

Artículo aparecido en el primer número de la Revista firmado por Ernest Lluch, ex-ministro de Sanidad, que mantiene su vigencia y que reproducimos en este número como homenaje

Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos

Ernest Lluch

Catedrático de la Universidad de Barcelona.

Resumen

En el sector sanitario la superioridad de la sanidad pública sobre la privada es evidente, consumiendo menor gasto sanitario relativo y obteniendo mejores resultados en términos de las dos variables que mejor resumen la calidad médica: menor mortalidad infantil y mejor esperanza de vida. Si en el campo de la producción, con carácter general, los mecanismos habituales de mercado contienen eficaces características para satisfacer las respectivas demandas, en la sanidad estos mecanismos no son eficaces. La sanidad está sometida a tres grilletes que la condicionan en gran manera: 1) las innovaciones tecnológicas, en general, mejoran la calidad de la atención sanitaria pero no reducen el coste. 2) no existen en el mercado sanitario mecanismos autorreguladores suficientes (el tercer pagador, público o privado y la relación de agencia a través de un médico, hacen que los tres actos de elegir, consumir y pagar no queden integrados en un solo instante con la compensación mutua que ello supondría. 3) la demanda de servicios tiende al infinito. Conociendo y comprendiendo estos grilletes se trata de enfocar la organización interna de la sanidad de manera adecuada, incorporando técnicas de gestión del sector privado, y también conectando con las mejores regulaciones de tipo administrativo y compulsivo, mejorando los procesos de gestión para de esta forma mejorar el servicio.

La sanidad, al igual que algunos otros sectores como la enseñanza, no responde a los mecanismos habituales del mercado. Es bien conocido que en el campo de la producción estos mecanismos contienen eficaces características para satisfacer las respectivas demandas, pero esta afirmación debe, de acuerdo con la experiencia, estar contrastada con los hechos. En sectores determinados como la sanidad esta afirmación general no resulta cierta y así los que intentamos no poseer un espíritu dogmático sino laico, pode-

mos defender puntos de vista diferentes sobre la eficacia productiva del mercado según hablemos de unos sectores u otros. En segundo lugar debemos ser conscientes de que, sin un amplio aliento redistribuidor, el mercado conlleva importantes desigualdades.

La superioridad de la sanidad pública sobre la privada es evidente si se deja de hablar ideológicamente y se pasa a concentrarse a contrastar la ideología con los hechos. Así, si comparamos su coste podemos ver que en los países donde el sec-

tor público es mayoritario se gastan en sanidad el 7 por ciento de todo lo que se produce anualmente mientras que donde el sector privado es mayoritario se ha sobrepasado el 14 por ciento. Aquellos países donde desde lo público ha habido un cierto decantamiento hacia lo privado, como el caso de Alemania, ello ha costado encarecer la sanidad en más de un 2 por ciento. El caso del mayor gasto sanitario en Cataluña está explicado por razones históricas de una menor presencia de lo público de raíces pero también por el talante de Laporte.

Cualquier médico que haya leído hasta aquí, puede estar tentado de acusar este razonamiento de economicista. Podría tener razón si no fuera que a un menor gasto público le corresponden normalmente mejores resultados en términos de las dos variables que mejor resumen la calidad médica: menor mortalidad infantil y mejor esperanza de vida. El caso de los Estados Unidos con casi 40 millones de personas sin acceso a cualquier atención médica es estrictamente dramático. Un gran país que es capaz de enviar miles de soldados al Golfo Pérsico y no es capaz de resolver un problema básico como el de la sanidad debido a mantener mecanismos básicamente privados. La potencia de los sectores privados sanitarios es tan fuerte que cuando

Hillary Clinton intentó llevar a cabo una reforma “a lo Romeo Gorría”, ministro de Trabajo bajo el franquismo, según expresión que he oído al doctor J. M. Ricoy, fue derrotada en toda la línea. Lo peor no fue su derrota sino que el empujamiento privatista hace que barrios enteros de Nueva York tengan peores índices de salud que la antigua Ceilán, actualmente Sri Lanka.

Los costes de la sanidad en todos los países no solamente son altos sino que han ido creciendo en términos reales. Es decir que la parte de la producción que absorben es cada vez mayor. Aquí se acaba de rematar el clavo: cuanta más sanidad privada, mayor aumento del coste global. A la inversa, cuánta más sanidad pública menor aumento de coste. Este aumento irrefrenable es debido a varios factores. El más profundo es que las nuevas tecnologías y las nuevas medicinas mejoran substancialmente la calidad pero no ahorran costes, en promedio, sino que los aumentan. Otro factor es que la demanda de atención sanitaria no para de aumentar (psiquiatría, prolongación de la vida, salud bucodental) al contrario de lo que pasa en muchos otros servicios. Tampoco el mecanismo básico del mercado (quien compra es el que paga directamente, quien encarga y quien consume) funciona porque son

respectivamente el sector público o privado, el médico y el paciente. Al no ser una unidad no minimizan costes. Todo ello sumado es lo que hace que los gastos de la sanidad aumenten en todos los países y aún más si es algo privado y aún mucho más si es mayoritariamente privado.

Esta doctrina que, con matices, responde a los hechos, es contradicha por una persona: José Barea. Esta simpática persona de acuerdo con los principios más ancestrales del arbitrista afirma que “el gasto sanitario es controlable a medio plazo”. Para ello es necesario eliminar “los obsoletos corsés legislativos”. Siempre que se ha hecho este procedimiento, los costes se han disparado. Recomienda adoptar la legislación mercantil que es lo que funciona en el país con más costes sanitarios y con más marginación del primer mundo: los Estados Unidos. La realidad no parece interesar al catedrático de una asignatura tan reguladora como la de Organización de la Contabilidad y Procedimientos de la Hacienda Pública. Le pido que aplique la asignatura en vez de meterse en los vericuetos del “mercado y de la legislación mercantil”. Encima propone que se “recojan las variaciones de la demanda”. Es imposible de decir algo más simpático y más caro. El propio PP está introduciendo medidas de talante privatizador, más pru-

dentos, pero que pueden tener, y a mi entender tendrán, un efecto casi inmediato de aumento de costes. Me da la impresión que el agradable profesor Barea ha estudiado poco los grilletes concretos que atenazan la sanidad. Hay que conocerlos en profundidad pero antes de hacerlo es bueno saber que tenemos excelentes indicadores sanitarios que se evaporarían si se intenta eliminar el sector público y universal de la Sanidad. ¡Si no lo pudo hacer la Señora Thatcher no lo hará el Profesor Barea!

Durante los últimos años, la amplia polémica sobre la sanidad parece que se ha cerrado. Por un lado resulta indiscutible que las sanidades con una gran participación pública cuestan solamente entre el 6 y el 8 por ciento de la producción de un país, mientras que se obtienen mejores indicadores sanitarios que en aquellos países donde esta participación en términos económicos es mayor pero conducida, básicamente, por el sector privado. En este argumento figura de una manera destacada el caso de Estados Unidos. El gasto sanitario, más privado que público, significa ya el 14 por ciento de lo que se produce pero además se está en un mecanismo de gasto tan expansivo que se piensa que puede llegarse al 20 por ciento dentro de muy pocos lustros. Así, mientras que en otros

sectores la actividad privada se ha demostrado mucho más eficaz y mucho más económica, en lo que respecta a la sanidad, cuando el predominio del sector privado es manifiesto, cuesta más económicamente y además obtiene peores indicadores sanitarios.

En el otro extremo, sanidades como la británica o la española que no van más allá del 6 por ciento de la producción, mantienen unos niveles sanitarios francamente mejores con un gasto realmente reducido. Esta es una discusión en la cual lo económico y lo sanitario parece que van en el mismo sentido. Cuando el gasto es, en términos relativos, menor, los indicadores sanitarios son mejores y, por el contrario, cuando el gasto sanitario es muy alto los índices sanitarios son peores y además con millones de personas desprotegidas. Dentro de unos márgenes, naturalmente.

Afirmar ésto significa que el mercado, tan eficaz en muchos sectores, en el campo sanitario no lo ha demostrado así, por lo que la modesta reforma de Clinton iba por el camino de las preocupaciones sanitarias, pero también por el camino de reducir los costos que les dificultan la competitividad de sus productos en el comercio internacional.

La sanidad, por su propia naturaleza, tiene algunos mecanismos que hacen que el

mercado no sea eficaz. Sabido es que el mercado, en muchas ocasiones, asigna mejor y de una manera más económica. Mas en el terreno de la sanidad se manifiesta insuficiente y, además, la evolución de la tecnología no es la más favorable para que la presión del gasto no se manifieste con toda dureza. Explicar estos fenómenos que afectan a la sanidad en su naturaleza más profunda es, desde mi experiencia, explicar que está sometida a tres grilletes que la condicionan en gran manera.

El primer grillete puede explicarse con toda sencillez al decir que, en general, las innovaciones tecnológicas tanto en el campo estrictamente sanitario como el farmacéutico, mejoran la calidad de la atención sanitaria pero no reducen el coste. No se trata de innovaciones que ahorran trabajo u otros costos sino de innovaciones que solamente mejoran la calidad sanitaria, con lo importante que ello es, pero no reducen costos. Estas innovaciones, de resultados sanitarios positivos y de resultados económicos encarecedores, no son patrimonio exclusivo de la sanidad, pero en otros sectores se dan con una intensidad muchísimo menor.

El doctor Conde Olasagasti añadía a este hecho, otro. Es muy difícil el que, en un hospital donde se introduce una nue-

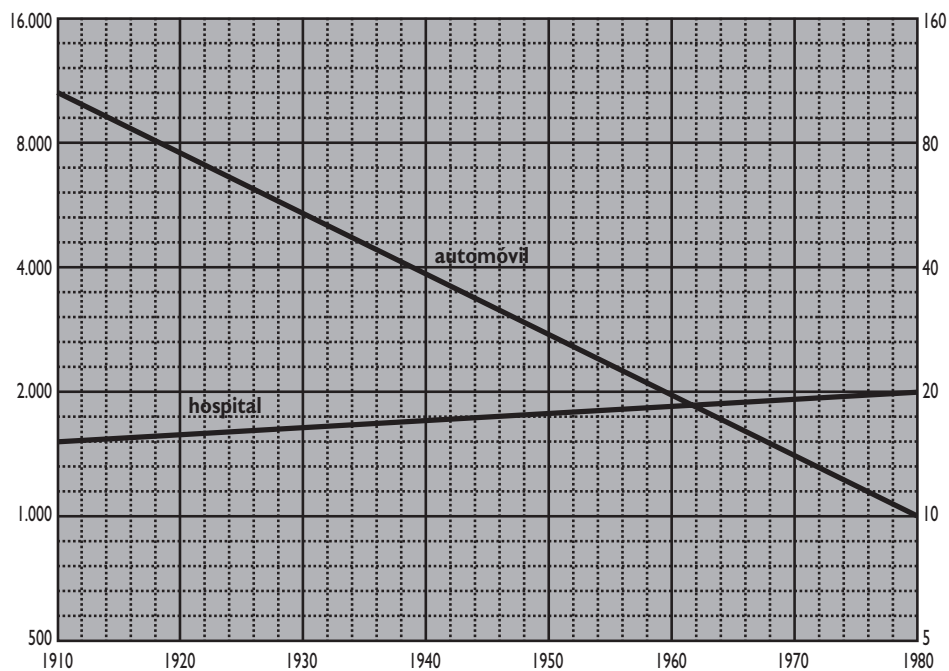
va tecnología, se retire la anterior. Tanto el primer aspecto como éste, no solamente pasa en la sanidad pública sino que también en la sanidad privada. Insistiendo en este segundo aspecto, diremos que, cuando se introduce una técnica muy avanzada, en general los médicos no retiran la anterior para asegurar el que no puedan haber errores. Dado que cada tecnología que se introduce es más cara que la anterior, ello significa que hay una acumulación de la última innovación más la penúltima que encarece. Raramente, y así me lo ha confirmado el doctor Segovia de Arana, hay mecanismos para retirar la tecnología anterior con lo que el proceso es acumulativo. No existen, insisto, mecanismos que eviten ni el que las nuevas tecnologías encarezcan, aunque mejoren la calidad, ni que aparezca una tecnología que por su propia fuerza y claridad ante los médicos, elimine la utilización de tecnologías menos intensivas desde el punto de vista económico.

Si comparamos lo que sucede con la sanidad en relación con la industria más típica del siglo XX, veremos que el problema que planteamos no es en absoluto desdeñable. El número de horas necesarias para comprar un automóvil de pequeña potencia en 1910, era cercano a las 12.000 horas, mientras que en 1950 se había reducido a 3.000 y en 1980 a

1.000 horas de trabajo. Se trata de medir lo que vale un automóvil de acuerdo con la cantidad de horas que se pueden comprar. Una simple aplicación de la teoría de Adam Smith del valor demandable. (Ver gráfico 1). En cambio, si analizamos las horas de trabajo necesarias para el mismo período 1910-1980, nos encontraremos con que si las horas para pagar el coste de una habitación de hospital era de 18, a principios de siglo, a finales del mismo habrá ascendido lentamente hasta 20.

Por lo tanto, el primer grillete sobre el que encontramos limitaciones en el mundo de la sanidad es el de unas innovaciones tecnológicas que indudablemente han mejorado mucho la calidad pero que no han reducido los costos. Es algo peculiar de la sanidad pero que puede extenderse a otros servicios como el de la enseñanza. En cambio, el caso del automóvil será indicativo perfecto de lo acontecido en el mundo de la industria y de la agricultura y en algunos servicios de una manera, además, en los últimos años, absolutamente acelerada.

Romper este primer grillete significa el premiar aquellas tecnologías que mejorando la calidad sanitaria ahorren costos económicos y también introducir dentro del sistema mecanismos de elección y de supresión de tecnologías de “cosechas”



- Horas de trabajo necesarias para comprar un pequeño automóvil (escala a la izquierda)
- Horas de trabajo necesarias para pagar la estancia diaria en un hospital (escala a la derecha)

Gráfico I.: Precios relativos del automóvil y del hospital.

Fuente: J. Fourastié, *L'évolution des prix à long terme*, Paris, 1969, pags. 223-227, 238-239.

menos pertinentes. El mercado, por sí solo, no hace este proceso por lo que el crecimiento de costos parece una realidad ineluctable y con frecuencia, en el sector público, donde se admiten más las intervenciones, reglamentaciones o regulaciones, es más fácil de controlar este proceso. Quienes solicitan y pagan la sanidad privada entienden mucho menos que el mercado no autocorrija el proceso y

rebaje costos con lo que se resiste mucho más a que se produzcan medidas reguladoras que, al no ser automáticas y espontáneas, deben ser coercitivas.

Demostración de lo que estamos diciendo es que, cuando se analizan los sectores económicos con más futuro desde el punto de vista del empleo, destacan el de la sanidad junto con el de los sistemas de computación. En un estudio rea-

lizado para los Estados Unidos, el mayor aumento de empleo que se prevé entre el año 1992 y 2005 es el de trabajadores de la sanidad a domicilio y el segundo es el de analistas y programadores de sistemas de computación. El primero crece mucho porque la productividad global del sistema sanitario se expande poco a poco lo cual obligará a descargar los hospitales en beneficio de la hospitalización domiciliaria. Proceso que no ahorrará mano de obra sino que la aumentará hasta colocarla en primer lugar. Dicho de una manera concreta, los trabajadores de la sanidad a domicilio con un aumento cercano al 140 por ciento significará el aumento más elevado.

Por contra, los citados analistas y programadores de sistemas de computadores que son tecnologías que ahorran y desplazan trabajo de otros sectores tendrán un aumento considerable pero no muy superior al 115 por ciento. Si analizamos el resto de los sectores, nos encontraremos con que los que aumentan más son también aquellos muy intensivos en trabajo y donde no hay innovaciones tecnológicas que los ahorren, como los trabajadores de agencias de viaje, quienes se cuidan de los niños o de los jubilados así como los cocineros. (Gráfico 2)

El segundo grillete de la sanidad es el marcado por el hecho de que no existe

en su interior un mecanismo autorregulador suficiente. Cuando compramos un producto que sea un bien duradero pensaremos en comprar el de máxima calidad pero atemperaremos nuestros deseos teniendo en cuenta su precio así como si su uso cotidiano nos va a ser gratificador. Una corbata o una blusa se comprará en función de la calidad que, normalmente, cuanto más alta significa mayor precio por lo que aquí también atemperaremos la elección en base al dinero del que dispongamos. Mas tendremos un tercer término, que será también atemperador, que es el tener en cuenta el que va a nuestra manera de ser.

En cambio, en la sanidad pública y en la sanidad privada estos tres actos que se autoorganizan en la base de un único individuo, de una única familia o de una única empresa, quedan desgajados absolutamente con lo que no existe el autoequilibrio o la autoregulación. Quien compra un medicamento, el médico, no lo va a consumir, el enfermo lo va a consumir pero no lo va a pagar. El Estado o la compañía sanitaria privada no lo van a recetar ni a consumir pero directamente sí lo van a pagar. Si la sanidad es pública se pagará a través de impuestos o de contribuciones a la Seguridad Social pero en unos actos absolutamente separados del instante en que uno debe ser atendido. Si

es privada a través de cuotas ya pagadas o no pagadas pero no proporcionales ni ligadas a lo que costará el acto médico.

Esta separación le dará la impresión de que tiene un precio cero, pero lo que ahora queremos señalar, otra cosa señalaremos más adelante, es que el médi-

co, con frecuencia, cuando recomienda una intervención quirúrgica o bien un producto farmacéutico, no tiene en cuenta el coste porque no debe pagarlo. Es indiferente para nuestro razonamiento que lo pague alguien privado o alguien público, y tampoco lo consumirá el médi-

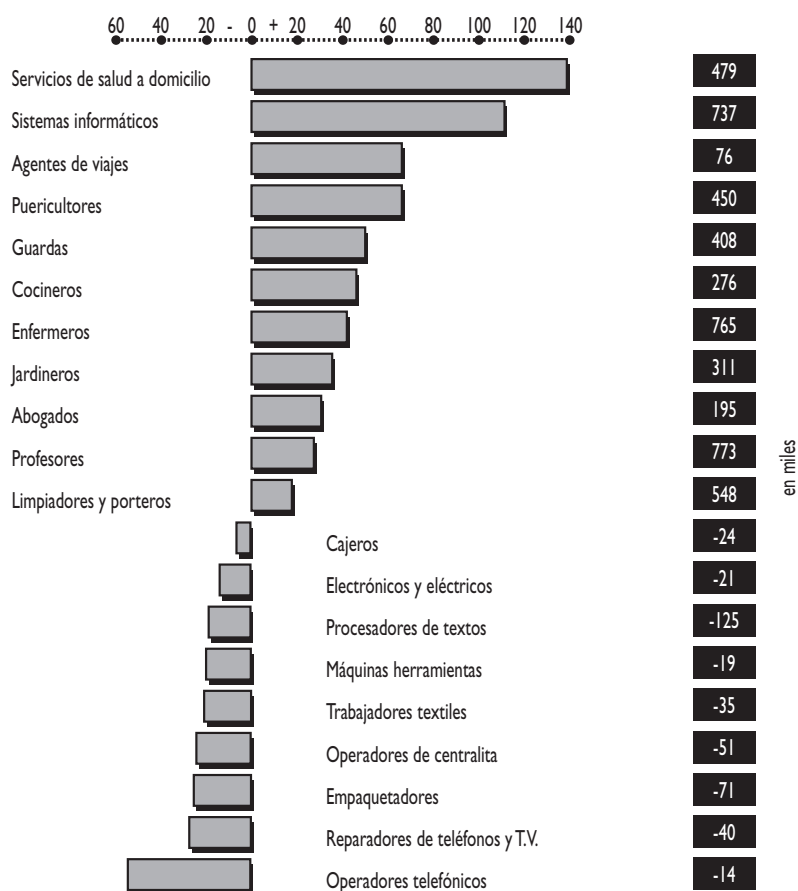


Gráfico 2.: Variaciones de ocupación en los EE.UU. por sectores: %2005 sobre 1992.

Fuente: Oficina de Estadísticas Laborales, Washington, 1992.

co puesto que en ocasiones se puede ver que cuando el facultativo recomienda para él, para su familia o para algún íntimo amigo, modula en algunas ocasiones sus prescripciones o recomendaciones. Mucho más quedarían moduladas si el efecto “precio” quedara integrado.

Queremos con esto significar que una de las causas por las que la sanidad privada tiene tantas dificultades en el mundo contemporáneo es porque los tres actos de elegir, consumir y pagar no quedan integrados en un solo instante con la compensación mutua que ello supondría. Al no funcionar el mercado es normal que tengan que funcionar normas administrativas que siempre tienen un cierto grado de coerción extraño a la lógica del sector privado. Anotemos como un ejemplo parcialmente válido pero indicativo que, en los últimos años, las presiones de demanda salariales de los médicos han sido o han encontrado mucha mayor dificultad y resistencia en el sector privado que en el sector público. En ello no hay una mala voluntad del sector sanitario privado sino que es reflejo de una lucha extraordinariamente difícil para contener los costos. No estamos diciendo, en ningún caso, que la sanidad no tenga un costo, lo que analizamos es que, en el momento de utilizar servicios médicos, este costo queda algo difuso. Si compa-

ramos con un seguro de vida, veremos que la situación es totalmente diversa entre otras razones porque todos perdemos la vida pero en cambio algunos la pierden después de elevados gastos sanitarios y otros con gastos realmente mínimos. “La salud no tiene precio pero tiene un coste” es una frase profunda. Fórmulas de tasas no corrigen el sentido negativo de su contenido más íntimo.

El tercer y último grillete característico que dificulta la vida sanitaria es que, ante la sensación directa de que no existe precio en la sanidad y la dificultad de establecerlo, la demanda de este tipo de servicios tiende al infinito. Sabemos de sociedades en las que el consumo de pan, como la nuestra, ya se ha reducido en términos relativos e incluso absolutos. Algunas sociedades han reducido el consumo de carne o bien el de la demanda de plazas universitarias. En cambio, en ninguna sociedad existe la impresión de que la demanda sanitaria es limitada. Al aparecerse, equívocamente pero ciertamente que no tiene precio, la demanda parece tender al infinito. Sabido es el conocido caso de que cuando en una comarca se construye un hospital pensando que el número de camas instaladas es superior a la demanda no pasarán muchas semanas sin que todas las camas estén ocupadas. Siempre recordaré que la caída

de la natalidad que se ha producido de una manera tanto más intensiva donde el grado de práctica religiosa católica era más alto, se planeó reducir las camas dedicadas a los niños menores de 5 años en los tres hospitales de Pamplona. La reducción fue muy fuerte y se liberaron el 66 por ciento de las camas dedicadas a estos servicios. Los responsables sanitarios del Estado, de la Diputación y de la Universidad de Navarra respiraron tranquilos pensando que durante un largo período la presión hospitalaria disminuiría. Todo fue en vano puesto que una demanda sanitaria que parece tender al infinito, cubrió en poco tiempo las camas liberadas. Un tiempo que fue corto y que aún pareció más corto a los responsables. La oferta crea la demanda.

Explicar estos tres grilletes de la sanidad significa no tan sólo explicar un proceso sino plantear la necesidad de enfocar la organización interna de la sanidad de la manera más adecuada posible. Y ahí sí que es posible aprender técnicas de gestión del sector privado pero al igual mejorar las normas de la administración

y del control. Es decir, que si por un lado hay que aumentar y mejorar las técnicas de gerencia, para decirlo de una manera sintética, por otro habrá que conectar con las mejores regulaciones de tipo administrativo y compulsivo. Mirar hacia el mundo administrativo francés o el cameralismo germánico sería una buena orientación.

Más entender el proceso es también comprenderlo y por lo tanto, tanto si hablamos de la utilidad que puede tener la participación de los usuarios en el mundo de la sanidad como si contemplamos la evolución de los productos farmacéuticos, estos tres grilletes tendrán que ser comprendidos, aceptados y actuar de la mejor manera posible para que su peso sea el menor.

He utilizado la expresión grillete no solamente por su tradición académica sino también por la fuerza de una palabra que nos expresa mejor que ninguna otra lo que es una limitación objetiva. Limitación que puede solamente ser salvada con la aplicación de nuestros mejores haceres en el mundo de la sanidad.

