

Sanidad: ¿Anclar gastos o mejorar la financiación, de Guillem López i Casanovas en Dinero de La Vanguardia

En la discusión de anclar el gasto o incrementar la financiación hace falta una premisa básica de entrada. Sea la que sea la alternativa adoptada, tanto desde la economía de la salud como de la gestión del gasto sanitario, se requiere limpieza desde la planificación -contra el despilfarro, las duplicidades- y orden en la provisión, frente a la baja productividad asistencial, el absentismo profesional y el relajo en el gestor-conseguidor político. Debemos visualizar el gasto que deberá sostener la financiación pública como el resultado de tres dimensiones moldeables.

Un primer eje es el de cobertura de servicios (quién y por qué razón tiene garantizada la cobertura sanitaria). España lo ha recorrido con la universalización (de cotizante a contribuyente, a ciudadano con sin papeles..) más que nadie y en relativamente poco tiempo. En Alemania es más selectivo: obligatorio para quienes no superen unos determinados ingresos y optativo para el resto. Creo que aquí los márgenes de reforma, con marcha atrás son muy escasos, y el selectivismo, en favor de la prueba de medios, de los que menos tienen puede alcanzar únicamente y en su caso, la cobertura complementaria.

Un eje distinto es el de la cobertura de contenidos (prestaciones): no quién es elegible, sino a qué. En otras palabras, a qué se tiene derecho y bajo qué condiciones. Aquí toca centrar la mayor atención. En cuanto a la cobertura asistencial, entre los parámetros curar, con actividades diagnósticas y terapéuticas de eficacia objetivables, y cuidar, de componente más o menos utilitarista. En este eje, podemos diferenciar, entre los sistemas públicos, dos orientaciones, que en España necesitan clarificación.

ORIENTACIONES

La primera de estas orientaciones sería la propia de los “sistemas de aseguramiento social” (Austria, Bélgica, Holanda, Francia, Alemania). Estos se caracterizan por una cobertura amplia, con un gran abanico de prestaciones -hasta la homeopatía, balneario...- y unas aportaciones privadas de usuarios complementarias canalizadas a

través del propio sistema público. Por otro lado, estaría el llamado prototipo “servicio nacional de salud” (NHS en sus siglas en inglés), que limitan, concentran, racionan, priorizan y eluden en general copagos en el sistema público, pero si pagos directos del 100% en el sistema privado del que se acompañan.

Se trata de dos opciones completamente diferenciadas. En el último caso, lo que entra se decide según prueba de coste efectividad, según coste por año de vida ganado ajustado por calidad, y una limitación según el punto de corte económico que permite la decisión política de cuanta financiación debe ser asignada al servicio nacional de salud. El coste es el coste del sistema. En un sistema de aseguramiento social, sin embargo, cabe casi todo, pero claro, la incidencia que esto va a tener en los costes de la utilización, la va a marcar que buena parte de su acceso lleva un copago, con lo que el coste se comparte entre usuario y contribuyente.

Por tanto, todo NHS tiene que replantearse anclar su gasto a partir de la financiación disponible, ya que los costes son los del sistema, bien priorizando con tijeras de podar y reglas supinas (lo viejo permanece y lo nuevo se cuestiona) o si se quiere y sabe, con bisturí para cirugía fina (coste efectividad incremental, según años de vida ajustados por calidad). Y lo efectivo, de coste sin embargo no asumible en el momento, a copago del cien por cien (que es lo que supone la exclusión de catálogo público).

En sistemas de aseguramiento social los catálogos son mucho más amables, entra casi todo, pero luego para que este terreno de elegibilidad tan laxa no lleve a una utilización excesiva, los costes se comparten, lo que en parte frena algo la demanda.

Sobre todo ello habrá que tomar alguna decisión en España ya que todo a la vez no puede ser si queremos garantizar la suficiencia financiera del sistema. O anclamos el gasto, o incrementamos los ingresos públicos donde ya no llegue la imposición por la vía de las tasas (lo que quiere decir copagos).

CLARIFICAR

1-Un copago es una tasa. Y por tanto un ingreso público canalizable a través del propio sistema sanitario. No es por lo demás cierto que todo copago sea más inequitativo que un impuesto. Depende de con qué alternativa de financiación se compare y su grado de evitabilidad.

2-Gastar más no es solución sin asegurar la eficiencia en el gasto. Cabe preguntarse en qué se va a gastar, para quién (beneficiarios) y a expensas de quién (quien lo va a financiar).

3-Es inútil la cantinela de que España gasta menos de no sé que media. Lo importante en la coyuntura no es el nivel sino la tasa de crecimiento sostenible.

4-Las necesidades, aspiraciones colectivas de más y mejor sistema sanitario se asocian al desarrollo social y a la capacidad de generar renta económica. Ello afecta a Catalunya, con presiones de gasto superiores y financiación en la media estatal española. La reivindicación del cierre de brecha es básicamente política, que fluye desde el soberanismo hasta el independentismo.

5-Gasto es coste por cantidad.

A igual anclaje de gasto, si esta es la opción elegida, la alternativa de mantener cantidades (servicios) a costes unitarios menores tiene el componente productividad (menos sustituciones) y retribución por hora efectiva de trabajo menor como amortiguadores. Bajo las nuevas condiciones, el mantenimiento de servicios mantendría el Estado de bienestar algo a costa del bienestar de los trabajadores del Estado. En cualquier caso, trabajar en el sistema público no es obligatorio.

6-La contratación externa es parte de la solución. Recuperar la separación efectiva entre financiador y prestador del servicio; fomentar que los profesionales se autoorganicen y gestionen el gasto que merite la financiación correspondiente a la población cubierta, favorecer su integración asistencial y la coordinación en la gestión de los episodios tiene mucha lógica.

7-Si el copago es la opción elegida, su vinculación a renta es posible. Con la información analizada de los consumos sanitarios, el resumen en el momento de la declaración de renta determinaría qué servicios se han utilizado fuera de ordenación de los médicos de cabecera (visitas a especialista, urgencias no diagnosticadas como tales) al coste medio para el sistema sanitario, se incorporarían como prestación en especie a la base imponible y así financiados progresivamente.

8-El que ciudadanos catalanes mayormente encuentren cobertura sanitaria complementaria privada no les culpabiliza frente al resto. Las aseguradoras que discriminan por colectivos, no individual ni actuarialmente, no hacen nada ilegal. Estos ciudadanos tienen idéntico derecho al sistema público. Puede que no descongestionen tanto como algunos piensen los servicios públicos, pero su renuncia a dicho aseguramiento privado, sí congestionará aún más al sistema público. Desgravar fiscalmente estas partidas, si se desea, se podría pensar para determinados colectivos (edad alta, rentas medias bajas, o por tipo de prestaciones) para la eficiencia del sistema a coste de un menor impacto regresivo.

9-Cuanto más tierra haya por medio entre financiador político y prestador, más posibilidad de innovar desde la diversidad, con ofertas adicionales, copagos adicionales y aseguramiento complementario tutelado. El financiador difícilmente podrá gestionar nunca un copago directamente intervenido sin que la salsa no sea más cara que el pescado.

VALORACIÓN FINAL

La presión para el crecimiento del gasto sanitario total, pese a la crisis que atravesamos, no va a bajar. El reto estriba hoy en canalizar la mejor financiación pública (impuestos, tasas y precios públicos) al que sea el gasto más eficiente en términos de objetivos de salud.

Para lo que sea coste efectivo, impuestos y obligatoriedad paternalista (como en Gran Bretaña); para lo efectivo pero de coste inasumible (los puntos de corte son aquí políticos y no de defensores corporativos), quizás convendrá favorecer esquemas de aseguramiento complementario; para lo no concurrente con lo público: a prima comunitaria, (como en Holanda) regulada y no individual privada, o coadyuvar el pago directo vía deducción fiscal; para lo que es efectivo y poco más, tasas y precios públicos (como con los precios de referencia, o graduando el copago según efectividad relativa, como hacen los franceses con sus medicamentos). Para lo que ni tan siquiera efectivo es, ni pan ni agua públicos (amén de prohibido si inseguro), y para lo concurrente en general con lo público, precios privados.

Este es un esquema que puede permitir la solvencia del sistema canalizando las presiones de oferta y demanda hacia el mecanismo financiero que mejor respuesta en términos de objetivos de salud puede ofrecer.

Guillem López i Casanovas. Catedrático de Economía de la UPF. Presidente de la Asociación Mundial de Economía de la Salud.