



Una guía de navegación para ordenar y clarificar el debate sanitario

G. López-Casasnovas

Centre de Recerca en Economia i Salut. CRES
Departamento de Economía de la Univ. Pompeu Fabra

Correspondencia: Guillem López-Casasnovas. C/. R. Trias Fargas 23-25. 08005 Barcelona. E-mail: guillemlopez@econ.upf.es.

Recibido: 15 de diciembre de 1997

Aceptado: 25 de septiembre de 1998

(A navigational guide for organizing and clarifying the health care debate)

Resumen

En este breve trabajo pretendemos orientar la discusión sobre distintas alternativas de reforma que hoy se barajan en nuestro sistema sanitario. En base a una pequeña reflexión inicial el texto procura que el lector, a la vista de los efectos que se derivan de cada una de las opciones presentes, consiga una máxima coherencia en sus argumentos para una decisión plenamente informada. El artículo pretende, finalmente, ayudar a descubrir, a la vista de lo que sabemos y no sabemos acerca de los efectos de las distintas opciones de política sanitaria, una agenda de investigación que evite tanto situaciones complacientes como afirmaciones contundentes en un tema tan complejo como el abordado.

El texto desarrolla su argumento en formato de árbol de decisión, aunque su presentación no se formaliza excesivamente. Las simplificaciones que se efectúan se justifican por el esfuerzo de impregnar el texto de un tono lo más clarificador posible. Se trata de un análisis de tipo cualitativo. Cada nudo recoge los aspectos más relevantes, relativos a los fundamentos de economía y salud que impregnan cada una de las alternativas, y que se han de tener en cuenta, a juicio del autor, a la hora de adoptar la decisión más apropiada.

Palabras clave: Reformas sanitarias. Sistema sanitario español. Gestión sanitaria no lucrativa. MUFACE.

Summary

In this brief paper, discussion focuses on options currently under consideration for the reform of the Spanish health care system. After a brief review, readers are advised, in view of the consequences of each option, to consider all the arguments in order to make fully informed decisions. Finally, it is proposed that, in view of what is known and unknown about the effects of different health care policy options, a research agenda be found that avoids both complacency and categorical affirmations regarding this complex topic. Arguments are roughly presented as an algorithm. Simplifications are made for the sake of clarity and the analysis is qualitative. Each nexus of the algorithm covers the most relevant aspects of the economic and health care issues that each alternative involves. In the author's opinion, these points should be kept in mind when making decisions.

Liturgia introductoria: reflexiones generales. El entorno económico de las reformas sanitarias

Primera consideración. La crisis del Estado del Bienestar es la crisis de las finanzas públicas

El replanteamiento de los derechos y prestaciones asociadas al desarrollo del Estado del Bienestar se produce de un modo general no como consecuencia de los niveles alcanzados por éstos (en realidad, las situaciones son muy dispares entre países), sino de la insostenibilidad de financiar con ingresos fiscales sus actuales ritmos de crecimiento.

No suelen ser, por tanto, fundamento para la inhibición del debate sobre el replanteamiento del Estado del Bienestar, las comparaciones transversales entre países con distintos grados de desarrollo. Todos sabemos que el gasto social francés o alemán no es el español. Sin embargo, la diferencia entre el gasto de dichos países y el nuestro no justifica *per se* su crecimiento (al menos, mientras la Carta social europea no imponga unos ritmos financierables de convergencia social). Plantear seriamente el incremento del gasto público requiere identificar qué otros programas debieran de descender, o cómo se debiera financiar su aumento neto. Tanto una como otra alternativa tienen incidencias distributivas claras: existen beneficiarios de cada

programa (con lo que unos perderán y otros ganaran como consecuencia) y los incrementos de la presión fiscal afectan de manera desigual según cual sea el recurso tributario utilizado. Al ahondar en esta última línea conviene recordar que toda redistribución que pueda ser financiable tiene límites, aunque también seguramente mínimos, en una sociedad cohesionada que pretenda desarrollarse; al menos en aquellos países en los que la coacción política se rige por criterios constitucionales y no dictatoriales. Una imposición excesiva deteriora el esfuerzo al trabajo, incentiva la evasión y mina la solidaridad. Una redistribución mal hecha tiene muchas pérdidas asociadas al trasiego de recursos de unas manos a otras, y desincentiva determinadas responsabilidades individuales. Ambas (generación y redistribución de riqueza) se someten a procesos de elección social, que tienen clave política. A ésta y no a una supuesta decisión técnica cabe, en consecuencia, referir en último término el debate.

Replantear el Estado del Bienestar puede ser hoy reconducir su ritmo de crecimiento, y no necesariamente dinamitarlo, tal como sostienen algunas posiciones extremas. El no crecer a ritmos dobles que el propio crecimiento del Producto Interior Bruto nominal afecta, sin duda, al status quo vivido (universalización creciente de los programas sociales), pero no quizás a su naturaleza (ayuda a los colectivos necesitados).

Segunda consideración. Reformar las estructuras organizativas del Estado de Bienestar o sus instrumentos de financiación, no es un substitutivo de las necesarias mejoras de gestión

No pueden existir dudas de que ni rediseñando las estructuras ni añadiendo fuel a la máquina de gasto, se van a poder redirigir los esfuerzos si los recursos se gestionan mal. La gestión, de igual manera que la lucha contra el fraude fiscal para la mejora de los ingresos públicos, es un referente permanente, y no una alternativa, para los problemas de financiación.

Subir impuestos para poder financiar los requerimientos del Estado de bienestar actual, a ritmo de crucero es, de nuevo, una cuestión política. ¿Se juzgan posibles los controles para asegurar que una mayor imposición sobre el capital no deteriorará aún más las bases fiscales? ¿Existe condena, si no penal, al menos social, para los que buscan residencias fiscales fuera de nuestro territorio? ¿Cómo juzga la ciudadanía que quienes más parecen abogar por una sanidad o educación pública reciban ellos mismos, o sus hijos, sanidad o educación privada, en el país o fuera de él? ¿Es estigma de hipocresía o existe aceptación, en el fondo, de que si uno pudiera operaría también de manera similar?.

Del mismo modo que los posibles ahorros de cos-

tes a través de una supuesta mejora de gestión difícilmente pueden considerarse pretexto para la «no reforma», tampoco la reforma es en sí mismo una panacea. En efecto, ¿qué sabemos de los éxitos del pasado en aumentar la eficiencia en la prestación de los servicios?, ¿qué éxitos podemos aducir en términos de una mayor sensibilidad del proveedor en relación a los intereses colectivos, una mejor rendición de cuentas a los ciudadanos de los ingresos públicos utilizados, etc. que nos permita hoy pensar que, en la realidad actual, se conseguiría por la vía de la mejora de la gestión lo que no se ha conseguido mejorar en otras circunstancias?.

Es utópico pensar que el diferencial entre el mantenimiento de las prestaciones y su mejora queda garantizado, a partir de ahora, por la mejora de la gestión. Las mejoras de eficiencia recurrentes (no las conseguidas de una vez por todas), difícilmente pueden absorber el aumento en las prestaciones que parece estar impulsando el sector sanitario en su dinámica tecnológica actual. En el contexto de globalización que vivimos, las restricciones locales a su evolución difícilmente están destinadas al éxito.

Tercera consideración. Todos los tratamientos de problemas tienen contraindicaciones. El temor, fundado, a algunas de ellas no es pretexto, sin embargo, para la inacción

En efecto, cualquier cambio conlleva incertidumbres. El grado de dicotomización, y así de posible pérdida de cohesión social es uno de ellos: Las diferencias en cobertura de contingencias económicas que introducirá en el futuro el sistema de pensiones de tres niveles (el básico, el contributivo y el voluntario), es uno de ellos. Un efecto similar de dualización sanitaria (entre la sanidad universal y la asistencia complementaria) puede asociarse a la definición de un paquete de prestaciones básicas, en el caso de que se opte por dos proveedores (el general y la beneficencia) en lugar de un sólo dispositivo, financiado, para los que carecen de medios, por el Sector público. De todos modos, la situación de partida no es tan perfecta y cerrada para considerar determinados cambios como pérdidas irreparables. Por ejemplo, en sistemas democráticos, el que el Sector público no suministre algo no implica que ello se prohíba. En todas las sociedades occidentales, la disposición a pagar marca diferencias, también en suministros de servicios para los que el sector público tiene una fuerte presencia, tales como el transporte o la educación. Alternativamente, un racionamiento por cantidades (colas) no siempre puede considerarse equitativo: los costes (de oportunidad) de acceso difieren entre colectivos que, además, soportan niveles de necesidad diversos. En segundo lugar, es cuestionable un talante redistributivo que evita el déficit de solidaridad in-

trageracional, remitiéndolo, vía endeudamiento, a generaciones futuras que no tienen capacidad de opinar sobre ello (Para ello, basta comprobar el registro que ha acompañado la evolución del estado de bienestar y el déficit público en la mayoría de países). En tercer lugar, quien se beneficia de unos beneficios muy por encima de los costes que soporta no está claro que sean los colectivos inicialmente postulados como destinatarios. En algunos países, en que se ha calculado dicho efecto, se considera que tan sólo entre un tercio y un cuarto del total de la política redistributiva corresponde a un efecto «Robin Hood», siendo la parte restante puro trasiego de recursos entre idénticos colectivos (clases medias), afectado, por lo demás, previsiblemente, del efecto Okun¹ de los cubos agujereados. Replantear las políticas para concentrar el componente redistributivo en igual o mayor medida tan sólo en aquellos colectivos definidos como prioritarios tiene un gran atractivo de equidad que bien puede valer algunos riesgos.

Cuarta consideración. No todo lo que hace el Estado lo puede hacer posiblemente mejor el sector privado, pero la provisión pública ha de demostrar su superioridad en lugar de agazapar su ineficiencia en la patente que pueda suponer el fallo del mercado

Se trata tan sólo de un argumento de traslado de la carga de la prueba, frente a lo que ha sido política dominante en la mayoría de los casos: identificado el fallo de mercado ante un determinado supuesto de información, falta de convexidades en producción o similar, para otorgar patente de corso a la intervención pública. Esta, sin embargo, también puede arrojar fallo en su actuación que dificulte la supuesta corrección. Los incentivos de los empleados públicos pueden ser más débiles, más políticas las gestiones de sus directivos, y más laxas las restricciones presupuestarias de sus instituciones. No dar por garantizada la eficiencia relativa de una intervención frente a otra motiva cambios culturales incluso en la propia manera en que se acomete la provisión del servicio público.

Quinta consideración. Sobre la idea de que los copagos en sanidad son siempre inequitativos

Las dificultades por las que atraviesa la financiación pública del sistema sanitario hace que en España, a igual que en otros países, se estén estudiando fuentes de financiación alternativas a la procedente de los tributos generales. Y es que hacer crecer más la presión fiscal está fuera de agenda de bastantes grupos políticos. Además, las rigideces en otras partidas del gasto público configuran escasos márgenes adicionales para la reubicación del gasto en favor de la finan-

ciación sanitaria. Por todo ello, las propuestas de establecer copagos afectados a la financiación sanitaria está siendo examinada incluso por el nuevo partido laborista recientemente instalado en el gobierno británico.

Como se analiza en López y Ortún², no está claro que determinados copagos no sean superiores a sus alternativas: racionamiento indiscriminado por espera o cobertura universal de acceso pero limitada genéricamente en prestaciones. El juego de los copagos en el sistema sanitario requiere estudio particular y no descalificación general, así como, en su caso, imaginación para su implementación sensata (conjugándolos, por ejemplo, a la lógica de los gastos fiscales en el IRPF y a la exención de determinados colectivos). Basta recordar para ello que la utilización de servicios sanitarios públicos es prácticamente similar entre clases medias y clases bajas en España (Estruch, Bandrés, entre otros³): sólo las clases altas consumen muchos menos servicios sanitarios públicos (en torno a un 50% de la media), pero su peso demográfico es escasísimo!!.

Sexta consideración. Sobre la idea de que los impuestos generales son el mejor modo de financiación de la sanidad, más allá de las cotizaciones sociales

Finalmente, y para no hacer más pesada esta introducción, quisiera comentar brevemente la aseveración de que los impuestos generales son el mejor modo de financiación de la sanidad. Dicho tópico creo que es responsable de que prácticamente todos los grupos políticos favorecieran, en el Pacto de Toledo, la eliminación de las cotizaciones sociales y su sustitución por la tributación general, en la financiación futura de la sanidad. De nuevo, tomada la decisión, la letra menuda es enormemente compleja. ¿Qué impuestos van a crecer en sustitución de las cotizaciones? ¿Gravitará el aumento en el IRPF de nuevo sobre las rentas del trabajo (que las de capital, con dinero electrónico y sede en paraísos fiscales son de control más difícil)? ¿Creceará más aún el tipo marginal impositivo, o se llegará a su máximo actual simplemente con menos renta (afectando a más contribuyentes «de los que no pueden evadir»)? ¿Se creará con todo ello más incentivo al fraude, en particular a quienes no son trabajadores dependientes, que se verán de nuevo penalizados?.

Ningún país en la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico sigue en la actualidad la opción de concentrar la presión fiscal en la imposición sobre la renta; más bien bajan los tipos medios y tienden a simplificar su estructura tarifaria linealizando los tramos, para neutralizar el impacto en la equidad por el lado de la elevación del mínimo exento y siendo mucho

más selectivo en el establecimiento de las deducciones. Lo que tiende a aumentar si acaso es la presión fiscal indirecta: los tipos sobre el impuesto sobre el valor añadido. Dicha imposición, basada en el consumo resulta claramente regresiva (tal como ha destacado recientemente Rodríguez y Calonge⁴), y por supuesto más inequitativa que las cotizaciones sociales. Las cotizaciones sociales son poco más que impuestos sobre las nóminas, que si bien es cierto que afectan al trabajo, son más proporcionales que regresivas. Y no digamos ya si de lo que se trata, para financiar la sanidad, es de aumentar los impuestos especiales sobre alcohol y tabaco: No se puede obviar para ello el hecho de que la proporción que representan en el consumo de las decilas de renta inferiores es muchísimo mayor que para las decilas de renta alta. Con un 14% de muertes atribuibles al tabaco, sin embargo, la duda estriba en la discrecionalidad o adicción que el hábito tabáquico comporta. Más apropiado a los efectos anteriores podría considerarse, si acaso, la imposición sobre la gasolina.

Cuestionario básico

Las preguntas que siguen intentan provocar una decisión informada en la persecución de determinadas líneas de reforma. Pese a que no siempre deja de ser complejo dar una respuesta unívoca a los distintos aspectos contenidos en las propuestas de reforma sanitaria, cabe notar, sin embargo, que los temas son en la realidad tan cartesianos como aquí los planteamos. Un esfuerzo taxonómico nos conduce a las siguientes cuestiones:

1. ¿Acepta ud. que son ideológicas, y por tanto políticas, las bases que justifican la intervención pública en el sistema sanitario?

Si su respuesta es NO: ¿Piensa en algún referente estructural, distinto al de la obligatoriedad del aseguramiento, para argumentar su respuesta en favor de la intervención pública?.

Nótese que cualquier otra justificación que se piense mantener sobre bases puramente empíricas (derivada de lo que observamos, de nuestra experiencia, etc.) no puede ser estructural, sino contingente a las realidades referidas. Estamos aquí en un terreno de justificación normativa que ha de valer para todo tipo de contextos, países o momentos del tiempo. Sepa que la teoría del bienestar sólo ha sabido fundamentar, en este sentido, la obligación de que exista aseguramiento: no el que sea gratuito y universal ni que se tenga que expresar en servicios producidos públicamente⁵. Estos últimos aspectos serían contingentes.

Si su respuesta es SI: Debería aceptar que las

bases ideológicas pueden cambiar en el tiempo (aunque nosotros no las cambiemos!). De hecho, esto es lo normal con todos los servicios que responden a los denominados bienes «tutelados» o preferentes. La preferencia social, o los valores a tutelar, pueden muy bien variar en el tiempo (por ejemplo, en el grado de obligatoriedad de la educación, el alcance de la subvención de determinados servicios sociales, etc). Por lo demás, las opiniones políticas se expresan en democracia y se recogen, en su caso, en el Parlamento. Para ello, nuestra opinión vale igual que la de los demás. Si usted es además gestor de servicios sanitarios sepa que no le pagan para que imponga sus opciones políticas personales y vitales en el día a día de su actividad, aunque es un derecho civil básico el que las exprese. Siga el cuestionario.

2. ¿Considerado lo anterior, cree usted que conviene adecuar nuestro sistema sanitario a las nuevas realidades sean estas del tipo que sean, estando por tanto dispuesto a reformar la situación actual; o bien dadas las amenazas y peligros que contienen las propuestas de reforma que ud. ya conoce de diferentes lecturas, entiende que es mejor dejar las cosas como están?

Si su respuesta es SI: Estando convencido de que ello es lo mejor, no debiera ignorar algunos aspectos de la situación actual que ofrecen serias diferencias entre lo postulado y lo conseguido. Por ejemplo, y en lo que atañe a la atención especializada, cabe considerar sus posibles déficits de equidad (esto es, ajustando por estado de salud, la utilización de los grupos de población con menos recursos es menor que la estandarizada)⁶; no olvidemos que entre el 15 y el 20% de la actividad se puede estar realizando hoy con criterios de amiguismo o clientelismo en favor de las clases más influyentes; o bien que determinados circuitos administrativos y tratamientos ambulatorios están lejos de respetar ciertas esferas de lo que usted podría considerar un tratamiento personal apropiado. Si acepta que existen éstas y otras deficiencias notables (que se suelen siempre aducir para justificar determinados cambios), conviene aquí que haga explícito su plan para corregir dichas «disfunciones». Ello se debe a que todos los cambios, sin duda criticables, se han de comparar al funcionamiento real, y no ideal, de los sistemas sanitarios. Si usted se da cuenta de que no lo hace de modo convincente, ya que sólo argumenta principios más o menos abstractos (tales como los muy valorados de la solidaridad, la universalidad y la cohesión social, pero que no le ayudan a resolver aquellas cuestiones concretas), convendría que retornase a la primera pregunta.

Si le parece que las «disfuncionalidades» anteriores sí se podrían resolver a través de un nuevo pronunciamiento en favor de la ética de la función pública y del juramento hipocrático, con el fin de corregir los

efectos anteriores u otros que haya podido considerar como no deseables, conviene que aclare:

— qué le hace pensar que la profesión sanitaria sea distinta a la del resto de los profesionales (con sus propios objetivos de bienestar individual),

— por qué razón el comportamiento de algunos de dichos profesionales cambia tan drásticamente según ejercite su actividad en régimen público o privada. Y si se pronuncia contra esto último, que identifica como el cáncer del sistema público, a) cómo piensa forzar la exclusividad real, de verdad, de dichos profesionales y b) si está dispuesto asumir las consecuencias (incluso con la posible dualización sanitaria, politización de unos contra otros, etc.) que ello puede provocar.

Si no tiene propuestas claras, retroceda al apartado anterior. Si tiene respuestas, explíquelas. Si además resultan convincentes a la vista de las acciones de gobierno dominantes, en el momento presente o en el corto plazo previsible, puede abandonar el ejercicio. Sus posiciones son suficientemente coherentes.

Si su respuesta es NO, siga el cuestionario.

3. Si es partidario de reformar el sistema sanitario, pero en base sobre todo a pequeñas reformas, por el lado, pongamos por caso, de la empresarización de la gestión (manteniendo el núcleo básico de la intervención pública) convendría que nos diga algo acerca de cómo piensa motivar a los gestores, y a los decisores, si además usted pone énfasis en la importancia de la gestión clínica. Convendría en este apartado reflexionar acerca de: ¿Cómo piensa deberían funcionar los servicios en la práctica? En concreto y vista la importancia que supone para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios, ¿qué incentivo recurrente tiene «in mente» establecer para los colectivos afectados?.

Si se trata de incentivos monetarios, esto es, dinero de verdad, aquí deberemos plantearnos si se está dispuesto a transferir riesgo efectivo (haciendo bueno aquello de «que el ojo del amo engorda el caballo»). Antes de pronunciarse, conviene que sepamos que con la información que disponemos es extremadamente difícil ajustar con certeza la financiación (por ejemplo la capitativa) al riesgo (esperado). Incluso en algunos casos es posible que ello no sea totalmente deseable, ya que la financiación se convertiría así, y de hecho, en retrospectiva con lo que no cabría esperar incentivo alguno de parte de los proveedores: «tanto gastas tanto te financio»!.

Si para lo anterior cree suficiente la utilización de dinero «virtual» (conferencias, reinversión en equipamiento, acceso a determinadas ventajas, o mejores servicios a los pacientes, para hacerlos cómplices de las medidas de mejora de gestión, que no siempre les van a convencer...), ¿quiere ello decir que está dispuesto

a observar variedad en capital físico, humano y de prestaciones a raíz de las diferencias anteriores? ¿Es éste el sistema sanitario que contempla? **Si su respuesta es negativa, su argumento no es, a mi entender, ordenado y coherente. Es recomendable que se reformule las preguntas del párrafo anterior. Si es afirmativa, podemos continuar interrogándonos acerca de qué otras reformas estaríamos dispuestos a apoyar.**

4. Si usted es partidario de reformas pero su anatemático y límite es la selección de riesgos (esto es, que puedan haber colectivos sin protección, porque son asistencialmente muy costosos), cabrá reconocer que hemos chocado con un elemento enormemente complejo en sus razones, pero nada ambiguo en sus efectos.

Sin embargo, antes de apresurarnos hemos de recordar que la selección de riesgos tiene que ver con el método de financiación más que con la forma de aseguramiento o de gestión de los servicios. En este sentido, conviene ser consciente de que el sistema actual permite la selección de riesgos en una serie de vertientes: en toda la financiación capitativa (de cupo en primaria), selección de tipología de población en la asistencia reformada, de servicios con posibilidad de referir actividad entre proveedores (generales propios versus regionales, concertados versus propios, ambulatorios versus servicios de urgencia, etc.) ¿Que plan tiene para corregir lo anterior?

Si no tiene plan alguno conviene repensar la cuestión anterior, y pensar, de nuevo, cual es la mejor manera de contemplar, de una manera realista, la selección de riesgos como obstáculo definitivo o no para las reformas que estamos valorando.

Si piensa

— que el problema de selección de riesgos tiene que ver en mayor medida con la naturaleza del proveedor (lucro de accionistas externos versus reparto social entre los proveedores asistenciales) por cuanto agota en mayor o menor medida las oportunidades que ofrece el sistema de financiación, por lo que entonces, ve con buenos ojos cooperativas médicas de gestión de servicios, SALs y similares, y no instituciones con ánimo de lucro gestionando servicios sanitarios, y además

— no le preocupa la participación ciudadana más allá de lo que puedan expresar sus representantes políticos, posiblemente aquí acaba su ejercicio. Nótese que el peso del sector privado con ánimo de lucro es en todo caso muy escaso en la financiación sanitaria pública, con lo que los márgenes de reforma sanitaria hasta este último extremos son múltiples: fundaciones, reconversión de personal sanitario, descentralización de la gestión a profesionales, conglomerados asistenciales, etc. **Su posición coherente (que localiza el lucro en sa-**

nidad como límite de las innovaciones) no ha de entorpecer, en todo caso, aquellas otras reformas no afectadas por dicho elemento. Si no se siente cómodo con dicha conclusión quizás convenga que retroceda un eslabón.

Si a usted

— no le convence que los profesionales o las instituciones sanitarias tengan tanto protagonismo directo con poblaciones asignadas, por ejemplo, y preferiría que la financiación pública en sanidad «siguiera a la elección» de los pacientes sobre base funcional (gestión de pólizas) y no tan sólo geográfica (Equipo médico de cabecera, hospital de referencia con servicios complementarios), y

— piensa que bajo financiación pública obligatoria debiera de existir un «vale» tipo MUFACE (olvidese si puede de sus contenidos actuales, ya que ello puede condicionar su criterio), conviene un punto de reflexión. Optar por dicho posición ante la reforma le obliga a ser consciente de que la dualización asistencial es probable que sea más explícita de lo que lo es en la actualidad (hoy también existe, pero de forma más implícita). De hecho, los efectos del vale se basan en que igualadas las oportunidades, los efectos resultantes de la elección, aunque sean desiguales, no se corrigen. **Si está dispuesto a aceptar esto último, su argumento es ordenado y coherente, y aquí acaba el ejercicio propuesto en este trabajo. Puede acudir ya, si lo desea, a la reflexión final del cuestionario. Si éste no es el caso, se impone el repensar las opciones anteriormente tomadas.**

5. Si a usted hasta la obligatoriedad de la afiliación le molesta, y preferiría que no le descuenten pagos por cobertura sanitaria, ya que usted la desea resolver por su cuenta, abandone el ejercicio. Su posición no es coherente con lo que había afirmado en la primera de las cuestiones, que se fundaba normativamente en criterios de bienestar social. Sólo posiciones liberalizantes suficientemente ambiguas pueden mantener la anterior confusión durante tanto tiempo.

6. Si usted es un convencido del sistema público, mantiene además un pronunciamiento ético funcional (de cuerpo, al que pertenece) contra la idea de «negocio» en sanidad, pero elige aseguradora privada desde su MUFACE particular, si bien está en contra de generalizar la prerrogativa de la que usted disfruta a los demás, ya que reconoce que la asistencia privada que ud. utiliza para cosas poco importantes es menos seria que la pública («high tech») a la que usted accede cuando hace falta (a través de las urgencias hospitalarias, o mejor aún, de un amigo) puede dejar también el ejercicio. Este tipo de posiciones ante las propuestas de reforma

son individualmente muy racionales, pero revisten escaso interés ético social.

Reflexión final: agenda de trabajo para seguir rumiando

Si se ha sobrevivido el cuestionario sin resultar terminal en algunos de sus extremos, vale la pena tener presente que no todo está resuelto. Conviene seguir pensando, sea cual sea su referente de reforma sanitaria, en temas tales como:

a) **La financiación a proveedores:** esto es, **cuál es la combinación más adecuada entre pago prospectivo** (que incentiva a hacer las cosas con eficiencia, pero quizás seleccione pacientes y genere infra-suministro de servicios) **y pago retrospectivo** (que, como es sabido, va mal para la eficiencia, pero no perjudica a la calidad asistencial).

b) **Los límites de la utilización de dinero público en manos privadas** en lo que se refiere a formas organizativas que mantengan, o incluso favorezcan, la fiducia y el control social. **Quiénes** pueden actuar para ello como **agentes por cuenta propia o por cuenta ajena** en el sistema sanitario puede ser también muy importante para que la relación de agencia entre profesionales y pacientes sea lo más perfecta posible.

c) **El grado en el que se quiera hacer participar a los consumidores en los éxitos de las innovaciones** (para que exista adhesión a los cambios y se eviten resistencias o comportamientos oportunistas).

d) **Las futuras fuentes de financiación** que complementen la presión fiscal actual, así como sobre qué **tratamientos neutralizadores**⁷ de los efectos potencialmente indeseables sobre el alcance de **equidad** que los legisladores y políticos otorguen al sistema, conviene finalmente corregir.

e) **El balance apropiado entre transferencia de riesgo a proveedores** (y a cuáles) **y la incapacidad de acompañar dicha transferencia con un ajuste de riesgo** suficientemente satisfactorio.

f) **El peso de la financiación de la actividad a coste marginal, acompañando a un elemento estructural «a tanto alzado»** a efectos de sufragar la parte no relacionada con la utilización con la que cuente el dispositivo asistencial, **o a coste medio**, más o menos completo y más o menos corregido por los componentes relativos a las tipologías de actividad asistencial realizadas.

Agradecimientos

Deseo agradecer los comentarios realizados a una primera versión de este texto por Vicente Ortún y por dos evaluadores anónimos.

Bibliografía

1. Ortún V. Contradictions and trade-offs between efficiency and equity. En Institut Borja de Bioètica, Allocation of Resources in Health Care. Barcelona: Fundació MAPFRE Medicina; 1996. p. 113-24.
 2. Lopez G. y Ortún V. La Economía de la Salud y los fundamentos de la Política Sanitaria. Madrid: Encuentro; 1998.
 3. Estruch A. Desigualdad y Política redistributiva. Una estimación de la incidencia de los gastos sociales en España a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares (1990-91). Barcelona: Edit. CEDECS. Economía; 1996
 4. Rodríguez M. y Calonge S. Aspectos redistributivos del sistema sanitario español Papeles de Economía Española. En prensa.
 5. Mas-Colell A. Sobre el carácter obligatorio y universal del aseguramiento sanitario. En G. López Casasnovas (dir) Análisis Económico de la Sanidad. Generalitat de Catalunya; 1994. p. 63-74.
 6. Urbanos R. Equidad horizontal en la provisión pública de cuidados de salud. Madrid: Documento de Trabajo de la Asociación de Economía Pública; 1997.
 7. López G. Las propuestas de reforma sanitaria. Condicionantes de eficiencia y de equidad. En Fundación Argentaria. Reformas Sanitarias y Equidad; 1997. p. 43-74.
-