

## **Sanidad pública: la reforma imposible**

Benito Arruñada

(*Revista de Economía*, núm. 11, 1991, 73-79)

El pasado julio se hizo público el *Informe* de la comisión de expertos presidida por el ex-ministro Fernando Abril Martorell y encargada de evaluar la asistencia sanitaria pública. Sus conclusiones, basadas en la reforma británica, no se ajustan a la caótica situación de la sanidad española: sus reformas más ambiciosas son inaplicables, y las aplicables conducirán, en la práctica, a un aumento de la burocracia.

Los problemas de la sanidad pública tienen dos orígenes principales, relacionados con la demanda y la oferta de la asistencia sanitaria: la gratuidad provoca una escasez sistemática, mientras que la provisión pública es ineficiente. Para corregirlos, el conocido como *Informe Abril* recomienda cobrar tasas moderadoras y poner en marcha otras medidas, que contengan el exceso de demanda, y convertir los hospitales en empresas públicas, con el fin de lograr mayor eficiencia. Su meta es construir un “mercado interno” donde la adquisición y provisión de los servicios dependerían de diferentes organismos y los proveedores competirían entre sí.

### **Reestructuración de la oferta**

El alza de los costes de la sanidad pública exige algún tipo de reconversión. Descartada la privatización, o bien se perfecciona su funcionamiento de acuerdo con principios burocráticos propios de la Administración Pública o se inventa un nuevo sistema organizativo. Esta última ha sido la opción elegida en otros países, en los que al problema de la sanidad planificada se le está aplicando una receta novedosa, consistente en crear un “mercado interno” dentro del ámbito público (véase artículo anexo). En él, la financiación sigue siendo pública, coexisten productores privados y públicos, y estos últimos son independientes de las autoridades sanitarias.

Si estos mercados “de diseño” funcionan bien, pueden ser la antesala política de una privatización futura de la provisión de servicios sanitarios. Sin embargo, al estimar sus posibilidades de éxito, conviene no olvidar que comparten con la planificación convencional las limitaciones derivadas de un mismo método de construcción racionalista: el desarrollo de un mercado interno es un intento supremo de planificación. La modestia de que pretenda imitar el mercado es sólo aparente: los derechos de propiedad son la base de un sistema de incentivos muy complejo, que es difícil reproducir artificialmente en el ámbito organizativo.

El *Informe* opta por el mercado interno, siguiendo el camino de Gran Bretaña y, en menor medida, Suecia. Ambos países partían de situaciones organizativas más racionales, por lo que es dudoso que nuestra sanidad pueda beneficiarse de imitar cambios tan ambiciosos. La Comisión basa sus recomendaciones en que, por la complejidad y volumen de la asistencia sanitaria, la burocracia administrativa no sirve para gestionarla. Pero nuestra sanidad se rige por el caos, no por una administración burocrática. Varios principios básicos de ésta no se respetan: la selección de los cuadros decisores se ha alejado extremadamente del elitismo profesional que caracteriza a las burocracias eficaces; los decisores apenas tienen margen de maniobra; y no se utilizan instrumentos principales de control, como horarios, sanciones o presupuestos—excedidos en más del 10% los últimos años—. Aun si hubiese que huir del modelo burocrático, sería necesario reparar los mecanismos administrativos tradicionales antes de abordar con alguna esperanza de éxito una aventura reformista de tanta entidad. Cabría también aplicar de forma aislada algunas de las piezas de la reforma, como la asignación del presupuesto en función de la demanda de cada zona geográfica. Junto con presupuestos cerrados, ello permitiría descubrir las áreas de mayor ineficiencia. La dificultad para ese reparto en función de las necesidades es más política que técnica, como revela el retraso de su introducción en Gran Bretaña.

**¿Una RENFE sanitaria?** Se recomienda también en el *Informe* que los hospitales y las áreas de salud se conviertan en sociedades anónimas estatales. Sin embargo, la conversión de dependencias ministeriales en organismos autónomos—o de éstos en empresas públicas—no garantiza mayor eficiencia, sobre todo si se otorga autonomía decisoria y no se exigen responsabilidades. La situación universitaria muestra cómo una mayor autonomía sin competencia ni responsabilidad puede aumentar los costes sin mejorar la calidad. El *Informe* no precisa la composición de los órganos de gobierno y el peso que tendría en ellos el personal. Es probable que de hecho resultasen dominados por los sindicatos y la *nomenklatura* médica, en un régimen de autogestión en el que la responsabilidad se difumina. Ya en la actualidad el margen de maniobra de los decisores es mínimo, como consecuencia, no de la centralización, sino de la organización cogestionaria y la politización directiva de los centros asistenciales. Nada garantizaría que, al convertir los hospitales en unidades autogestionarias, la reforma fuese a reducir estas restricciones. Al menos en el corto plazo, tendríamos hospitales autogestionarios tomando decisiones libremente en un mercado oligopolístico. Para que el mercado fuese competitivo, los hospitales ineficientes habrían de verse obligados a cerrar, lo que parece incluso más difícil que con el régimen actual. La competencia chocaría también con el poder monopolístico propio de una red hospitalaria que, tras las fusiones recientes, tiene base provincial en muchas regiones.

**Privatizar lo laboral.** En cuanto a las relaciones laborales, el *Informe* considera que el actual marco estatutario, casi funcionarial, no sirve para resolver los conflictos, y dificulta el

uso de criterios de eficiencia y la motivación del personal. Sin embargo, no es fácil trasladar los métodos del sector privado al sector público: no es buen lugar para la discrecionalidad aquel donde nadie se juega en última instancia su patrimonio—en la actualidad, ni siquiera su puesto—; y la retribución variable tiende a convertirse con rapidez en salario fijo. Además, muchas empresas privadas mantienen con éxito relaciones laborales basadas en carreras profesionales y salarios fijos a corto plazo, que son similares a las que pueden existir dentro de un marco estatutario—la cuestión es diseñar éste sabiamente—.

La Comisión propone adoptar la legislación laboral para el personal de nuevo ingreso, mientras que el personal antiguo mantendría su régimen actual, si bien sólo cobraría la retribución básica del Insalud o de los servicios autonómicos, y habría de negociar con cada centro la retribución variable. Esta idea choca con el fracaso experimentado por los regímenes laborales dobles en otros ámbitos, al hacerse insostenible el privilegio que comportan. Es dudoso que los mantuviese una Administración Pública que ha sido incapaz de evitar la funcionarización casi automática de sus contratados interinos.

**Respeto a los derechos adquiridos.** El *Informe* considera “absolutamente necesaria una mayor flexibilidad en la vinculación del personal”, e introducir “modificaciones profundas en la regulación laboral, especialmente referidas al personal de gestión”. No obstante, quizá para ablandar voluntades, introduce con profusión la salvedad de que se han de “salvaguardar cuidadosamente” los derechos básicos adquiridos, incluso los “derechos de expectativa” (?). Sin embargo, es posible que buena parte de la reforma en verdad necesaria consista en hacer cumplir los horarios, contener salarios y absentismo, y limitar la participación en la toma de decisiones. En suma, en reducir aquellos “derechos” que se traducen en menor esfuerzo y productividad.

En este sentido, es comprensible que no se haya analizado la productividad laboral, ya que es difícil estimar el producto en el sector servicios, la carencia de datos es desoladora—no se conoce ni el número de empleados—y el asunto es de por sí espinoso. No obstante, sería útil estimar su evolución reciente para valorar el que la participación de los gastos de personal en el total haya pasado del 47,1% al 53,1% entre 1984 y 1988. En los últimos años, los salarios han subido muy por encima de la inflación y las condiciones laborales han mejorado, reduciéndose de modo sustancial el horario de trabajo. Es probable que una parte sustancial del aumento de costes se haya destinado a aumentar las rentas de los empleados sanitarios justo cuando disminuía su productividad.

**La panacea contable.** La Comisión parece haber encontrado una tabla de salvación en la contabilidad, pues recomienda aplicar muchas de las técnicas del control de gestión empresarial, desde estimar el coste de las prestaciones a convertir los departamentos hospitalarios en centros de “coste/beneficio”—que cobrarían los servicios prestados mediante precios de transferencia y cargas nominales—, además de introducir “con carácter

masivo” el Plan general de contabilidad y las auditorías externas. En la aplicación de estas técnicas se depositan buena parte de las esperanzas reformistas. Por desgracia, ni las posibilidades de la técnica contable y auditora dan para tanto—los costes contables guardan escasa relación con el coste económico—; ni, tal vez, la situación de la sanidad española hace rentable su aplicación. Tampoco se ha tenido en cuenta que la función originaria y aún básica que desempeña la contabilidad de costes en la empresa no es ayudar a la toma de decisiones, sino una más modesta, consistente en facilitar el control y evitar el fraude.

Los objetivos reformistas son, por el contrario, ambiciosos. Se aspira a controlarlo casi todo mediante un sistema de planificación que, una vez desarrollado al límite, intentaría imitar incluso el funcionamiento incentivador del mercado. Además, la carencia de instrumentos contables básicos hace cuando menos prematura la aplicación de técnicas sofisticadas. Así, aun después de gastar mucho dinero en sistemas contables, todavía se ignora el número de empleados o el de camas, se carece de inventarios, y, cuando tales sistemas consiguen proporcionar algún número, es mejor no utilizarlo, pues distan de ser fiables.

**Control sin estimar costes.** Posiblemente sería más fácil y eficaz mejorar el control de los causantes de gasto, computando estadísticas fiables—no necesariamente en términos contables—de los diversos indicadores del gasto originado por cada médico. El fundamentalismo contable tiende a olvidar que la estimación de costes, forzosamente poco representativa del coste económico, no tiene una finalidad de valoración, sino de control; y que, con frecuencia, éste puede lograrse por otros medios.

Un sistema de control por excepción basado en indicadores físicos, si bien no podría evaluar de forma fiable todas las actuaciones, sí detectaría los despilfarros más graves. El problema principal con que se encontraría—y que de hecho ha encontrado en las últimas décadas—no sería de tipo técnico, sino disciplinario: para gestionar no basta con evaluar el rendimiento, es preciso también recompensarlo. Los intentos en este sentido han sido contradictorios. Quizá por un malentendido ideológico sobre la función y los ámbitos que son propios de la jerarquía, la autoridad y la democracia, se ha ido desbaratando el sistema tradicional de estímulo basado en la carrera profesional y se ha intentado gestionar por consenso; para terminar introduciendo primas variables, en lo que constituye un injerto contradictorio de dudosa eficacia.

En una organización, los incentivos no sólo han de ser positivos. El *Informe* ignora que hoy apenas existen sanciones. Todo tipo de control, y más quizá el administrativo, es en gran medida un control del fraude. Por falta de voluntad política o de instrumentos jurídicos, se han tolerado o sancionado con blandura actuaciones profesionales incorrectas y situaciones sistemáticas de fraude, como la venta encubierta de recetas de pensionista, el uso privado de medios clínicos o el incumplimiento del horario. La Comisión subestima el fraude y tiende a ver algunas de sus variantes como consecuencia de problemas de formación. Por ejemplo,

achaca la excesiva prescripción de medicamentos a conocimientos farmacológicos trasnochados, sin prestar atención a que, al dar recetas valiosas, el médico se gana gratis la apreciación del usuario. Nótese que son muy diferentes las terapias que convienen a ambos diagnósticos—respectivamente, formación y control—.

**La escisión de las atenciones sociales.** Se recomiendan diversas medidas que intentan liberar al sistema sanitario de las demandas de “atención social” no específicamente sanitaria que ejercen sobre él los ancianos y enfermos crónicos. La necesidad de esta distinción puede ser engañosa, ya que, posiblemente, desplace el problema sin resolverlo. El problema real es la rigidez de los centros hospitalarios, que han sido incapaces de adaptar su oferta a la demanda, proveyendo servicios asistenciales con contenido sanitario variable. La causa quizá reside en la tendencia de las gerencias hospitalarias a convertir su centro en un hospital de enfermos agudos. Es ilustrativo que el *Informe* califique dichas demandas como “cargas impropias”, término antaño utilizado para disculpar la ineficiencia de las empresas públicas. Su uso alerta de que quizá se pretenda esconder la ineficiencia y quedarse sólo con las prestaciones gratificantes.

Hay en este asunto un problema técnico, en el sentido de que una mezcla demasiado heterogénea de servicios pudiera hacer ingobernable el sistema. Pero si se aplicaran con éxito las reformas propuestas, los hospitales tendrían incentivos para adaptar su oferta a la demanda y serían perfectamente capaces de diseñar la mezcla más eficiente de productos, que quizá incluye servicios de atención geriátrica y crónica con bajo contenido sanitario. No es necesariamente óptimo que el cuidado de ancianos y crónicos termine siendo proporcionado por centros independientes. Los hospitales pueden encargarse de esas tareas mediante servicios específicos, pues comparten muchas características, pueden aprovechar economías de escala y tienen interdependencias con la actividad sanitaria. Por estos motivos, la separación organizativa puede generar problemas cuando cada servicio procura que el otro cargue con los costes: la manera más fácil de reducir la estancia media en los hospitales es dar altas anticipadas, lo que eleva el coste de los servicios sociales y de los pacientes. El control de estos efectos puede ser más fácil dentro de un mismo centro que en centros distintos.

**Mayor burocracia.** Ultimamente, se ha disparado la proporción de recursos que nuestras Administraciones Públicas dedican a labores de planificación y apoyo al ejercicio de sus tareas, ya sean éstas la educación, la sanidad o el gobierno. Las propuestas más fácilmente aplicables del *Informe* contribuirán a esta tendencia, repercutiendo en un mayor papeleo y en que se dediquen más recursos a planificar la asistencia sanitaria—en teoría, apoyando la actuación de los que sí la proveen, pero a menudo obstaculizando su tarea—. Si así fuera, el coste sería elevado, pues—casi siempre junto al argumento de que puede y debe hacerse con poco coste—el *Informe* aconseja engrosar diversas estructuras gerenciales: instalar sendos sistemas contables, externo y analítico; crear un organismo acreditador del personal

contratable—del que cabe temer que protegiese a los titulados nacionales—; potenciar el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud en su actividad estratégica; reforzar la capacidad gerencial; establecer un mecanismo nacional para evaluar la adopción de nuevas tecnologías y medicamentos; y —felicitémonos— crear un Instituto para estudios económico-sanitarios.

**Relaciones con el sector privado.** El *Informe* también recomienda que el Servicio Nacional de Salud subcontrate el mayor número posible de actividades, en especial los nuevos servicios. Por restricciones políticas, quizá es más fácil iniciar la privatización por las nuevas prestaciones; aunque sea en las antiguas donde la oferta privada respondería con mayor rapidez y eficacia. Además, la subcontratación externa requiere vencer la oposición sindical y contener el fraude—que es bastante más llamativo y por tanto impopular que el derroche oculto de recursos que plaga la producción interna—. Por ello, la Comisión debería haber ido más allá de una afirmación de principios de la que sólo discrepan las partes interesadas, e investigar sobre los impedimentos con que se encuentran el Insalud y demás organismos a la hora de subcontratar.

El *Informe* aconseja que el Servicio Nacional de Salud proporcione prestaciones opcionales que no estarían financiadas con fondos públicos, sino, en su integridad, por los pacientes. La propuesta permitiría utilizar mejor los recursos fijos y aumentaría la competencia de los proveedores privados de esos servicios. Esta segunda ventaja comporta también el riesgo de que la provisión pública se realice en régimen de competencia desleal con la actividad privada, lo que, en el límite, terminaría por nacionalizar la provisión de servicios sanitarios. Ciertamente es que el argumento tiene doble interpretación, pues esa provisión privada se hace en régimen no competitivo; sin embargo, para romper éste existen otras vías, como demuestra la entrada reciente de miles de dentistas formados en América.

### **Terapia sobre la demanda**

**El gozo de los logros alcanzados.** El *Informe* reconoce de entrada la “enorme contribución histórica y reciente” de la sanidad pública, que “ha contribuido de forma decisiva a la mejora del estado de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales”. Es indudable que la salud de los españoles ha mejorado en las últimas décadas; pero eso no garantiza una valoración tan positiva. El aumento del gasto en salud es sólo una de las causas de esa mejora, fundamentada en el mayor nivel de vida. Quizá la manera más barata de mejorar la salud sea invertir en carreteras. Además, aunque resulte duro pensarlo, incluso la mejora de la salud no es buena por sí sola: depende de qué privaciones exija el conseguirla. Si tuvieran la posibilidad de elegir, quizá muchos ciudadanos optasen por menos

asistencia sanitaria y más de otros bienes; y también por mejorar su calidad de vida adulta a costa de no prolongar su vejez.

**Pleitesía a la solidaridad.** El *Informe* asegura de modo reiterado que la reforma no debe perjudicar “el núcleo básico de equidad y solidaridad”. Respetando fielmente este principio, la asistencia sanitaria no es reformable. Si por equidad se entiende que todos los ciudadanos accedan a los mismos servicios, la única vía para conseguirla es el racionamiento organizado. El *Informe* lo reconoce implícitamente cuando define de modo estrecho dicho núcleo solidario, al proponer que las prestaciones cubiertas mayoritariamente con fondos públicos se limiten a las que se dispensaban gratis en 1986 a todos los usuarios, que la inclusión de nuevas prestaciones en este núcleo básico esté sujeta a decisiones específicas y que las excluidas se cofinancien.

En realidad, la situación actual dista de ser equitativa, pues favorece a los pacientes capaces de evitar el racionamiento y las listas de espera, a las áreas geográficas que logran mayores asignaciones presupuestarias—el gasto sanitario público por persona protegida es un 51,40% mayor en Navarra que en Galicia—, y a los empleados y usuarios que carecen de escrúpulos morales y están en situación de aprovecharse—sirvan dos ilustraciones: cada titular con prestación gratuita de medicinas consume unas cinco veces más medicamentos que el resto, mientras que el horario de trabajo efectivo de los médicos especialistas no supera las 28 horas semanales—. Además, la gratuidad fuerza el excesivo consumo de asistencia sanitaria, lo que favorece a los ciudadanos con mayor demanda de gasto en sanidad, frente a los que optarían por otros consumos. El sistema adolece así del defecto clásico de la caridad, al imponer una parte de la población sus preferencias al resto. Con el agravante de que los receptores de esta caridad sanitaria también la financian, al parecer sin enterarse.

**Tasas moderadoras.** Bajo el eufemismo de que los usuarios “participen” en el coste, se recomienda que abonen una tasa—“*ticket* moderador” según la jerga al uso— tras recibir las prestaciones, a la vez que firman una “factura-sombra” ficticia donde figuraría el coste total estimado. Estas facturas-sombra padecen una debilidad intrínseca, al ser producto de la artificiosidad contable, al menos en el período transitorio. Sus beneficios “educativos” son dudosos, sobre todo si las estimaciones son poco fiables, por lo que no procede calcularlas independientemente. Tiene más sentido utilizar los precios que se obtendrían como subproducto gratuito de la contratación propia del mercado interno, pero entonces han de verse como uno de los pasos finales de la reforma.

El cobro de tasas moderadoras es más razonable, porque desanima el consumo trivial y conciencia acerca del gasto, sin que dependa de estimaciones cuestionables y laboriosas de los costes. El *Informe* recomienda tasas simbólicas, pese a las ambiciosas finalidades que les asigna y a que aconseja una facturación basada en cálculos de costes. Sin embargo, para ser

efectivas, las tasas no pueden ser simbólicas; como muestra el que en los seguros privados el asegurado suele cargar con una parte sustancial de los daños, entre el 10 y el 25%.

**Reacciones e incultura cívica.** Muchas respuestas al *Informe* han sido reveladoras de nuestra escasa educación cívica. Es triste constatar que la democracia y el aumento de la presión fiscal no parecen habernos enseñado gran cosa sobre quién paga el coste de los servicios públicos “gratuitos”. ¿Cuántos españoles saben que los impuestos sobre la gasolina han subido más de seis pesetas el último año, a las que se unirán cerca de nueve en 1992? Debido a esta ignorancia sobre el coste del Estado, el *Informe* pondera en exceso las conclusiones de una encuesta sobre la satisfacción de los usuarios en España y diez países desarrollados, entre los que significativamente no se incluyó Suiza. Según el estudio, los españoles estamos muy insatisfechos, pues nos situamos en el puesto noveno. La comparación es engañosa: quizá estamos menos satisfechos y queremos mejores servicios porque ignoramos lo que nos cuestan, mientras que los votantes de países más educados tienen más en cuenta los costes de una mayor calidad asistencial. Para ser relevante, la comparación no debiera tomar como referencia países cuyos habitantes gastan en sanidad un promedio del 80% más que nosotros.

**Invisibilidad del coste.** El *Informe* aconseja financiar con las cotizaciones a la Seguridad Social una parte mayor del gasto en sanidad—en contra de la política mantenida últimamente—, con el fin de hacer más visible el coste a los cotizantes y de que el déficit repercuta sobre ellos con rapidez. Ciertamente, la transparencia sobre el coste del sector público es la pedagogía más eficaz en educación cívica. Pero quizá no es necesario dar un trato especial a la asistencia sanitaria, cuando por el mismo precio político se pueden adoptar reformas que educarían sobre el coste de todos los servicios públicos.

Una solución sencilla y complementaria consiste en rasgar el velo de apariencias que rodea la cotización de los trabajadores a la Seguridad Social. Para concienciar sobre el coste, es fundamental que conste la realidad económica en las nóminas, rompiendo la ficción que distingue entre cuota patronal y obrera, e informando sobre la carga total. ¿Cuántos trabajadores de salario mínimo saben que la Seguridad Social recibe casi la mitad del valor de su trabajo? Sería aun mejor que las empresas pagasen el total bruto y los ciudadanos domiciliasen las cargas sociales en sus cuentas bancarias. También es posible aplicar idéntico sistema a las retenciones del impuesto sobre la renta, evitando la distorsión actual, puesta de manifiesto cada año por el mayor enfado que provoca el pago de la cuota diferencial, pese a ser minúscula en comparación con la cuota total. El coste administrativo de semejante sistema no tiene por qué ser superior al del actual, aunque al trasladarse de empleadores a empleados exigiría un acomodo compensador.



## Conclusión

El *Informe* constituye una base incompleta para la reforma. Su propuesta global es orientar diversas políticas hacia la creación de un mercado interno. Si desde la actual situación ese tránsito es imposible, hubiera sido preferible que se concentrara en estudiar las dificultades que encontrarán sus propuestas menos ambiciosas. Desgraciadamente, es más específico al definir la situación final, basándose en experiencias extranjeras, que en concretar los pasos necesarios para alcanzarla. Y aún menos en discutir los impedimentos particulares de la situación española, que, probablemente, harían que el remedio reformista fuese peor que la enfermedad. No obstante, bienvenido sea si enciende el debate.

El riesgo—ya casi confirmado—es que se apliquen sólo las recomendaciones más cuestionables del *Informe*: aquéllas que proponen nuevas tareas para los cuadros centrales del Ministerio, las que defienden la instalación masiva de sistemas contables, y, seguramente, la inversión en activos que mejoren sólo la calidad aparente de la asistencia. Es sencillo aplicar cambios que no amenazan las prebendas del personal. Por ello, es probable que el *Informe* estimule la tendencia a sobrecargar los *staffs* gerenciales. Ocurre lo contrario con las propuestas que actúan sobre la demanda, que son las más impopulares y ya han sido descartadas. Para bien o para mal, los cambios más de fondo habrán de esperar a un mayor deterioro. La opinión pública es conservadora y contraria a las recomendaciones más sustanciales en este terreno. La imaginación política del país parece atenazada por un telón de acero mental. Quizá también aquí el colapso integral es un prerrequisito del cambio.