

La decencia es sostenible.

También en la componente sanitaria del Estado del bienestar¹

El Estado del bienestar, una de las conquistas importantes de la humanidad, puede mantenerse reforzando la capacidad innovadora y productiva de un país siempre que se organice como lo hacen los países escandinavos (Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca e Islandia), ejemplo mundial indiscutible en la mayor parte de terrenos que afectan favorablemente a la sociedad.² Dos principios parecen explicar por qué el Estado del bienestar no perjudica al PNB per cápita. El primero es que las democracias con presupuestos elevados ponen especial empeño en diseñar impuestos y transferencias de manera que no comprometan el crecimiento. El segundo es que el universalismo, tanto impositivo como en derechos, estimula mejor el crecimiento que la preferencia de los países con bajos presupuestos por pruebas de verificación de necesidad y complicados compromisos impositivos.

Los estados del bienestar escandinavos se han beneficiado, por una parte, de los menores costes administrativos del universalismo pero, sobre todo, han sabido controlar los desincentivos del modelo por tres vías:

1. Una financiación impositiva en base a impuestos sobre el consumo, las rentas del trabajo y los bienes de consumo adictivo.
2. Prestaciones sociales que solucionan un problema, pero por ejemplo, pero con invitación a no instalarse en la dependencia de la transferencia pública.
3. Apertura de la economía para vivir los salutariferos condicionantes de la competencia internacional.

La sostenibilidad de la componente sanitaria del Estado del bienestar en España requiere simplemente racionalidad y legitimidad:

VICENTE ORTÚN

Vicente Ortún es decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra y profesor de Economía y Empresa. Integrante y ex-director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la UPF. Autor de más de 350 trabajos, dirige la colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, con 29 títulos, publicada por Springer y Elsevier. Es licenciado y MBA por ESADE (1969), M.Sc. por Purdue University (1970), licenciado y doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Barcelona (1990), ha realizado estudios de doctorado en Salud Pública en Johns Hopkins University y ha sido (2009) Visiting Scholar en el Massachusetts Institute of Technology (MIT). Con una dilatada experiencia empresarial y en gestión pública nacional (Ministerio Sanidad y Consumo, Generalitat provisional de Catalunya, Hospital de Sant Pau en los primeros años setenta...) e internacional (OMS, Banco Mundial), es ex-presidente de SESPAS, ex-presidente de AES y ex-secretario de EUPHA.

- **Racionalidad.** Un “factor de sostenibilidad” que no es otro que una financiación selectiva de prestaciones (también en infraestructuras y otros gastos públicos) que permitan una cartera de servicios sensata pero, sobre todo, una incorporación de tecnología según su utilidad de forma que se evite la fractura social entre quienes pueden pagar, aunque les perjudique la salud, y quienes no podrían hacerlo.
- **Legitimidad.** La sostenibilidad depende de la deseabilidad de unos servicios sanitarios financiados públicamente y priorizados con criterios técnicos y democráticos. Estos servicios serán “deseables” cuando de forma solvente resuelvan los problemas de salud de la población y proporcionen satisfacción. Nuestro sistema sanitario, el servicio público más utilizado del país, el que mayores índices de satisfacción proporciona y el que, en el contexto internacional, continúa ofreciendo unos resultados envidiables, presenta un buen balance pero tiene un pronóstico preocupante como consecuencia del deterioro institucional.

La recuperación de la “racionalidad” y la “legitimidad” a todos nos impone “deberes” y a ellos vamos: desde la clínica a la política pasando por la organización-gestión.

Las vías clínicas de avance

Disponemos de profesionales sanitarios muy competentes. Con perspectiva poblacional y espíritu público pueden conseguir:

- Reducir la brechas de calidad de toda la vida (lavado de manos, uso adecuado de la medicación, correcta indicación de cesáreas, listado de comprobación quirúrgica...) y las que se derivan de que el 20% de nuestros servicios sanitarios podrían suprimirse con mejora del estado de salud. Ninguno de los altamente coste-efectivos y que además tienen la suerte de volverse rápidamente perjudiciales cuando no están indicados (tratamiento VIH+, por ejemplo). Sí, en cambio, casi todas las tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad y aquellos tratamientos potencialmente coste-efectivos en la indicación adecuada pero no fuera de ella.
- Reasignar recursos. Sandra García, Carlos Campillo y Quique Bernal lo explican de manera muy práctica en un artículo.³

Las vías de avance organizativo-gestora

De nuevo “desde abajo” en la medida que exista una cierta competencia por comparación propiciada por una radical mejora de la calidad de nuestra política:

- Maduración, autonomía de las organizaciones, madre de la innovación de verdad (la de Ferran Adrià o Amancio Ortega), alternativas a la funcionarización si no se consigue flexibilizar ésta, abolición de la endogamia por decreto (ni un MIR ni un doctor se quedan donde se han especializado).
- La atención sanitaria también se internacionalizará algo. Ello unido a la necesidad de integración asistencial entre niveles podría llevar a una radical reasignación de tareas, más por criterios de capacidad resolu-

tiva que de pertenencia gremial. La calidad exige con frecuencia tamaño, aprendizaje y especialización.

- Pasar cuentas. La sanidad ha de manifestarse nuevamente como el servicio financiado públicamente más eficiente. Elogio, de pasada, a la Central de Resultados,⁴ tan importante como desapercibida.
- Gestionar la utilización. Con un adecuado sistema de información la frecuentación, fundamentalmente endógena, puede disminuir como Kaiser ha mostrado.⁵ La morbilidad no existe como medida de necesidad.

La vías de avance político-institucional

- Financiación selectiva técnico-democrática. Técnica en el componente de análisis coste-beneficio. Democrática en el establecimiento de prioridades. Podría incluso establecerse una moratoria de dos años a la incorporación de nuevas tecnologías y dispositivos, y excluir aquello que países más ricos que España, con estados del bienestar más consolidados y evaluaciones importables no están financiando públicamente. Resulta bueno y barato utilizar conocimientos y prácticas que ya han sido bien analizadas en otros países.
- Planificar con seriedad. Reducir incluso la capacidad redundante y concentrar la dispersa.
- Aunque la clave de la solvencia financiera de la componente sanitaria del Estado del bienestar radique en lo deseable que sus resultados la hagan a la población contribuyente, las cuentas públicas en momentos de crisis merecen especial atención. De ahí el interés de un libro,⁶ que –en la senda de Ángela Blanco, Rosa Urbanos, Jaume Puig...– identifica de forma útil y rigurosa –con técnicas econométricas de datos de panel– los determinantes, suficientemente desagregados, del gasto sanitario público. Pistas, por tanto, para orientar acciones futuras y base de proyecciones de gasto sanitario público por comunidades autónomas, de las que se sigue la necesidad insoslayable de implantar reformas que establezcan la relación entre recursos disponibles y gasto.
- Podría seguirse... pero no habrá mejora de la gestión pública sanitaria, ni de la privada, sin fluidificar la actual viscosidad institucional.⁷ Viscosidad definida, y medida, por la falta de competencia en algunos mercados, la falta de calidad de la democracia y la pobre gobernanza.



La viscosidad española condiciona no tanto el qué de las reformas (sanitarias, fiscales, laborales o financieras) sino el cómo de las mismas. Las soluciones sobre el papel están al alcance de cualquier persona informada. Su implantación requiere el abordaje conjunto de todos los “déficits”, no sólo los presupuestarios o los exteriores, también los de legitimidad y transparencia. Será muy difícil mejorar la gestión pública o introducir reformas sanitarias que mejoren de forma apreciable nuestra productividad sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando.

En las reformas sanitarias tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

Las prescripciones para un mejor gobierno del Estado son tan conocidas como ignoradas: embridar la financiación de partidos políticos limitando gastos y controlando las aportaciones privadas; perfeccionamiento de la normativa electoral con listas abiertas y demarcaciones que permitan acercarse al principio de una persona, un voto, e independencia de los medios públicos de comunicación. Esto se facilita con un fomento de la transparencia y el acceso público a las bases de datos de la Administración, salvo que una disposición específica justifique la inconveniencia de este acceso en función de un conjunto tasado de circunstancias.

La preocupación por el buen gobierno ha ido creciendo durante estos últimos años en España, conscientes del estancamiento/deterioro institucional que

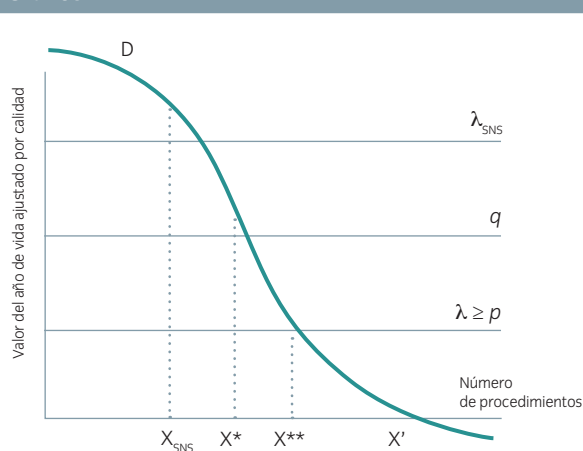
parece amenazar con devolvernos a nuestra posición de retraso secular de la que parecíamos haber emergido durante estas últimas décadas.⁸ ¿Tendremos que peregrinar de nuevo a la calle Huertas de Madrid para recuperar la última sede de la Mesta? Esta preocupación se ha presentado en diversas formulaciones a lo largo de la historia, desde Cicerón⁹ a Joaquín Costa.¹⁰ Hoy también se aborda desde ángulos diversos:

- Los fundamentos políticos del desarrollo económico en sociedades inclusivas (el imprescindible *Why Nations Fail*¹¹), con antecedentes en Vicens Vives, Olson, Diamond, Landes y otros.
- La validable y medible imparcialidad como indicador último de la calidad del gobierno, desarrollada por destacados politólogos suecos.¹²
- El reconocimiento, incluso en medios poco proclives a proclamar la importancia del Estado,¹³ del incontestable éxito de los países nórdicos, capaces de conciliar dos liderazgos mundiales (que teóricamente eran incompatibles): en competitividad y en consolidación del Estado del bienestar, esa irrenunciable conquista de la humanidad.
- El civismo o civilidad del sociólogo Putnam,¹⁴ hoy rebautizado con acierto como *public spiritedness*.¹⁵

Este civismo, altruismo, espíritu social, ya existe. En su versión más extrema son los “castigadores altruistas”.¹⁶ Fósiles vivientes (como cada uno de nosotros), que testimonian cómo la evolución ha requerido en ocasiones de unos individuos más preocupados por el fuero que por el huevo, lo que permitió a los grupos humanos enfrentarse con éxito a los avatares en los que la supervivencia del grupo era para todos o para nadie. Ahora son las reglas de juego de una sociedad, sus instituciones, las que han de diseñarse para que –más allá de la evolución biológica– el civismo tenga recompensa. Tanto la desigualdad creciente en el seno de los países ricos como el calentamiento pueden situarnos ante un avatar en el que se salva todo el mundo o no se salva casi nadie... con la diferencia de que un incendio devastador o una inundación afectaba a los 200 individuos de los grupos humanos... y ahora somos más de 7.000 millones de extraños tratando de cooperar.

La consecución de una sociedad más decente en nuestro Mezzogiorno europeo, mirando al exterior y conscientes del empequeñecimiento de Europa, pasa –en sanidad– por una serie de reformas en las que tiene importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social. Ambas re-

Gráfico 1



Fuente: Chandra, A. y Skinner, J. (2011). NBER working paper 16953.

La valoración de la productividad marginal del gasto sanitario junto con las restricciones de oferta determinan el volumen de gasto sanitario. La curva D representa el valor de la vida multiplicado por la productividad marginal en términos de supervivencia del gasto sanitario. En países cuyo Sistema Nacional de Salud (SNS) establece restricciones significativas de oferta (en λ_{SNS}) la cantidad de servicios sanitarios sería X_{SNS} , por debajo de la cantidad óptima de servicios X^* . La cantidad óptima de servicios sanitarios X^* se encuentra donde la valoración de la productividad marginal del gasto sanitario iguala el coste social unitario q de los servicios. Si el conjunto de restricciones de oferta en un país da lugar a un valor λ menor que q , el país producirá servicios sanitarios en cantidad superior al óptimo. Cada servicio que excede a X^* comporta para el país un coste social superior al valor que aporta a los individuos y, por tanto, es ineficiente. Nótese que λ es al menos tan grande como p , el precio que pagan los usuarios, es decir $\lambda \geq p$, de forma que los beneficios del paciente son al menos tan elevados como el precio que paga por el servicio, una restricción del modelo donde los médicos actúan como agentes de los pacientes. En el extremo, si no hay ninguna restricción que interfiera con la motivación de los médicos de hacer lo máximo posible, la utilización de servicios llegaría a X' donde la probabilidad marginal de supervivencia llega a cero.

quieren de un buen gobierno, concepto complejo que incluye, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema. Hasta ahora la crisis se capea con el “estado del bienestar” para jóvenes (la familia), las redes de solidaridad social tanto de financiación pública como voluntarias y con un aumento en el consumo de ansiolíticos y antidepressivos, pero una sociedad enferma necesita, como un enfermo, pronóstico y tratamiento. ■

Referencias

1. Actualización de trabajos previos, especialmente el del Boletín Informativo Economía y Salud, Asociación Economía de la Salud 2013, núm. 76. Disponible en <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=17&idN=1241>
2. CALLEJÓN, M.; ORTÚN, V. La reforma sanitaria. Papeles de Economía Española (2012); núm 133: 128-137.
3. GARCÍA-ARMESTO, S. et al. Desinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System. Health Policy (2013), en prensa. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.007>
4. Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de la Generalitat de Catalunya. <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.ab8fdd1b26b3c4038674c210b0c0e1a0/?vgnextoid=170a722ee7c7e210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=170a722ee7c7e210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>
5. CHEN, C. et al. Electronic Health Record: Transforming and streamlining modalities of care. Health Affairs 28, no. 2 (2009): 323-333; 10.1377/hlthaff.28.2.323
6. ABELLÁN, J.M.; HERRERO, C.; SÁNCHEZ, F.I.; MÉNDEZ, I.; MARTÍNEZ, J.E. El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas. Madrid: Fundación BBVA e IVIE, 2013.
7. del LLANO, J. A propósito de lo público y lo privado en la asistencia sanitaria. El País, 25 de febrero de 2013.
8. MENEU, R.; ORTÚN, V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gaceta Sanitaria 2011; 25(4): 333-338.
9. ZWEIG, S. Momentos estelares de la humanidad. Barcelona: Acanalado, 2003.
10. GARICANO, L. Quiénes deben gobernar después de la catástrofe, por Joaquín Costa. Blog Nada es Gratis, entrada de 22 de febrero de 2013. <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=28794>
11. ACEMOGLU, D.; ROBINSON, J. Why Nations Fail: The origins of power, prosperity and poverty. Nueva York: Crown Publishers, 2012.
12. ROTHSTEIN, B.; TEORELL, J. Defining and measuring quality of government. En: Sören Holmberg & Bo Rothstein (eds.): Good Government: The relevance of political science. Cheltenham: Edward Elgar Publisher, 2012, p. 13-39.
13. The next supermodel. Why the world should look at the Nordic countries. The Economist, 2 de febrero de 2013.
14. PUTNAM, R. Civic tradition in Modern Italy. Princeton University Press, 1993.
15. LUCAS, E. Freedom's ragged march. En: Megachange. The world in 2050. The Economist, 2012, p. 126-137.
16. FEHR, E.; GÄCHTER, S. Altruistic punishment in humans. Nature 2002; 415: 137-140.