Papers 2021-03_AG.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

