

Contra-Erewhon: una defensa del gasto sanitario público

Las páginas que siguen tienen como finalidad la defensa de una actitud solidaria entre ciudadanos sanos y ciudadanos enfermos. En consecuencia, se argumenta en favor de un enfoque de política social del gasto sanitario público. Este enfoque se contrapone en gran medida al «enfoque financiero», tan en boga actualmente y que amenaza con generar efectos perversos en el sistema sanitario español.

Francisco Villota Villota *

My advice to you is to study the great writers on Political Economy, and hold firmly by whatever in them you find true; and depend upon it that if you are not selfish or hard-hearted already, Political Economy will not make you so.

J. Stuart Mill (1867)

* Profesor titular de Política Económica en la Universidad Complutense. Economista del Estado (excedente).

Introducción y planteamiento

EN Erewhon, el país imaginado por Samuel Butler (1), el enfermar antes de los setenta años se consideraba delito o falta, y se castigaba al enfermo por su peligrosidad social. Había en Erewhon una clara propensión de las personas a ocultar los delitos (o sea, las enfermedades) por miedo a ser perseguidos por la justicia.

La crisis de financiación que atraviesan actualmente la mayor parte de los sistemas sanitarios «modernos» (los basados en el desarrollo científico de la medicina, la especialización y la alta tecnología) obliga a replantear sus fundamentos.

Un enfoque que «está de moda» en ciertos círculos de opinión y que queda bastante bien recogido en el último Informe de la OCDE sobre España (2) simplifica la complejidad de las cuestiones de política social del gasto sanitario. Con cierta deformación, podría calificarse este enfoque de «financiero».

El Informe señala (3) que la sanidad junto con las pensiones son sectores que requieren una atención especial si se quiere cumplir el objetivo de reducir el déficit de las Administraciones Públicas hasta situarlo en el 3 por 100 del PIB en 1997, marcado en el Programa de Convergencia Actualizado (julio 1994) (4). En este contexto, el Informe da su visto bueno al acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera (septiembre 1994) por el que se vincula el crecimiento del gasto de la asistencia sanitaria proporcionada, a través del presupuesto del INSALUD —gestión directa y transferida— al ritmo de crecimiento del PIB nominal, para el período 1994-97. También advierte que la aplicación de este acuerdo «exigirá una profunda modificación del sistema de incentivos, con el fin de conseguir una clara desaceleración de la reciente tendencia creciente de gastos» (5).

La mayor parte de las recomendaciones de la OCDE en el campo del

(1) S. Butler: *Erewhon*, publicada en 1872. Hay traducción española en la colección Austral de España Calpe.

(2) Véase OCDE: *Etudes Economiques de l'OCDE*. Espagne 1996 (traducción al español de la Dirección General de Previsión y Coyuntura del Ministerio de Economía y Hacienda).

(3) Véase especialmente el Capítulo V («El Sistema de Seguridad Social») y el VI («Conclusiones»).

(4) Aceptado por el Consejo Económico y Financiero de la Unión Europea (Consejo ECOFIN) en octubre 1994.

(5) *Op. cit.*, pág. 131.

gasto sanitario público se mueve entre medidas teóricas no siempre fáciles de instrumentar y/o medidas que suponen un elevado coste político y social. Dentro del primer grupo estaría la propuesta de aumentar el juego de la competencia entre los prestadores de los servicios sanitarios. En el segundo grupo se ubicaría, por ejemplo, la introducción de restricciones en el régimen actual que proporciona gratuitamente los medicamentos a los jubilados.

Además, los efectos de algunas de las medidas propuestas sobre el volumen del gasto sanitario son ambiguos a medio plazo.

El fracaso parcial del acuerdo del Consejo de Política y Financiero antes citado, al no haberse podido contener el gasto sanitario dentro de los límites previstos en el escenario financiero prueba el carácter de «no manejable» que tiene actualmente en España (6) el gasto sanitario público.

Ahora bien, el control del gasto sanitario hoy en España no debe abordarse, en mi opinión, únicamente como un problema de recorte presupuestario. Se requiere un enfoque más rico, amplio y sistemático que saque a la luz las grandes opciones de política social que se abren a la sociedad española para los próximos años.

Este enfoque que voy a denominar de «política social» para distinguirlo del «financiero» plantea varios grupos de cuestiones. Cuestiones nada pacíficas y tremendamente complejas, que demandan un arriesgado esfuerzo de reflexión (análisis) interdisciplinar, así como una acción concertada, un pacto social sobre la salud y la financiación del gasto sanitario en España. Aquí sólo apuntaremos algunas de estas cuestiones.

La primera constatación del enfoque de «política social» aquí propuesto es el reconocimiento de la complejidad de un sistema sanitario. Una forma posible de reconocer esta complejidad es conceptualizar el sistema sanitario como institución social (Sección II).

La segunda constatación es el fuerte crecimiento de la demanda de servicios sanitarios de la población española en los últimos años y, previsiblemente, también durante los próximos. Este fuerte crecimiento puede actuar como un factor desestabilizador negativo del sistema sanitario público si no se le proporcionan a éste los recursos necesarios para atender

(6) Francia e Italia (déficit oculto o «sommerso»), entre otros, también presentan actualmente graves problemas de «manejabilidad» del gasto sanitario público.

dicha demanda social. Éste es, a mi juicio, el genuino desafío (y amenaza) que se cierne sobre el sistema sanitario público español a medio plazo.

El enfoque de «política social» aborda este reto desde una premisa de valor básica: la filosofía que denomino «Contra-Erewhon».

La solidaridad entre los miembros de una sociedad se hace más necesaria en el caso de la atención al enfermo. La vulnerabilidad y dependencia que genera la enfermedad requieren el diseño de un marco institucional que cuente con recursos suficientes para combatirlas. Los Cuadros 1 y 2 ofrecen algunas estadísticas e indicadores de situación del sistema sanitario español desde una óptica comparativa.

Con este telón de fondo, en la Sección III se recogen algunas consideraciones generales sobre la financiación del gasto sanitario público.

Este ensayo podría inscribirse dentro de una línea de pensamiento que centra su atención en el nivel de civilización, la calidad de una sociedad y la condición de las gentes que viven en ella. Pese a los difíciles problemas metodológicos que suscitan (7), los «indicadores de civilización» serán quizá en el futuro los puntos de referencia de la política social.

El sistema sanitario español como institución social

EL sistema sanitario de un país es el resultado, en cada momento, de un conjunto de factores políticos, culturales, científico-tecnológicos, económicos y demográficos que hunden sus raíces en la historia nacional (8). El arte de la política social ha de procurar que el sistema sanitario responda a los cambios que vayan produciéndose en el entorno, de alguna manera definido. Acceso y calidad dentro de unos parámetros financieros serían hoy los ejes de coordenadas de la política sanitaria en España.

La tensión entre el mantenimiento del sistema y el cambio del siste-

(7) Véase J. Drewnowski: «The Level of Civilisation: a new field for the application of social indicators». *Social Indicators Research*, 18 (1986), págs. 339-347.

(8) Los que piensen que este término es poco relevante en los umbrales del siglo XXI, pueden leer un artículo reciente de la revista inglesa *The Economist*, titulado «The Nation-State is Dead! Long live The Nation-State!» (*The Economist*, December, 23 th) 1995.

CUADRO 1
Estadísticas de Salud (I)

	Gastos de salud								Número de médicos por 1.000 habitantes	Hospitales y clínicas n.º camas por 1.000 habitantes		
	% del PIB				Porcentaje del conjunto de gastos públicos totales		Por habitante en dólares PPA					
	Totales		Públicos									
	1993	1983	1993	1983	1993	1983	1993	1983	1993	1983	1993	1983
España	7,3	6,0	5,7	5,1	12,1	—	972	433	4,1	3,0	4,2 ^c	4,8
Italia	8,5	7,0	6,2	5,5	12,0	12,4	1523	729	1,7 ^{c,d}	1,2	6,7	9,0
Reino Unido	7,1	6,0	5,9	5,2	14,0	11,6	1213	605	1,5 ^a	1,3	5,4 ^a	7,9
Francia	9,8	8,2	7,3	6,4	13,9	12,5	1835	954	2,8	2,2	9,4	11,0
Estados Unidos	14,1	10,6	6,2	4,4	18,5	13,6	3299	1489	2,3 ^a	2,1	4,4 ^a	5,6
Holanda	8,7	8,3	6,8	6,2	11,4 ^a	—	1532	869	2,5 ^b	2,1	11,3	12,0
Portugal	7,3	5,8	4,1	3,0	9,5 ^b	6,8	866	328	2,9	2,3	4,4	5,2

Notas: — no disponible, a 1992, b 1990, c 1991, d médicos de los hospitales públicos

FUENTE: OCDE.—OCDE en chiffres. Edition 1995 (Supplément à l'Observateur de l'OCDE. Juin-Juillet 1995).

Contra-Erewhon: una defensa del gasto sanitario público

CUADRO 2
Estadísticas de Salud (II)

	Esperanza de vida al nacer				Mortalidad infantil % de nacidos vivos	
	Mujeres		Hombres			
	1993	1960	1993	1960	1993	1960
España	80,5 ^b	72,2	73,4 ^b	67,4	0,76	4,37
Italia	80,9	72,3 ^c	74,5	67,2 ^c	0,73	4,39
Reino Unido	79,0 ^a	74,2	73,6 ^a	68,3	0,66	2,25
Francia	81,5	73,6	73,3	67,0	0,65	2,74
Estados Unidos	79,1 ^a	73,1	72,3 ^a	66,6	0,85 ^a	2,60
Holanda	80,0	75,5	74,0	71,6	0,63	1,79
Portugal	78,1 ^a	67,2	70,8	61,7	0,87	7,75

Notas: a 1992, b 1990, c 1991.

Fuente: OCDE. OCDE en chiffres. Edition 1995 (Supplément à l'Observateur de l'OCDE. N.º 194. Juin-Juillet 1995).

ma es una forma de ver la multiplicidad de fuerzas, de muy distinta índole, que pugnan por orientar el futuro del sistema sanitario de un país.

Cuando se analiza la evolución pasada del sistema sanitario español se constata que la Seguridad Social (modelo de Bismark) ha sido la institución que ha liderado la génesis y el desarrollo de un sistema sanitario «moderno» en nuestro país.

En comparación con la mayoría de los sistemas sanitarios de Europa Occidental y de los Estados Unidos, el sistema español muestra la larga pervivencia de un modelo «tradicional» (9) y la tardía fecha (alrededor de los años setenta) en la que se alcanza un sistema sanitario «moderno».

Hacia 1934, había casi general acuerdo entre las clases sanitarias del país sobre la necesidad de introducir la innovación social del seguro obligatorio de enfermedad financiado por los trabajadores, empresarios y Estado.

La guerra civil (1936-39) interrumpió la que parecía inminente implantación del seguro social de enfermedad por la II República.

Tras la guerra civil se establece, en 1944, el seguro obligatorio de enfermedad (10) para los trabajadores por cuenta ajena de bajos ingresos y sus familias (cerca del 25 por 100 de la población).

La ampliación progresiva de la cobertura subjetiva de la seguridad social (77,68 por 100 de la población en 1975), el desarrollo de los planes de instalaciones sanitarias y del personal facultativo de la seguridad social, y el elevado peso de las cotizaciones sociales (casi cerca de un 80 por 100 en 1975) en la financiación del gasto sanitario público total (que representaba un 3,4 por 100 del PIB en 1975) configuraron la modernización y expansión del sistema sanitario español.

El modelo burocrático de la Seguridad Social (Instituto Nacional de Previsión, primero; INSALUD a partir de finales de 1978), ha marcado su impronta en la asistencia sanitaria española. Pero, a diferencia del caso alemán, no generó una tecnoestructura de administración sanitaria de calidad que, al propio tiempo que mantuviera la estabilidad y continuidad del sistema, lo fuera adaptando a los cambios del entorno. Sin embar-

(9) En otro lugar, he presentado una interpretación de la evolución histórica del sistema sanitario español. Allí se describen los rasgos principales de este modelo tradicional español. Véase Francisco Villota Villota. «Un bosquejo de la evolución del sistema sanitario español (1800-1987)». (*Moneda y Crédito*. Diciembre 1987), págs. 25-46.

(10) El 1.º de septiembre de 1944 para medicina general y farmacia, y a partir de 1.º de enero de 1947 se incluyen determinadas especialidades y las hospitalizaciones quirúrgicas.

go, desde 1990 aproximadamente se aprecia, sobre todo, en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con INSALUD transferido, un esperanzador clima reformista (11). Este movimiento reformador, en algún sentido, liderado por Cataluña, está incorporando diversas fórmulas organizativas y de gestión que proporcionarán en el futuro una mayor flexibilidad al funcionamiento del sistema (12). Se están generando en distintos niveles y organizaciones del propio sistema procesos de aprendizaje que, sin duda, aumentarán su capacidad de respuesta al crecimiento de las demandas de acceso y calidad de atención sanitaria de la población.

Queda, sin embargo, un largo y difícil camino por recorrer tanto en la mejora de la información sanitaria (transparencia del sistema) como en la adaptación de las técnicas empresariales a las peculiaridades de la asistencia sanitaria (servicio social, información asimétrica e incertidumbre, entre otras). También las características e idiosincrasia propias de cada Comunidad Autónoma han de ser tenidas en cuenta por toda reforma sanitaria (incrementalista o de mayor alcance) que atienda a la diversidad de las preferencias de las personas y grupos humanos. Llegados a este punto se hace preciso analizar, siquiera brevemente, la experiencia de «desestabilización» (13) del sistema sanitario español que se produce en el período 1983-87. El actual debate sobre la reforma sanitaria española debe tener, a mi juicio, a la vista esta experiencia desestabilizadora que generó efectos perversos.

Esa experiencia lo que sobre todo muestra es la complejidad de un sistema sanitario y los límites de la ideología cuando no viene acompañada de un análisis correcto del sistema que se pretende desestabilizar. Una autoridad en el análisis de los sistemas sanitarios comparados, J. P. Poulhier ha escrito: «el proceso de examen generado por los impulsos reformistas de la década de los ochenta *añade una mayor incertidumbre sobre las virtudes y defectos de los sistemas actuales*. Aquellos que reaccionen instinti-

(11) Véase J. Elola: *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. SG editores, Barcelona, 1994, pág. 58.

(12) Véase Juan M. Cabasés: «El Sistema Sanitario Español, en la encrucijada». *Economistas*. Número 69. Extraordinario, 1996, págs. 507-511.

(13) El término «desestabilización» de un sistema sanitario se emplea aquí en el sentido que le da E. Ginzberg. Básicamente, apunta a la tensión entre la continuidad o estabilidad estructural del sistema y el cambio o transformación de algunos de los pilares básicos del mismo. Véase su ensayo «The Destabilization of Health Care». *New England Journal of Medicine*. (September 18, 1986) págs. 757-761.

vamente tachando esta opinión de arrogante o presuntuosa pueden probar su paciencia dibujando en un gráfico los principales parámetros de varios sistemas de atención primaria y secundaria después de la publicación de proyectos de reforma. Las cambiantes relaciones entre los principales agentes en cualquier país elegido se deberían traducir en dos o tres docenas de flechas cuya disposición variaría según el «dibujante». Es posible que salgan a la luz muchos rasgos de comportamiento, descuidados hasta entonces» (14).

En la experiencia desestabilizadora de 1983-87 la subfinanciación y las situaciones de agobio financiero del sistema sanitario español se vieron agravadas por la contención del gasto sanitario y la expansión de los colectivos con derecho a asistencia sanitaria pública (15). Ello dañó la calidad del sistema. No se desestabilizó el modelo burocrático ineficiente pero sí se produjo un grave deterioro de la calidad de la asistencia sanitaria pública y un aumento de la insatisfacción de los usuarios (16).

En el período 1983-87 se rompió la tendencia de crecimiento en términos reales del gasto sanitario público por persona protegida. Ello obligó, a partir de 1988, a tratar de recuperar «el tiempo perdido» en no pocos frentes de la política sanitaria española (17). En mi opinión, la política sanitaria llevada a cabo en este período 1983-87 no estaba respaldada por un diagnóstico correcto de la situación y dinámica del sistema sanitario español. La retórica socialista prevaleció sobre el análisis riguroso de la adecuación medios-fines a nivel del sistema en su conjunto. La supeditación del ministro de Sanidad a la autoridad económica del ministro de Economía y Hacienda, aceptando un ajuste duro del gasto sanitario público al propio tiempo que desde el Ministerio de Sanidad se reprimía al sector privado sanitario, y por fuera, crecían las demandas

(14) J. P. Poullier: «El afán por la eficiencia». *Información Comercial Española*. Mayo-junio, 1990, págs. 7-8 (subrayado mío).

(15) Véase P. Coll Cuota: «La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy: variaciones y causas». *Información Comercial Española*. Mayo-junio, 1990, págs. 75-87.

(16) La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud cita en su Informe y Recomendaciones los resultados de la encuesta «Blendon» que mostraban, comparativamente con otros países, un elevado grado de insatisfacción de la población española con su sistema sanitario al final de la década de los ochenta. Véase R. J. Blendon et al. «Spain's assess their Health Care System. *Health Affairs-1991*, 10 págs. 216-228.

(17) Véase, sin embargo, Ministerio de Sanidad y Consumo. *La Sanidad Española 1982-86. Crónica del Cambio, 1.ª Etapa*. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986).

sociales al sistema fue una experiencia desafortunada para la calidad de vida de los españoles.

Perspectivas de la Financiación del Gasto Sanitario Público

SE han realizado avances apreciables durante los últimos años en el análisis del sistema sanitario español. Es verdad que los niveles de partida eran más bien bajos, lo que propiciaba el florecimiento de «modelos» sanitarios pintorescos presentados como posibles salidas de la crisis de la sanidad española de mediados de los ochenta.

Hoy, la defensa del gasto sanitario contra los doctrinarios de todo tipo tiene muchos más valedores que hace tan sólo una década.

El estudioso del sistema sanitario debe intentar explicar también lo que se le aparece como irracional o inconsistente desde algún tipo de razonamiento lógico. Desde una perspectiva liberal J. M. Buchanan (18) criticó el Servicio Nacional de Salud británico por propiciar una inconsistencia entre el comportamiento de los individuos como demandantes de servicios de asistencia sanitaria a precio cero, y su comportamiento como votantes-contribuyentes que a través de una elección colectiva, determinan la oferta del citado Servicio Nacional. El resultado habría sido un deterioro de la calidad de los servicios sanitarios respecto a la idea de «la mejor calidad disponible» contemplada por la ley de creación del Servicio Nacional de Salud británico en 1946. En otras palabras, el problema del exceso de demanda crónico con el consiguiente efecto adverso sobre la calidad del servicio (por ej. aumento de las listas de espera como mecanismo de racionamiento no basado en los precios) no era resultado de la irracionalidad de los individuos sino del marco institucional en el que adoptaban sus decisiones.

La crítica de Buchanan al Servicio Nacional de Salud Británico parte de dos premisas básicas: la soberanía del consumidor y la semejanza de su demanda individual de asistencia sanitaria, con su demanda de cerveza a precio cero. Otra perspectiva muy distinta, considera que la asistencia

(18) J. M. Buchanan: *The Inconsistencies of The National Health Service*. Institute of Economic Affairs. London, 1965.

sanitaria debería ser distribuida de acuerdo con la «necesidad» y financiada de acuerdo con la «capacidad de pago». Esta perspectiva piensa que la economía de la asistencia sanitaria no puede considerarse separada de variables éticas y sociológicas (19).

El sistema sanitario español ha gravitado claramente desde la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 hacia un esquema universalista de Sistema Nacional de Salud. La Ley 37/1988, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1989, introdujo una reordenación de los mecanismos y flujos de financiación del INSALUD, que ha significado un avance muy notable del principio de la capacidad de pago en la financiación del gasto sanitario público. Las cotizaciones sociales que habían sido hasta entonces la fuente principal de recursos ven reducida su participación al tiempo que aumenta la que tiene su origen en los impuestos. Al llegar a 1996 la aportación finalista del Estado al presupuesto del INSALUD representa casi un 78 por 100, en tanto que las cotizaciones sociales sólo alcanzan un 20 por 100 del total del presupuesto del INSALUD (20).

En algún sentido, el sistema sanitario español se encuentra en una encrucijada. El enfoque «financiero» del gasto sanitario vincula el crecimiento de gasto sanitario del INSALUD al crecimiento del PIB nominal.

Un enfoque de «política social» relacionaría el crecimiento del gasto sanitario público con variables como, por ejemplo, el crecimiento de la proporción de mayores de 65 años en la población u otros indicadores válidos de necesidad de asistencia sanitaria.

Un enfoque de «política social» reconoce, desde luego, que el altruismo y la gratuidad son componentes, junto con otras, de una sociedad de bienestar. Así, desde la fragilidad de la condición humana y el misterio de la persona, de cada persona, la figura del buen samaritano adquiere valor imprecadero. Sigámosle.

(19) Véase R. M. Titmuss: *Commitment to Welfare*. Allen and Unwin, London, 1968.

(20) Las cotizaciones sociales como fuente de financiación del gasto sanitario deberían, en mi opinión, seguir jugando este papel de complemento valioso que se justifica tanto por razones teóricas (por ej. accidentes y enfermedades ligados a la vida laboral) como pragmáticas.