



# Reflexiones sobre la Sanidad Pública

DR. BALBINO POVEDANO ORTEGA

Aunque sea médico, no soy gestor, ni economista, ni tengo formación académica alguna que me legitime para escribir con autoridad sobre el tema de la sanidad pública.

La única explicación que puede justificar mi osadía son las lecturas específicas que sobre el tema reseñamos en la nota al margen\*.

Quisiera partir de una aclaración personal, que no deben de olvidar, puesto que forma parte del núcleo básico de mi pensamiento.

Desde el Big-Bang hasta el Homo Sapiens, el cosmos evolucionó por azar. Con la aparición de la inteligencia, el hombre acaba con el devenir ciego de la "natura" y crea cultura, y con ella valores. Valores producto de argumentaciones lógicas que son el fundamento de lo que hoy etiquetamos como derechos humanos, y que aparecen como exigencias éticas independientemente de cualquier contingencia histórica, sistema político o clase social.

El derecho a la salud es hoy incuestionable; se entienda como bien preferente necesario para preservar la vida, se base en el principio kantiano de la obligatoriedad al altruismo, o se justifique como necesario en cualquier sociedad que acepte los más elementales sen-

timientos de dignidad humana.

Pero ese derecho que todos aceptamos no puede quedar reducido a la proclamación del principio, ni siquiera a su incorporación al ordenamiento jurídico, sino que debe encontrar en su praxis la garantía suficiente para su ejercicio efectivo.

Estas líneas sólo significan algunas reflexiones sobre la sanidad pública intentando clarificar lo que parece la cuadratura del círculo que se plantea en el irreconciliable conflicto entre la ética, el derecho y los recursos.

Existen derechos, por muchos llamados básicos, que no consumen recursos (el derecho a la libertad) cuya inviolabilidad no puede ser objeto de justificación alguna. Ahora bien, otros derechos, también con mayúscula, implican un gasto que al ser forzosamente limitado conlleva, aunque no nos guste, una limitación del derecho, o mejor una limitación de su aplicación.

El "cuánto" y el "cómo" aplicar esos recursos escasos al derecho a la salud es el problema ético más importante de la sanidad.

"En realidad, dice Rubert de Ventós, la esencia de la vida moral, no consiste en la tarea grandilocuente de ser abande-

\* **ABÁSULO, IGNACIO:** *Papeles de Economía Española*  
**BAREA, JOSÉ:** *Análisis Económico de los gastos públicos y previsión de los recursos necesarios a medio plazo.*  
**CALONGE, SAMUEL:** *Papeles de economía española.*  
**CASALMIGLIA:** *Papeles de Economía española.*  
**CATALÁ VILLANUEVA, FCO.:** *La Salud Pública y el Futuro del Estado de Bienestar.*  
**LAMATA, FERNANDO:** *Manual de Administración y Gestión Sanitaria.*  
**LÓPEZ I CASASNOVAS:** *Economía y Salud.*  
**MONRÁS VIÑAS, PERE:** *De la equidad a la eficiencia.*  
**STIGLITZ:** *Análisis Económico de la Sanidad.*  
**ZUBIRI, IGNACIO:** *Análisis Económico de la Sanidad.*

rado de la realización del bien, sino en la más difícil y ambigua de sacrificar unos bienes a otros. El comportamiento o las opciones que se toman solo pueden ser plenamente morales en la medida en que suponen y mantienen la conciencia y el valor de aquello que se sacrifica."

## ANTECEDENTES

Sin remontarnos a los antecedentes sobre la sanidad pública de los Ayuntamientos medievales o a la asistencia sanitaria benéfica basada en la «caritas» cristiana, no cabe duda de que la atención del Estado por la sanidad pública, es una idea europea que nace en 1.883 con Bismarck, donde las cotizaciones del trabajador financian la garantía de su seguridad necesaria para la convivencia en una economía de mercado.

La Unión Soviética abole el mercado con la introducción del sistema de planificación centralizada.

Keynes aceptando la propiedad privada y el funcionamiento del mercado asigna un fuerte papel al estado, como garante de una sociedad más justa, recurriendo a los impuestos y gastos públicos como medios indirectos del control del Estado, tal vez aplicando aquello que Max Weber calificaba como monopolio de la violencia legítima del Estado.

Hoy se pone en tela de juicio el papel del Estado en diversos campos, denunciando la ineficacia del sector público en esferas cada vez más amplias de la actividad económica.

Es evidente la preocupación que existe sobre el futuro de la sanidad pública. Sin embargo, los debates que con frecuencia escuchamos, como dice Casalmiglia, "ponen de manifiesto el bajo nivel de la discusión. En ningún momento se analizan con rigor las medidas que se toman y no se tiene noción alguna de los costes de oportunidad".

Para unos, toda desviación de la regla de una cobertura universal y gratui-

ta de todo para todos es considerada como un retroceso. Para otros, los costes exponencialmente crecientes de las nuevas tecnologías médicas, el envejecimiento de la población, y las irrazonables demandas de los ciudadanos generadas por la gratuidad conducirán inexorablemente a la bancarrota de la sanidad pública. "Y lo peor, como insiste el mismo autor es que, "el debate se reduce a la mera adscripción ideológica... que permite la aplicación irreflexiva de argumentos preconizados y que evita llegar al fondo de lo que, en verdad, se discute e importa"

## ANÁLISIS DE LOS TÉRMINOS

Uno de los méritos de la Escolástica fue precisar el concepto de los términos que va a usar antes de entrar en el tema propiamente dicho.

Los términos de universalidad, gratuidad, eficiencia, equidad, coste o financiación afloran en cualquier debate sobre la sanidad. Me gustaría, al menos, matizar algunos de los que creo que pueden estar en la base de las posibles reformas de la sanidad pública sin pérdida, a fortiori, de los principios éticos que fundamentan aquélla

### La eficiencia

La eficiencia es la relación que existe entre los recursos y la obtención de beneficios. Su finalidad es maximizar los beneficios al menor coste posible. Pero fíjense que esta definición, que parece clara y aséptica, =S puede llevar implícita una alta carga ideológica que surge de dos perceptivas diametralmente opuestas. Una donde la eficiencia equivaldría a maximizar la salud en general a un coste dado. Y otra donde el coste, aunque sea dado, queda en un segundo plano, para llamar eficiente a la capacidad de asignar el recurso en beneficio del más necesitado.

Lo que sí es común a las dos ideologías que inspiran la eficiencia es que los

beneficios de los fines que proclaman se obtengan al menor coste posible y ello es un problema de gestión empresarial

Sin embargo, la consideración del sector público como organización empresarial no resulta tan fácil en la práctica por la propia estructura de la Administración Pública.

Como dice Stiglitz "los poderes que el Estado tiene son el origen de sus propias limitaciones" al contraponer al posible abuso de su poder la necesidad de un control que puede perjudicar la eficiencia de su funcionamiento.

a) La administración central o autonómica regula el control mediante normas y procedimientos muy poco flexibles que determinan un perfil de gestor más preocupado por aquellas que por el resultado de su gestión. Carece, con frecuencia, de lo que genuinamente la define: la búsqueda de alternativas posibles y la responsabilidad en sus resultados.

b) La garantía de estabilidad del trabajador contra la alternancia del poder en democracia justifico las plazas en propiedad. Pero de hecho, ese contrato de carácter prácticamente vitalicio, ha terminado en la paradoja de lo que podría considerarse una privatización de las plazas en la sanidad pública.

c) Los profesionales tienden a burocratizarse convirtiéndose en funcionarios sin iniciativa por exceso control estructural, sin creatividad por falta de estímulo y sin responsabilidad al no participar en el diseño y olvido de su compromiso social.

## La Equidad

La eficiencia constituye un objetivo básico de cualquier política sanitaria, pero es evidente que la intervención del Estado se justifica fundamentalmente por razones de equidad.

La equidad es una forma de solidaridad selectiva. Quiero decir que es po-

sible una solidaridad entre iguales (amistad) pero que existe también una solidaridad selectiva que prima a los más necesitados

La equidad es esa forma de solidaridad según la cual los desiguales deben ser tratados desigualmente (la llamada equidad vertical) hasta alcanzar el principio de igualdad en el que todos los individuos recibirán los mismos beneficios en idéntica necesidad (equidad horizontal).

En definitiva el problema de la equidad es un problema de redistribución y progresividad "entre la renta que se posee y los bienes que se obtienen y la renta que se tiene y los impuestos que se pagan" (Calonge)

La redistribución viene expresada por la renta que se tiene antes y después de la política aplicada; y la progresividad sería la relación entre el porcentaje de renta comparado con el porcentaje de impuestos pagados. Por consiguiente, la equidad sería tanto un tema de políticas de gastos como de políticas de impuestos.

Sen apunta un nuevo enfoque en el concepto de equidad que resulta francamente atractivo.

Lo importante no sería la igualdad en el consumo de los bienes sino la igualdad en las funciones a que estos van destinados.

No valora, pues, el consumo de cuidados médicos en sí mismos sino el efecto que permite tener a quien los recibe.

Por último, para Zubiri "el determinante de los cuidados médicos que debe recibir cada individuo es su necesidad" haciendo una distinción interesante entre necesidad y capacidad de beneficio como conceptos que no tienen por qué coincidir.

## El gasto

La salud no tiene precio. El gasto social en España ha ido subiendo en los últimos años hasta alcanzar el 54 % del presupuesto consolidado. (Fig. I)

Si nos referimos solo al gasto sanitario se observa la misma tendencia tanto en su cuantía como en su relación con el PIB del que llega a significar el 7.6 %. Sin embargo, aun permanece por debajo de la media de la UE. (Fig. II)

Posiblemente los factores que más influyen sobre el gasto sanitario sean el demográfico, el tecnológico y el consumo.

a) Factor demográfico: Contrariamente a lo que ocurre en otros bienes de la economía la inversión en salud incrementa sus costes relativos al prolongar la vida.

Las personas mayores de 80 años multiplican por 8 su gasto sanitario en relación al capitativo medio; y el 60% de los gastos sanitarios que un sujeto consume a lo largo de su vida está concentrado en el último año de la misma.

b) Factor tecnológico: En el concepto de tecnología médica debe incluirse no sólo el equipamiento o aparatajes sino también los procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención médica.

Es evidente que los cambios tecnológicos son impresionantes y que se suceden a una velocidad en la que lo válido hoy es obsoleto mañana.

Nadie puede negar el valor de las nuevas tecnologías de diagnósticos por imagen, los avances en autoanalizadores computerizados, las técnicas endovasculares o la cirugía micro-invasiva, por citar sólo algunas.

Sin embargo, también es cierto que muchas de las decisiones que se toman, tanto en la práctica clínica como en la política de decisiones o compras son inadecuadas cuando no innecesarias.

c) Factor consumo: Carecemos de una cultura cívica que sepa distinguir entre gratuidad y coste cero. Que nos conciencie de que la aplicación de un recurso supone la renuncia a otro uso.

La hospitalización innecesaria se estima entre un 30 a un 40% de las estancias y entre un 15 y un 20 % de las admisiones.

La gratuidad, la falta de información del usuario en cuanto al coste, la existencia de otras alternativas incluso más eficaces y el ejercicio de la medicina defensiva, pueden explicar (aunque no justificar) el consumo excesivo.

Por último, destacar que el 79% del gasto sanitario total corresponde al público y el 21% al privado. En cambio la gestión pública de ese mismo gasto solo significa el 52.5% contra el 47.5% del privado por paso de financiación de aquel al sector privado. (Fig. III)

## La financiación

El incesante aumento del gasto público justifica el debate abierto sobre su financiación.

En España la fuente de financiación fundamental son los impuestos generales que han sustituido, casi en su totalidad, a las cotizaciones. Sin embargo, el déficit anual esta demostrando la insuficiencia del método bien porque se presupuesta menos o porque se gasta más.

Otros posibles medios de financiación resultan muy controvertidos. Me refiero a la financiación privada a modo de ticket moderador farmacéutico o al copago.

Por supuesto que hablar de financiación implica hablar de provisión pública de cuidados médicos. No cuesta lo mismo, independientemente de la fuente que financie, si el objetivo de la sanidad pública es dar cobertura a todos de forma gratuita y atender cualquier demanda que se pueda incluir en una cartera de servicios o si se limita esta y/o

reduce aunque sea selectivamente su ámbito poblacional.

## ANÁLISIS DE LA SANIDAD PÚBLICA

La eficiencia no presenta problema ético alguno. Ser eficiente es ético y ser ineficiente no es ético sean cuales fueren los recursos administrados.

Por supuesto que no tiene justificación alguna el incumplimiento de los horarios, quirófanos que sólo funcionan medio día, guardias innecesarias, el alto absentismo del personal, la incoordinación entre los centros de salud y los hospitales o la duplicación de exploraciones.

Sin embargo, la eficiencia de la sanidad pública significará cambiar el mismo modo de producción de servicios. Se trata "de transformar (Pere Monrás) progresivamente los hospitales y centros asistenciales en organizaciones de conocimiento que actúan como empresas."

Ello va a exigir:

a) Voluntad política de eliminar estructuras anquilosadas.

b) Mayor autonomía de los centros, controlados por una central que valore más el proceso asistencial y la efectividad de las prácticas clínicas, dentro de la equidad y calidad que es exigible a toda acción pública.

c) Por último, si las entendemos como organizaciones de conocimiento deben contar con profesionales (gestores, sanitarios y de servicios) que asuman con plenitud su responsabilidad y la conciencia que conlleva su contrato con la sociedad.

### La equidad

El grado de redistribución se mide por la diferencia entre los coeficientes de Gine antes y después de la política aplicada.

Si la política redistributiva se lleva a cabo mediante la asignación del gasto se compara la renta anterior a dicha política con la renta que resulta de sumar a la misma los gastos recibidos (Renta Final).

Si el camino seguido es el impositivo deben compararse los coeficientes de renta antes y después de la política referida. (Fig. IV)

El significado redistributivo que supone el gasto sanitario en nuestro sistema público es escaso, estando alrededor del 10 por 100 de todas las decilas de renta, donde la más favorecida sólo llega al 10,6 (Equidad Horizontal).

En este sentido, cabe hablar de una equidad horizontal, pero si tenemos en cuenta "los resultados" siguiendo el criterio de Sen puede incluso considerarse regresiva.

La esperanza de vida en buena salud, es algo más de 10 años de diferencia entre las Comunidades de Navarra, Cataluña, Cantabria y País Vasco con respecto a las de Canarias, Galicia, Andalucía y Extremadura.

Los impuestos, como vehículo de redistribución, en la financiación de la sanidad pública pueden tener un efecto regresivo, proporcional, o progresivo. Esto es, puede existir regresión, proporción o progresión a medida que la renta aumenta (Equidad Vertical).

El grado de equidad vertical o de progresividad del efecto impositivo lo calculan los economistas aplicando el índice de Kakwani que expresa la diferencia entre el índice de concentración de pagos y el índice de concentración de rentas.

Suits para examinar las desviaciones de la proporcionalidad introdujo un nuevo índice que en la práctica coincide con el Kakwani.

El trabajo de Calonge y Rodríguez, publicado en Papeles de Economía Española del que tomamos el cuadro adjunto, pone de manifiesto que:

a) Los impuestos directos son, claramente, una fuente progresiva de financiación.

b) Los impuestos indirectos tienen una estructura regresiva.

c) Globalmente la combinación de ambos efectos supone una tendencia a la proporcionalidad. (Fig. V)

El Kakwani para la primera decila en el año 1.990 fue de 0,212 y el Suit de 0,233 referidos a los impuestos directos expresando un buen índice de progresividad, mientras que en el mismo año los impuestos indirectos arrojan un Kakwani de -0,153 y un Suit de -168 ambos de significación claramente regresiva.

Por último tanto el Kakwani como el Suit globales, estos es, el que resulta de la consideración de los impuestos directos e indirectos tienen unos valores prácticamente equivalentes a la proporcionalidad.

“Ello quiere decir que no aportan más los que más tienen sino que los agentes realizan el mismo esfuerzo económico a la hora de financiar las prestaciones sanitarias, pagando una cantidad que es proporcional a su nivel de renta.

### El “cuánto” y el “cómo”

El propio Estado es el que define, a través de los presupuestos generales, el “cuánto” del gasto que quiere invertir en sanidad.

La magnitud del mismo es un problema político y son los partidos los que, teniendo en cuenta los ingresos estatales, definen en sus programas la redistribución de los mismos, en función, naturalmente, de las necesidades sociales.

El problema estriba en que mientras exista la muerte, los recursos que un Estado pueda utilizar en salud serán siempre insuficientes. Serán muchos o pocos, pero siempre limitados. Y esa li-

mitación de los recursos obliga, de forma consciente o encubierta, a elegir cómo aplicarlos.

Los principios que fundamentan el “cómo” gestionar los recursos escasos son los únicos que pueden legitimar el racionamiento obligado.

Porque el racionamiento existe, como dice Casalmiglia, se recurre a las listas de espera o al deterioro de la calidad asistencial o se afronta el problema buscando otras alternativas más racionales y justas.

Desde el punto de vista exclusivamente médico y dando por supuesto la eficiencia en la gestión y la medicina basada en la evidencia de la práctica clínica, que utiliza como método el conocimiento de la efectividad de los diversos procedimientos médicos, se valora los llamados índices de años de vida ajustados a calidad (AVAC) como forma de adjudicación de recursos.

¿Pero la asignación de un recurso a igualdad de AVAC e incluso del cociente coste/AVAC es equitativa?

Ante recursos escasos ¿puede limitarse la oferta de servicios? ¿puede y debe un Estado atender todas las aspiraciones sanitarias? Si no puede cuáles serían los servicios básicos ineludibles.

¿Puede considerarse el copago como instrumento de financiación equivalente a la presión fiscal si deja exentos a diversos colectivos? ¿Los impuestos indirectos y el mismo IRPF no sacrifican más las rentas del trabajo que las del capital?

Ante idéntica necesidad ¿tienen todos los sujetos la misma capacidad de beneficio?

Con rentas tan dispares como se dan en nuestra sociedad, ¿tienen las mismas oportunidades de resolver sus necesidades los sujetos de las distintas decilas de renta?

Hay que reorientar el Estado del Bienestar, sólo se me ocurren 3 formas:

1.- Aumentar los recursos a través de los impuestos directos, únicos que son progresivos, o a través de copagos selectivos.

2.- Mejorar la eficiencia con criterios empresariales.

3.- Disminuir el gasto reduciendo los servicios ofertados o, lo que me parece

más justo y conveniente para mantener los objetivos del Estado del Bienestar sería desplazar la atención de las rentas altas a la de los más necesitados.

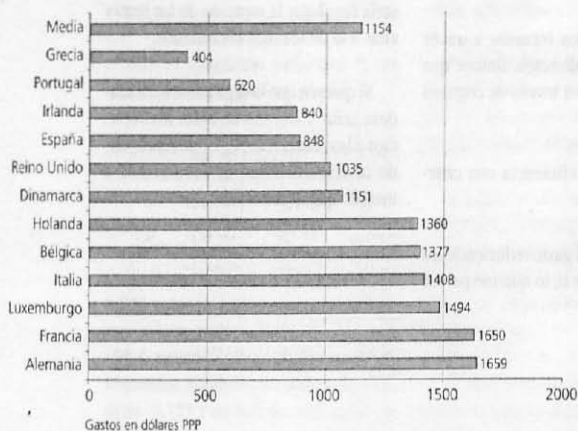
Si quieren que lo diga con entera crujeza sería: cobertura de todos los servicios a las rentas más bajas, disminuyendo la disponibilidad de los mismos a medida que la renta sube.

(Fig. 1) Presupuesto consolidado del Estado, Organismos Autónomos, Seguridad Social y entes públicos para 1997 (en miles de millones de pesetas)

POLÍTICAS	Presupuesto inicial 1997	%
JUSTICIA:	153	0,5
Defensa	817	2,7
Política Exterior	124	0,4
Seguridad ciudadana	652	2,2
Administración Tributaria	142	0,5
Subtotal servicios generales	1.888	6,3
SANIDAD:	3.657	12,2
Pensiones	7.937	26,5
Vivienda	113	0,4
Fomento de la ocupación	370	1,2
Subsidio de desempleo	1.536	5,1
Educación	972	3,2
Otras prestaciones sociales	1.686	5,6
Subtotal servicios sociales	16.273	54,3
INFRAESTRUCTURAS:	925	3,1
Subvenciones al transporte	212	0,7
Investigación	235	0,8
Agricultura, industria y energía	1.196	4,0
Subtotal actividades económicas	2.568	8,5
FINANCIACIÓN DE LAS ADM. TERRITORIALES:	3.968	13,0
Participación Comunidades Europeas	938	3,1
Deuda pública	3.459	11,6
Subtotal deuda y otras transferencias	8.295	27,7
OTRAS POLÍTICAS	934	3,1
TOTAL PRESUPUESTO CONSOLIDADO	29.958	100,0

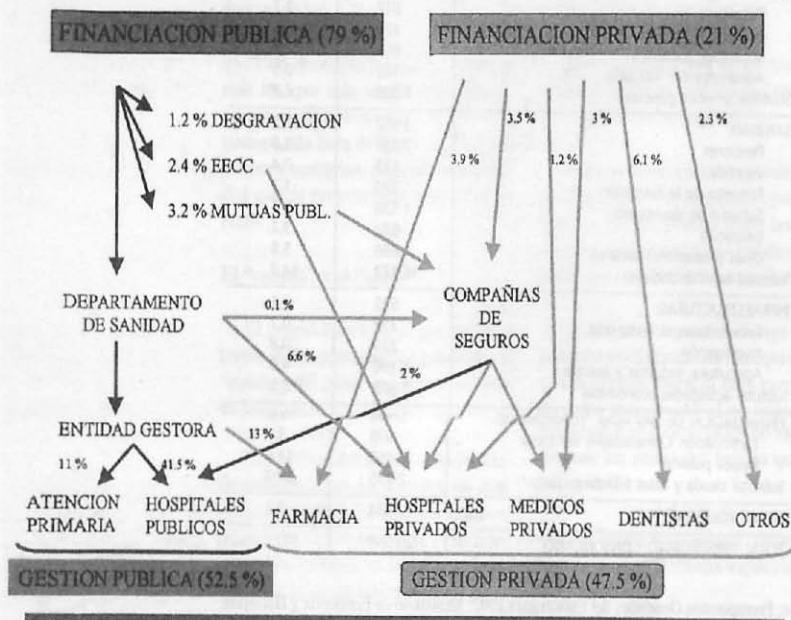
Fuente: Presupuestos Generales del Estado para 1997, Ministerio de Economía y Hacienda.

(Fig. II) Gastos sanitarios per cápita en los países de la Unión Europea (1991)



Fuente: Informe SESPAS 98

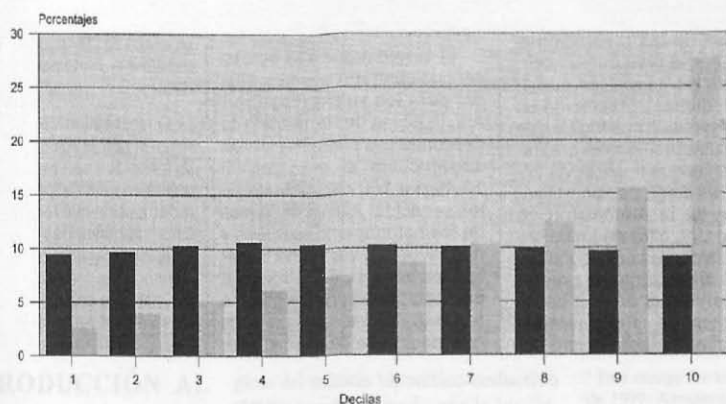
(Fig. III)





(Fig. IV)

## DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SANITARIO Y DE LA RENTA



Decilas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje gasto publico	9,48	9,69	10,30	10,63	10,43	10,31	10,16	10,05	9,72	9,18
Porcentaje renta bruta	2,60	4,00	5,10	6,20	7,40	8,70	10,30	12,40	15,50	27,70

Fuente: Samuel CALONGE

(Fig. IV)

## MEDIDAS DE LA EQUITAD DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA. AÑO 1990

DECILAS	Renta antes de impuestos	Impuestos directos	Impuestos indirectos	Total impuestos	Contribuciones sociales	Total pagos publicos	Penas seguras	Pagos directos	Total privado	Total pagos
1.....	2,6	0,3	5,1	2,5	0,8	2,0	4,4	6,2	6,0	2,9
2.....	4,0	0,8	5,7	3,0	1,6	2,6	3,5	5,2	5,0	3,2
3.....	5,1	2,0	6,9	4,3	3,7	4,1	5,7	7,4	7,2	4,8
4.....	6,2	3,3	8,2	5,6	5,4	5,5	5,4	8,7	8,3	6,1
5.....	7,4	5,1	8,9	6,9	7,6	7,0	7,0	9,6	9,3	7,6
6.....	8,7	7,2	10,0	8,5	9,8	8,8	9,7	9,0	9,1	8,9
7.....	10,3	9,6	11,1	10,3	12,1	10,8	8,3	12,5	12,1	11,1
8.....	12,4	12,8	12,4	12,6	14,3	13,0	13,6	12,2	12,3	12,9
9.....	15,5	17,8	14,0	16,1	18,5	16,7	15,7	12,8	13,1	15,9
10.....	27,7	41,2	17,7	30,4	26,2	29,2	26,6	16,4	17,5	26,6
TOTAL.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Porcentaje de financiación.....	—	30,8	25,5	56,3	22,0	78,3	2,4	19,3	21,7	100,0
Gini.....	0,3625	0,5751	0,2092	0,4070	0,4241	0,4118	0,3402	0,1824	0,2000	0,3646
Kakwani.....	—	0,2125	-0,1533	0,0468	0,0615	0,0509	-0,0224	-0,1801	-0,1627	0,0004
Suits.....	—	0,2338	-0,1888	0,0488	0,0344	0,0448	-0,0244	-0,1956	-0,1766	-0,0045

Nota: La renta y pagos de impuestos han sido ajustados por la escala de equivalencia.

Fuente: Samuel CALONGE