

2.11 Políticas de salud y servicios sanitarios



La salud, como dimensión esencial del bienestar humano, y los servicios sanitarios, como como componente central de las políticas públicas, se enfrentan a retos ante los fallos del Mercado y del Estado, que requieren de políticas y reformas apropiadas.

Autor: José Ramón Repullo Labrador

*Profesor y Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III
Madrid, España*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Repullo Labrador JR. Políticas de salud y servicios sanitarios [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2022[consultado día mes año]. Tema 2.11. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

La salud es una dimensión esencial del bienestar humano y precondition para poder disfrutar de otros ámbitos de la vida; los servicios sanitarios son un componente básico de las políticas de bienestar y un poderoso instrumento de equidad y justicia social. Sin embargo existen importantes lagunas de conceptualización de la salud y los servicios sanitarios, relativas a su naturaleza y condicionantes que suponen un lastre en muchos proyectos de elaboración de políticas de mejora, y de articulación de reformas. Los fallos de mercado, pero también los fallos del estado, delimitan

un territorio donde deben buscarse mejoras en las políticas y servicios públicos de salud. Se exponen propuestas de líneas maestras para estas mejoras, adaptadas a países en función de su nivel de riqueza-desarrollo¹.

Indice

1. *Definiendo la salud, la enfermedad y los determinantes de la salud.*
2. *La asistencia sanitaria a la enfermedad y los sistemas sanitarios.*
3. *Políticas y servicios públicos efectivos y de calidad en la sanidad; los fallos del Estado.*
4. *El futuro de los sistemas públicos de salud: formulando unas líneas maestras para la mejora de políticas y servicios.*

1- Definiendo la salud, la enfermedad y los determinantes de la salud.

No es fácil definir salud; la OMS buscó darle un significado positivo, como algo más que la mera ausencia de enfermedad, y por eso habló de el estado de perfecto bienestar físico, mental y social;² esta perspectiva puede ser valiosa, pero hace el concepto poco operativo, y tiende a generar fantasías de abolición de la muerte y el sufrimiento, al ignorar el proceso natural de declive de órganos y sistemas que supone el envejecimiento.

Curiosamente **tampoco es fácil definir enfermedad;**

implica daño y sufrimiento, pero se puede estar enfermo sin que aún hayan aparecido los síntomas (por ejemplo un paciente con VIH puede tardar años en tener los síntomas del SIDA); la enfermedad la define la medicina, que suele tomar un criterio de anormalidad estadística, pero a veces lo anormal es estar perfectamente sano (por ejemplo, conservar en la edad adulta todas las piezas dentales indemnes es una rareza que nadie puede considerar patológica); y finalmente, la sociedad y los valores dominantes sancionan el concepto de enfermedad: tanto

¹ Este texto docente se basa en un artículo publicado por el mismo autor: Repullo JR. Políticas de salud y servicios sanitarios. Condiciones y alternativas de mejora del gobierno en los sistemas públicos de salud. Cuadernos África – América Latina. 2007; (42): 13-36.

² OMS. "Preámbulo de la Constitución de OMS", 1946. Adoptada por la Conferencia Internacional de Nueva York de Julio de 1946, firmada por 61 representantes (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Accesible en http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42 (consultado Mayo 2006)

los valores profesionales, que llevaron a que los psiquiatras británicos y norteamericanos consideraran la homosexualidad como patología,³ como las consideraciones políticas que llevaron a internar en sanatorios mentales a los disidentes durante el estalinismo.

En la actualidad los intereses de las grandes corporaciones farmacéuticas impulsan la definición de nuevas enfermedades o cambios en el criterio de normalidad cuando hay posibilidad de vender medicamentos, lo que algunos autores llaman "fabricantes de enfermedad" refiriendo casos sobre niveles de tensión arterial, de colesterol, síndromes de fobia social, etc.⁴

De todas formas, aunque no podamos definir fácilmente salud-enfermedad, es un término que todos entendemos. Y que curiosamente lleva asociado el concepto de asistencia sanitaria, como si a cada enfermedad correspondiera un tratamiento que debiera ser prestado por un servicio sanitario. Nada más lejano a la realidad, como veremos ahora.

La historia del mundo desarrollado en los tres últimos siglos podría ser descrita en buena medida como la historia de su salud, y en esto difiere profundamente de la historia anterior de la humanidad: más longevidad, menos padres que ven morir a sus hijos, menos desastres por hambrunas periódicas, menos vulnerabilidad a epidemias devastadoras... La mayoría de la población, incluso en muchos países con un grado no muy grande de desarrollo, no ve la vida como una continua experiencia dolorosa a la que la muerte pone un fin piadoso.⁵

Paradójicamente la preocupación por la salud reaparece en los países más ricos como señal distintiva de la modernidad, representando una negación neurótica de la enfermedad y una expectativa desmedida del consumo de bienes médicos.⁶

³ King M, Smith G, Bartlett A., "Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s—an oral history: the experience of professionals". *British Medical Journal*, 2004, pp. 328:429; Accesible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/328/7437/429>

⁴ Moynihan R, Henry D (2006), "The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action", *PLoS Med* 3(4): e191. Accesible en: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030191>

⁵ Hamlin C., "The history and development of public health in Developer countries". En: *Oxford Textbook of Public Health (fourth edition)*, OUP, Oxford, 2004, p. 21

⁶ Palomo L, Márquez S, Ortún V, García-Benavides S., "Modelos de enfermedad en el mundo desarrollado". En: Palomo L, Márquez S, Ortún V, García-Benavides S (editores). *Informe SESPAS 2006: Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado*, Gaceta Sanitaria,

Tomas McKeown inició una aportación que otros autores han seguido, donde han ido demostrando que la tremenda disminución de la mortalidad experimentada desde el Siglo XIX (y bien documentada en Inglaterra y Gales por su tradición estadística), no responde al desarrollo de vacunas o medicamentos efectivos, sino a cambios en la nutrición y condiciones de salubridad.⁷

Así, por ejemplo McKeown documenta que en 1840 morían al año 4.000 personas de cada millón de habitantes por la tuberculosis; en 1880, cuando se identifica el agente causal (bacilo de Koch), la mortalidad había caído a la mitad; pero cuando se contaron con medidas terapéuticas efectivas y se generalizó el tratamiento antibiótico (1950), la mortalidad era inferior a los 500 fallecimientos por millón de habitantes anuales.

Sin embargo en la **segunda mitad del Siglo XX**, los avances terapéuticos llevaron a un gran **optimismo clínico**, que tendía a equiparar más asistencia médica con más salud; este sentimiento fue un poderoso motor de la construcción de los sistemas públicos de salud, pues vehiculizaba la exigencia social de acceso a la moderna medicina, cuya efectividad prometía (y en muchas ocasiones cumplía) salvar vidas, evitar discapacidades, y ahorrar sufrimientos.

En la mitad de los **años 70, la crisis del petróleo** no sólo trae un problema financiero a los gobiernos (y a los sistemas públicos de salud), sino que desencadena una crisis de racionalidad, pues se observa que tras veinte años de un enorme esfuerzo económico en los hospitales y la sanidad pública, los resultados en mejora de la longevidad y en reducción de la enfermedad han seguido una senda mucho más discreta.

Alan Dever⁸ un epidemiólogo estadounidense, formuló de manera brillante el concepto de **determinantes de la salud**: el nivel de salud de individuos y comunidad depende de:

- i) las condiciones ambientales y sociales, cuya modificación fundamentalmente depende del sujeto social, a través de la acción política e institucional (agua potable, vivienda,

2006; 20 – Monográfico 1, Marzo 2006; pp. 2-9.

7 McKeown T. *The origins of human disease*, Blackwell, Oxford, , 1988

8 Dever, GEA. "An epidemiological model for health análisis", *Soc. Ind. Res.*, 1976, 2: pp. 465

desechos, atmósfera, alimentación y nutrición, pobreza, desigualdades sociales y de género en salud, etc.);

- ii) los comportamientos o estilos de vida de los individuos, que son modificables tan sólo parcialmente por éstos, porque el comportamiento está determinado socialmente (hábitos dietéticos, higiénicos, de consumo de alcohol y tabaco, de conducción de vehículos, etc.);
- iii) el sistema sanitario, que busca curar, prevenir, paliar o restaurar la salud; iv) y finalmente la biología, como base genotípica y fenotípica de los seres humanos (y substrato sobre el que actúa la enfermedad). La aportación de Dever fue indicar que dedicábamos toda la atención a atender a la enfermedad con servicios sanitarios, pero la mayor efectividad para prevenir y evitar la carga de enfermedad se encuentra en la modificación de los factores del entorno y las conductas.

En la **figura 1** podemos ver cómo los determinantes de salud influyen en la salud del sujeto individual; también se representa la capacidad del sujeto social de influir en las condiciones ambientales y sociales, y en menor medida sobre el comportamiento de las personas; pero también se indica que el individuo, además de cierta autonomía para cambiar su propio comportamiento, tiene a través de la acción social y comunitaria la capacidad de influir en las condiciones de su entorno.

Otro plano más estructural o histórico representa (a la derecha del gráfico) el sistema político, económico y social que conecta el sujeto individual (verdadero "sujeto" singular, dotado de conciencia y custodio de la legitimidad de los valores) con el sujeto social (ente abstracto esencialmente formado por la historia y estructurado a través de instituciones y reglas de decisión). Obviamente, y aunque este plano de relación es muy relevante, se refiere a temas más amplios del debate sobre la democracia y la configuración de las decisiones colectivas.

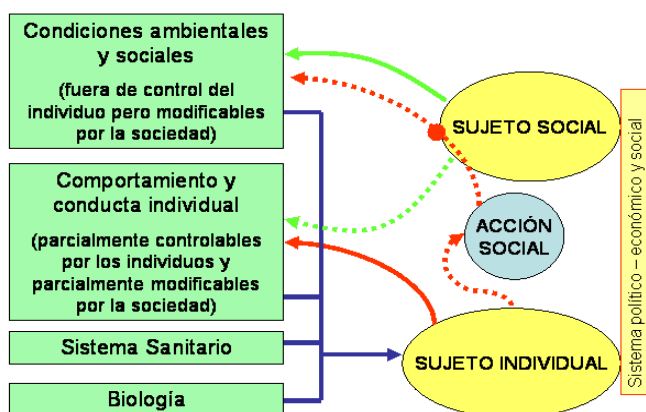


Figura 1: Los determinantes de salud.

Vemos por lo tanto que la búsqueda de la salud exige mucho más que la mera atención médica de las enfermedades. Tres estrategias son esenciales para conseguir mejorar substancialmente los niveles de salud de una población:

- a) Desarrollar **políticas gubernamentales saludables**, buscando que en todas las políticas económicas, sociales, urbanísticas, de infraestructuras, etc. se tenga en cuenta el impacto en la salud. La desigualdad social y la debilidad de los servicios sociales, son dos factores con un gran poder explicativo de la desventaja sanitaria de los sectores menos favorecidos.

La relación entre la salud y otros componentes del bienestar, con la gobernanza en diferentes ámbitos y sectores, inspira la actual política de Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, lanzada en 2015: en la imagen, ya bien conocida, se ilustra esta interacción entre sectores, que justifica el desarrollo de políticas gubernamentales saludables.



- b) Apoyar decididamente a la **salud pública**, entendida como un elenco de intervenciones directamente orientadas a cuatro objetivos:
- i) proteger la salud a través de acción sobre riesgos ambientales, por ejemplo, a través de la vigilancia epidemiológica y las intervenciones en casos de intoxicaciones alimentarias o en problemas tales como la contaminación del agua o el aire, o la extensión de epidemias;
 - ii) promover la salud a través de la educación sanitaria y la búsqueda de mejoras en el comportamiento de individuos y grupos sociales;
 - iii) prevenir la aparición de enfermedades con estrategias específicas, tales como las vacunaciones, la quimioprofilaxis, el cribado o diagnóstico precoz de enfermedades o el consejo médico a los pacientes.
 - iv) Y también evitar la extensión de epidemias y emergencias de salud pública a través de la vigilancia y la preparación de las respuestas.
- c) **Priorizar en los servicios sanitarios** aquellos que tengan un **mayor impacto en salud**, minimizando la interferencia del complejo industrial (farmacia y tecnología médica) y la distorsión del poder médico establecido. Así, un tema clásico es la necesidad de invertir la tendencia hospitalo-centrista, a favor de crear una red de atención primaria que sea accesible en todo el territorio, incluido el medio rural que suele estar abandonado en recursos a favor de las grandes ciudades.

Para estas estrategias es necesaria una función de gobierno capaz de poner los objetivos de salud y bienestar social en el centro de la acción política.

2- La asistencia sanitaria a la enfermedad y los sistemas sanitarios.

Los sistemas públicos de salud no tienen más de 80 años de historia. Son el resultado de un cambio en el paradigma clásico: los poderes públicos pasaron de preocuparse tan sólo de los

problemas de salud colectiva (epidemias, riesgos ambientales, infraestructuras de saneamiento), a incluir dentro de su ámbito de responsabilidad a los problemas de salud de los individuos. Esto supone un cambio importante en la legitimación de la intervención del Estado: **se pasa de garantizar la salubridad** de la colectividad como bien público, a **promover la asistencia** sanitaria a las personas como bien preferente o de mérito.⁹

Por "**bien público**" se entiende aquel bien o servicio socialmente importante, que no puede comercializarse vía mercado, pues una vez producido no puede evitarse que todos se beneficien aunque no paguen (principio de **no exclusión**: ej.: sería inviable hacer pagar proporcionalmente a cada uno según el disfrute del alumbrado público), y no existe rivalidad en el consumo por parte de los individuos (beneficio indivisible: ej: el alumbrar el camino de un paseante no gasta la luz para otro).

Ante este "**fallo del mercado**" el Estado tiene que asumir la financiación y/o provisión de dichos servicios. Así en el ámbito de la salud, los poderes públicos imponen medidas de salubridad e higiene, que se fortalecen cuando tras las cruzadas medievales comienzan las grandes epidemias, y se tienen que tomar medidas de cuarentena, asilamiento, fumigación, y control de viajeros y mercancías.

Por "**bien tutelar o de mérito**" se entiende aquel bien o servicio socialmente relevante que puede proveerse por el mercado, pero que al hacerlo se haría en cantidades mucho menores de las que el sujeto social juzgaría como necesarias, pues buena parte de los beneficios son sociales y no sólo individuales.

Por ejemplo, los padres de una familia campesina podría juzgar que, dado el coste de la educación de sus hijos, y los beneficios de que empezaran a ayudar tempranamente a las tareas agrícolas y ganaderas, no les interesa que tengan más allá de una formación muy básica (y posiblemente sesgada en contra de las hijas); pero la educación produce también beneficios sociales que no son adecuadamente considerados en la decisión de estos padres; por ello, la sociedad puede influir en la decisión de escolarización, a través de medidas legales (educación obligatoria), financieras (subsidios a la escolaridad), o de provisión (escuela pública disponible en el entorno próximo).

⁹ Rubio S. *Glosario de Planificación y Economía Sanitaria, Segunda Edición, Díaz de Santos, Madrid, 2000*

Sin embargo, en los bienes tutelares el “fallo del mercado” no es tan absoluto como en los bienes públicos, y por ello la intervención del Estado tiende a modularse a través del uso singular o combinado de **tres grandes estrategias**: la regulación, el subsidio o la provisión:¹⁰

- a) La **regulación** es una estrategia esencialmente coercitiva, que condiciona las conductas de los individuos y agentes sociales, penalizando determinados comportamientos: así al hablar de “educación obligatoria”, estamos señalando que el Estado impone una obligación a los padres de enviar a la escuela a sus hijos; o bien si hablamos de “seguro obligatorio de enfermedad”, indicamos que los empresarios tienen que afiliar a sus trabajadores a un sistema de aseguramiento de riesgos de salud. El incumplimiento de estas obligaciones acarrea **sanciones** por parte del Estado.
- b) El **subsidio**, y su contrario, las **tasas e impuestos**, suponen el uso de una atribución del Estado consistente en transferir rentas de unas personas a otras, o de abaratar unos productos de consumo encareciendo otros; sería una forma muy específica de regulación (coerción) orientada a la financiación y asignación de recursos. Así, el Estado puede poner un impuesto al tabaco, a la renta de las personas, o a los beneficios empresariales, y destinar lo recaudado a subvencionar el sistema sanitario, para que el coste menor (o la gratuidad) de los mismos facilite que las personas con menos recursos tengan acceso a la atención médica.
- c) La **provisión o prestación de servicios**, consiste en que el propio Estado, o sus instituciones y agencias paragubernamentales (por ejemplo la Seguridad Social), actúen como organizadores y productores de servicios para los ciudadanos. Esta estrategia es la esencial cuando tratamos con bienes públicos clásicos: por ejemplo, el ejército, la judicatura, la vigilancia epidemiológica, etc. En la sanidad, los modelos integrados (países nórdicos y del sur de Europa, también llamados “modelo Beveridge”), han optado por organizar y producir servicios sanitarios, y tienen redes sanitarias públicas. Sin embargo, incluso estos servicios utilizan o contratan servicios sanitarios privados; y los sistemas de la Europa continental (los llamados “modelo

¹⁰ Le Grand J, Robinson R., *The Economics of Social Problems, The Market versus the State, Second Edition, MacMillan, London, 1990, pp. 47-53.*

Bismarck”), utilizan una gran diversidad de proveedores privados y públicos de servicios sanitarios, teniendo toda la prestación extra-hospitalaria privada, a través de sistemas de reembolso a los médicos o de pago por acto.

La implicación del Estado en la atención a las personas se produce en el momento en el que la medicina ha mejorado su efectividad terapéutica, y también en el momento en el cual los costes asistenciales han comenzado a subir exponencialmente. En esta situación la sociedad exige que estos avances médicos no queden fuera del alcance de los menos afortunados económicamente; **el final de la Segunda Guerra Mundial** es el punto de inflexión donde la deuda a los trabajadores por su esfuerzo bélico, los ideales de justicia social (**Estado de Bienestar**), y el desarrollo de la moderna medicina, obligan a los Estados a poner en marcha sistemas de aseguramiento colectivo de la salud individual.

Desde un análisis más funcionalista, este modelo de **aseguramiento colectivo** ofrece claras ventajas. El riesgo de tener problemas graves (y caros) de salud es bajo, y no es fácil estimar la probabilidad de su aparición en los individuos: así, los datos muestran que el 5% de la población acumula el 50% de los gastos anuales. Dado que el gasto público medio por persona supera, por ejemplo, en España los 1.800 € anuales, es fácil comprender el efecto devastador que puede tener para una persona el entrar en este “club” del 5% pasaría a multiplicar por 10 este gasto medio, lo que se añadiría al propio efecto de empobrecimiento directo que causa la enfermedad grave, al interferir en la capacidad de obtener ingresos económicos por parte del paciente y su familia.

En este tipo de situaciones, la mejor opción es juntar y disolver estos importantes riesgos en grandes grupos poblacionales, de forma que aportando cada uno una cantidad discreta al mes, tengamos la seguridad de que si tenemos la mala fortuna de enfermarnos, no tendremos que depender del pago de la asistencia sanitaria para obtener los servicios asistenciales.

El **aseguramiento colectivo** de problemas de salud ofrece ventajas importantes tanto a los que caen enfermos (coste y acceso), como también a los que no caen enfermos: éstos reciben la seguridad de la cobertura, y la capacidad de mejorar sus decisiones económicas al no tener que contar con ahorros o reservas para gastos de enfermedad.

Sin embargo, el seguro sanitario debe lidiar con los dos problemas clásicos de todo sistema de aseguramiento colectivo de riesgos. El primero es el de la "**selección adversa**", por el cual los individuos con menor perfil de riesgos tienden a salirse de los esquemas colectivos; así, si en un seguro escolar deportivo se encuentran integrados los jugadores de rugby y los de ajedrez, habrá una lógica tendencia a que los apacibles ajedrecistas quieran escapar y dejar de pagar **las facturas semanales que traen sus rudos compañeros**. Esta es una tendencia insolidaria, que lleva en muchos sistemas a regímenes de aseguramiento diferenciado: así, los militares, los empleados públicos (MUFACE en España), los empleados de ciertas empresas de alto nivel.

La solución a este problema no es compleja, pero implica que el Estado regule el aseguramiento obligatorio y único; es decir, que los "bajo riesgo" no se puedan escapar y estén obligados a ser parte de un único grupo de conjunción de riesgos que abarque a toda la población.

El segundo problema es el del "**riesgo o abuso moral**", que se refiere a la tendencia de los asegurados a hacer un uso excesivo e inapropiado de los servicios cubiertos por el seguro, ya que el beneficio de la utilización es concreto y tangible, pero los **costes de estos servicios se reparten entre todos los asegurados**.

Las compañías de seguro (por ejemplo del automóvil) reducen esta tendencia a través de bonificaciones y descuentos a los conductores que no presentan partes de daños; en los sistemas sanitarios los copagos han intentado jugar este papel, pero plantean grandes inconvenientes: no es fácil separar el uso del abuso, se produce un daño claro a la equidad, y además, buena parte de las decisiones de utilización de los recursos (y del coste de los servicios) no dependen del paciente, sino del médico.¹¹

En la medida en la que el coste de la asistencia sanitaria se ha ido incrementando, la solidaridad que supone un sistema público de salud se ha ido poniendo a prueba (es fácil dar todo a todos cuando el todo es barato... pero difícil cuando nos supone un importante sacrificio). Además, el ámbito de la acción médica se ha ido extendiendo a territorios donde el apoyo social se debilita: así, es claro que hay que financiar la diálisis de un enfermo, pero no es fácil conceder la misma prioridad y solidaridad social a

¹¹ Saltman R, Figueras J., *Reforma Sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales*, Ministerio de Sanidad y Consumo, OMS, Madrid, 1997, pp. 91-115

las técnicas de fertilización asistida para que una pareja pueda tener hijos.

La tendencia a medicalizar la vida cotidiana y todo el sufrimiento, impulsada desde el mundo de la farmacia, de la industria médica y desde la propia lógica de los profesionales médicos, tiende a incrementar este problema, a la vez que plantea nuevos retos y dilemas, porque la medicalización del malestar supone aumentar la dependencia del individuo, y alienar la salud de su ámbito de decisión.

Puede decirse que buena parte de los debates de cambios y reformas de los sistemas públicos de salud en la actualidad se refieren a cómo adaptar su funcionamiento para evitar el efecto de los problemas de selección de riesgos y de abuso moral, en un contexto de aumento del gasto por la expansión del ámbito de la medicina, por el aumento de la intensidad tecnológica por paciente y por el envejecimiento de la población.

3- Políticas y servicios públicos efectivos y de calidad en la sanidad; los fallos del Estado.

Durante mucho tiempo la polémica de defensa de la sanidad pública (y de otros sectores de servicios públicos dentro del Estado de Bienestar), se ha apoyado en evidenciar los “**fallos de mercado**”, es decir, en aquellas características de la asistencia sanitaria que tienen mal encaje con el mercado como mecanismo de asignación de recursos. Sin embargo, el que un servicio tenga problemas para ser provisto por el mercado, no significa que automáticamente pueda ser provisto por el Estado sin generar otros problemas.

Por lo tanto, se trataría de analizar también los problemas y dificultades que presenta la asignación y provisión de un servicio por parte del Estado, y que tiene que ver en buena medida con los procesos de decisión colectiva y de gestión de instituciones, servicios y programas en el sector público.

Podría hablarse de al menos seis grandes tipos de **fallos del Estado**, tomando como referencia a Lipsey:¹²

¹² Basado con modificaciones en: Lipsey R, Harbury C., *First Principles of Economics*, Weidenfeld and Nicolson, London, 1990, pp. 276-277.

- Conocimiento y **predicción imperfecta de necesidades** y demandas de la población: especialmente cuando se quieren tomar decisiones sobre demanda de servicios (cantidades y calidades) que van a guiar la producción.
- **Rigidez** de la respuesta pública: las regulaciones y servicios públicos presentan inercias y son difíciles de modificar; y esto interfiere en sectores donde los cambios económicos, sociales y tecnológicos son muy acusados.
- **Elección de medios ineficientes**: los mecanismos de decisión pública no son tan estrictos como los de mercado a la hora de elegir los medios más económicos para obtener un fin (por el hecho de que los costes se reparten y diluyen en toda la sociedad).
- **Segmentación administrativa** basada en la especialización funcional: la manera en la cual se estructuran las burocracias (en el sentido weberiano de organización funcionalmente especializada) lleva a adquirir muchas competencias en áreas muy segmentadas, perdiendo la perspectiva de conjunto, y añadiendo rigidez ante cambios en los modelos de desarrollo social.
- **Interferencia política**, proveniente de las particularidades de los mecanismos democráticos de elección de representantes y gobiernos, que se concreta tanto en decisiones guiadas para maximizar el voto (y no el bienestar general), como en actividades de influencia (lobby) de grupos afectados por decisiones que utilizan su poder económico o mediático para cambiar decisiones desde el interés general hacia el interés particular. Pasada una tenue barrera hablaríamos de corrupción política (que suele iniciarse ayudando a los partidos, para abarcar luego a los propios políticos).
- **Interferencia burocrática**: los funcionarios y altos cargos de la administración pública introducen sus propias utilidades (carreras, sueldos, honores, competencias, presupuestos, plantillas...) y sus propias visiones (prejuicios, cultura...) en los procesos de decisión, aprovechando la posición que permite influir tempranamente en la concepción técnica de los problemas y los proyectos. Pueden incluirse también las burocracias profesionales (magistrados, médicos, arquitectos...), las cuales reinterpretan en su beneficio

los aspectos técnicos para mejorar sus rentas o posición. Aquí también hay un gradiente hacia la corrupción administrativa, por la cual los favores administrativos o técnicos pueden suponer una fuente de ingresos y ventajas muy importantes (es el caso de los conocidos "pagos bajo cuerda" en la sanidad de los países de centro y este de Europa).

En el sector sanitario son fáciles de identificar este tipo de fallos del Estado; algunas **iniciativas de reforma** de los sistemas de salud tienen como objetivo minimizar estos fallos, y facilitar una mayor potencialidad del sector público:

- El déficit de conocimiento y predicción, en entornos de cambio disruptivo de tecnologías, ha impulsado respuestas de mejora en los mecanismos científico técnicos del sector público para **evaluar la innovación** y decidir su incorporación en función de la efectividad y eficiencia, y no sólo por la presión de los suministradores externos de medicamentos y tecnologías; así por ejemplo, están la creación de **agencias de evaluación de tecnologías**, de institutos de excelencia clínica, de bases de datos con la mejor evidencia para la efectividad de las intervenciones, de guías de práctica clínica, etc.);
- La rigidez en la estructura, organización y funcionamiento de las instituciones públicas está llevando a concebir **nuevas formas de gestión, decisión y gobierno**, que siendo públicas en su patrimonio, dependencia y control, incorporan mecanismos de derecho privado en su funcionamiento y contratación.
- La búsqueda de medios eficientes está llevando a la **gestión contractual** para transferir riesgos y beneficios en función del cumplimiento de objetivos y del nivel de desempeño; se trata de que haya algo que ganar y algo que perder en función del grado de compromiso y de obtención de resultados por parte de hospitales y otros centros y servicios. Es difícil en la lógica igualitarista del empleo público el plantear la necesidad de discriminación e incentivos, pero el escenario actual tiende precisamente a incentivar negativamente a aquellos que más se responsabilizan y se esfuerzan.
- La excesiva segmentación funcional está en el centro de la preocupación de la moderna medicina: la **hiper-**

especialización de los médicos, la cronicidad de las afecciones de los pacientes, y la comorbilidad (múltiples patologías en el mismo paciente), hace cada vez más difícil la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales (hospital y atención primaria), y obliga a buscar nuevos mecanismos de trabajo por procesos (enfermedades y casos), de **integración clínica e institucional**, y de búsqueda de nuevos modelos e incentivos para el trabajo orientado al paciente y la adaptabilidad de la estructura organizativa.

- La interferencia política, condiciona decisiones “clientelares” y tiende a convertir todos los puestos directivos de gestión de las instituciones en puestos de confianza políticos, lo cual lleva a una inestabilidad y un estilo acomodaticio que estanca la contribución de la función directiva a la mejora de la gestión de los servicios; por eso, se plantea la necesidad de una **modernización en la función de gobierno**, basada en esquemas de mayor transparencia, poder repartido y rendición de cuentas; la participación comunitaria en los órganos de gobierno puede paradójicamente apoyar la necesaria profesionalización y estabilización de la función gerencial y directiva pública: la creación de órganos de gobierno con presencia de la comunidad, hará más visibles y transparentes las decisiones fundamentales (entre ellas nombramientos y ceses directivos), y facilitará el colocar la continuidad directiva en términos menos caprichosos o ideológicos, y más próximos a la evaluación objetiva de desempeños.
- Y las interferencias burocráticas (y en particular las burocracias profesionales, como la llamada “clase médica”), se concretan en una tendencia excesiva al gremialismo, a la defensa mutua frente a amenazas externas (incluidos los pacientes) y a la inercia y reacción ante cualquier cambio que pueda suponer una alteración o cuestionamiento del status quo. No obstante, desde fuera y desde dentro de las profesiones sanitarias se está impulsando un nuevo movimiento de **profesionalismo**, basado en revitalizar el compromiso con los pacientes y con la sostenibilidad del sistema público de salud.

La nueva agenda de modernización de la gestión pública tiene un significado muy importante para establecer el equilibrio entre

lo que puede y debe asignarse vía mercado y vía Estado. En efecto, si el peso de ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado, y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado.¹³

De aquí que en la agenda política y social cada vez tenga más sentido **replantear el contrato social** que los distintos agentes (políticos, sindicales, gremiales, profesionales y sociales) formalizan para el funcionamiento del sector público de la economía.¹⁴ En este contexto la **nueva gestión pública** debería ser el centro de un nuevo consenso, donde se deberían aceptar un conjunto de valores y principios renovados tales como: eficiencia, calidad, profesionalismo, transparencia, ética de servicio público, empresarialismo público, descentralización responsable, y transferencia de riesgos, evaluación de resultados y discriminación en función de desempeños.

4.- El futuro de los sistemas públicos de salud: formulando unas líneas maestras para la mejora de políticas y servicios.

Un fantasma recorre el mundo: en un contexto donde la actividad de los seres humanos comienza a producir alteraciones de la naturaleza y donde los combustibles fósiles, en los que se basa nuestro desarrollo productivo, son un recurso perecedero y con efectos climáticos importantes, la **sostenibilidad** pasa a ser la variable crítica para introducirla en todos los análisis de futuro de los sistemas sociales y económicos.

En efecto, la idea de un desarrollismo ilimitado choca con una restricción impuesta por el propio medio natural. En la sanidad, esto supone una razón adicional para considerar los problemas de racionalidad que ya existen, y buscar mecanismos de corrección que garanticen el futuro.

En la **figura 2** podemos observar la relación que muestra el gasto sanitario público per cápita de la mayor parte de países

¹³ González Páramo JL, Onrubia J., "Información, evaluación y competencia al servicio de una gestión eficiente de los servicios públicos", *Papeles de Economía Española*, 2003, 95, pp. 2-23.

¹⁴ Repullo JR, Oteo LA (editores), *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, Ariel, Barcelona, 2005

del mundo, con la esperanza de vida saludable; como se ve, sólo parece haber correlación en el primer tramo de la curva; a partir de los 300 dólares anuales, la curva se aplana, es decir, los incrementos en dinero ya no se traducen, -o correlacionan- con incrementos en la ganancia de cantidad o calidad de vida. A esto se llama "la parte plana de la curva de rendimientos marginales", y es una situación típica de los países desarrollados.

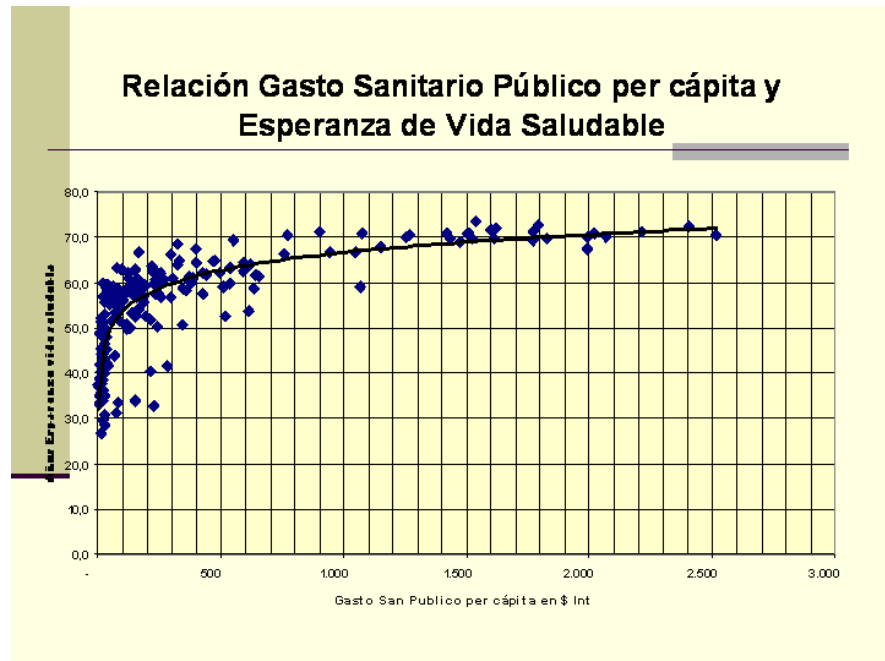


Figura 2: Países del mundo en relación al gasto sanitario público per cápita y a la esperanza de vida saludable; fuente de datos OMS: World Health Report 2000 (OMS, 2000).

Vivir en la parte horizontal de esta curva (países ricos) no significa que no se puedan obtener mejoras de salud, sino que tenemos que ser mucho más inteligentes para conseguirlo; y también significa que o están muy justificados los incrementos de gasto, o mejor sería dedicar este dinero a otros ámbitos de acción del Estado: por ejemplo, la efectividad de muchas acciones en sanidad es tan dudosa, que sería mejor dedicarlo a servicios sociales, educativos o de investigación; por ejemplo, llevamos una década en todo el mundo desarrollado haciendo tratamientos con hormonas a mujeres menopáusicas con síntomas menores, que ahora se han demostrado perjudiciales porque provocan infartos y cáncer.¹⁵

¹⁵ J. Gérvas, M. Pérez Fernández, "Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre", *Aten Primaria* 2005, 35(2), pp: 95-8. Accesible en: <http://www.fm.usp.br/inscricoes/Aventuras.pdf>

Para consultar datos específicos del estudio Woman's Health Initiative, hay un portal accesi-

Pero vivir en la parte ascendente de esta curva (países pobres), no implica que las decisiones sean fáciles; todo lo contrario, ante las enormes necesidades humanas que acumula la pobreza, resulta fundamental aquilatar cuanto dinero asignar a sanidad y que tipo de recurso o servicio vamos a priorizar.

Cabría proponer un conjunto de **líneas maestras** para ensayar cambios y reformas en la línea de buscar la efectividad (ganancia de salud) y la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud; unas serían comunes para todos los países; otras se diferenciarían según el criterio anterior: parte ascendente de la curva, o parte plana de la curva.

a) Líneas maestras comunes para la mejora de las políticas y servicios de salud.

Parece una obviedad, pero para emprender mejoras importantes en los servicios públicos de salud, el "sujeto social" tiene que estar adecuadamente representado en la estructura política (representación democrática de los intereses generales), y ésta tiene que tener capacidad de gobierno efectivo, para poder definir objetivos, acumular autoridad y poder, y gestionar cambios. Obviamente esto es virtualmente imposible cuando el interés más o menos particular de un conjunto de individuos (cohortes de políticos que se recambian masivamente en cargos cada mandato electoral) se apropian del Estado para su propio e inmediato beneficio.

La **OMS** se refiere a la necesidad de una función clara y efectiva de gobierno como "**rectoría**" o "**stewardship**", que indica la tarea de que los gobiernos estén en el timón de mando de la nave, y sean capaces de dirigirla teniendo en cuenta los objetivos fundamentales de los que depende el bienestar de su población.¹⁶

Junto con lo anterior, es fundamental reivindicar las **estrategias de salud pública** como las más efectivas y las que implican un menor sufrimiento social e individual. Se trataría de ir "aguas arriba" a la cadena causal de la enfermedad, y modificar los problemas económicos, sociales, productivos, nutricionales o de

ble en: http://www.nhlbi.nih.gov/whi/whi_faq.htm

16 OMS. *World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Accesible en: <http://www.who.int/whr/2000/en>

conducta que condicionan la aparición de enfermedades.

Y esto vale tanto para países pobres como para países ricos: así, ¿tiene sentido poner vacunas o tratar enfermedades infantiles, cuando el problema que ocasiona mayor morbilidad y mortalidad es la desnutrición?; la primera vacuna es una buena alimentación. O bien, ¿tiene sentido que paguemos cada fin de semana un tributo tan alto en los accidentes de tráfico en nuestras carreteras? Obviamente, habría que ir a las causas de la causas... porque faltan alimentos, o porque queremos correr tan velozmente. Y por ello, el trabajo en salud pública implica una visión social y política, así como la confluencia con un territorio más amplio, donde las reflexiones de sostenibilidad y bienestar humano definan un modelo antropológico más sensato, colaborativo y solidario.

b) Líneas maestras para los países menos desarrollados.

Una primera línea, clásica pero efectiva, es **planificar territorialmente** los recursos sanitarios; hospitales, tecnologías, servicios, especialistas, etc., son recursos humanos y materiales muy caros y escasos, y que además constituyen activos específicos que no pueden reasignarse a otras funciones o cambiarse de lugar. Por eso, es fundamental partir de una definición clara de **red sanitaria**, que garantice una razonable cobertura de territorio, población y prestaciones. Paradójicamente es en el mundo subdesarrollado donde al problema de la debilidad de los recursos se añade la mala distribución (a favor de las ciudades grandes), y la duplicidad de redes sanitarias públicas (ministerio de sanidad, seguridad social, otras redes para colectivos como militares o funcionarios...).

Obviamente, para que esta planificación tenga lugar debemos construir la **autoridad sanitaria** central, y dotarla no solo de autoridad, sino de **legitimidad** (conocimiento) y de **poder** (económico, político y regulatorio).

Una segunda línea, no por difícil menos necesaria, se refiere a la construcción de un esquema integrado de cobertura y aseguramiento público; es decir, **ampliar la cobertura** a la gran mayoría de la población (incluyendo a rentas bajas y medias) y a un conjunto de servicios y prestaciones que contengan lo fundamental de la práctica sanitaria efectiva. Obviamente, esto

dependerá de la posibilidad de generar recursos económicos suficientes, pero también de la capacidad para integrar fuentes financieras y subsistemas de aseguramiento público de problemas de salud.

Junto a ello, parece necesario advertir sobre dos políticas que plantean peligros importantes: la utilización de **aseguradoras privadas** como mediadoras del dinero público (no añaden valor sino burocracia y restan muchísimo recursos), y los sistemas de **pago por acto** a médicos (que tienden a la sobreproducción de servicios y afectan a la sostenibilidad del sistema); el sistema público de salud debe aprender a realizar bien la función de aseguramiento sanitario así como debe desarrollar competencias de contratar profesionales con adecuada incentivación por compromiso y resultados, pero sin facturación por actividad.

Una vez más, la capacidad política y técnica en la dirección de la sanidad es el factor crítico para salir adelante.

Y una tercera línea maestra buscaría el **gobierno estratégico en las decisiones difíciles**, referidas al desarrollo de servicios y prestaciones en los sistemas públicos de salud; en efecto, dado que en los países pobres no va a poderse financiar toda la asistencia efectiva existente (y en algunos más pobres de forma muy limitada), nos encontramos ante un terreno conflictivo y de decisiones duras, que además se van a magnificar por la globalización de la información (se sabe que existen alternativas médicas) y por la eventualidad de que las clases altas puedan tener acceso en el propio país a las mismas a través de la sanidad privada de élite. Para ello se precisa una gestión de estas decisiones que combine una buena información y valoración técnica (efectividad y eficiencia social) con una participación de la ciudadanía en la determinación de prioridades.

Un aspecto positivo de la situación actual es la facilidad con la que los países menos desarrollados pueden acceder a través de internet a **información y experiencias** de los más desarrollados: esto puede ayudar tanto a evitar errores e ineficiencias que otros países han tenido (no repetir errores), como para obtener guías e informes que ayuden a optimizar la aplicación local de la innovación científica y tecnológica.

c) Líneas maestras para los países desarrollados.

Una primera línea de trabajo es la **integración asistencial**; la combinación de envejecimiento, cronicidad, comorbilidad e hiper-especialización médica, nos lleva a un territorio donde la logística asistencial pasa a tener una importancia esencial. Para que esta integración de los casos y pacientes tenga lugar, es necesario modificar la organización y los incentivos o formas de pago de los agentes.

Una segunda línea de trabajo se basa en la necesidad de **evaluar la innovación** y en su caso retrasar la incorporación de lo menos efectivo o eficiente; y esto tanto para el medicamento como para otras tecnologías diagnósticas o terapéuticas.

Una tercera línea se referiría a la necesidad de buscar una mayor **eficiencia** a través de los tres grandes procesos (muy relacionados) que impulsan mejoras de rendimiento en los sistemas sociales y productivos: la **delegación**, la **automatización** y la **transformación digital**:

- a. **La delegación** hacia niveles o colectivos menos especializados de aquellos procesos que el conocimiento permite estructurar y estandarizar mejor, es una medida que genera eficiencia a la vez que motivación tanto en el más especializado que cede la tarea (vivida como liberación de una rutina que ha dejado de estimular) como en el menos especializado que recoge la nueva competencia (y que tiende a vivirla como una ampliación enriquecedora de su marco de práctica profesional);
- b. **La automatización**, que permite que dispositivos y sistemas electrónicos asuman de forma total o parcial la tarea que antes debía desarrollar las personas. Su uso ha sido exponencial en los servicios centrales (laboratorios, imagen, etc.), pero a través de la informatización de todos los procesos generales y clínicos, se han simplificado muchos procesos liberando recursos humanos y materiales.
- c. **La transformación digital**, posibilitada por las tecnologías de información y comunicación, alimentada por los datos masivos de la vida real que hoy recogen todos los procesos y dispositivos, y articulada para su explotación con sistemas de inteligencia artificial, está a las puertas de permitir que

lo más rutinario sea soportado por sistemas expertos y que la información fluya y aporte dinamismo y accesibilidad a la red sanitaria (historia clínica electrónica, información sobre interacciones de medicamentos, telemedicina, etc.)¹⁷

Una cuarta línea se refiere al **cambio cultural y organizativo** en las instituciones sanitarias; las organizaciones profesionales necesitan para su buen gobierno y para la motivación de sus componentes de una gran descentralización; este "empoderamiento" de los grupos profesionales puede dar sus frutos si va acompañado de un alineamiento de intereses y visiones, así como de una **reducción de los conflictos de interés** existentes, y que en este momento son importantes y preocupan mucho (con la industria farmacéutica, con la práctica privada, con la estructura de poder de las especialidades médicas, con la adquisición de reputación científica, etc.).

Y, finalmente, una última línea maestra consistiría en promover debates sociales y profesionales que permitan hacer más manejable la **medicalización de la vida cotidiana**, y la crisis de racionalidad en la que está cayendo la medicina. Sin necesidad de retrotraernos al némesis médica de Ivan Illich (autor que denunciaba precozmente los efectos adversos e irracionales del modelo médico industrial),¹⁸ lo cierto es que los problemas del intervencionismo clínico, de los errores médicos, y del daño causado por los medicamentos, empieza a alarmar tanto a la sociedad como a muchos profesionales capaces de un pensamiento crítico. Desde el año 2000 las iniciativas en torno a la seguridad del paciente son expresivas de esta toma de conciencia y asunción de responsabilidad y compromiso.

Se debe buscar un papel más activo del paciente, menos alienado, basado en una comprensión más amplia de las posibilidades y limitaciones de la ciencia y la técnica médicas, y orientado en positivo a que explore y desarrolle sus potencialidades de salud y bienestar; se debe también impugnar la omnipotencia médica, y favorecer una redefinición más sensata del papel del clínico y de los servicios sanitarios, respetuosa con las necesidades, demandas y preferencias de los pacientes. Un aspecto central será la comprensión social y médica del proceso final de la vida del paciente; casi la mitad del gasto sanitario se hace en el

17 Berwick DM, "The John Eisenberg Lecture: Health Services Research as a Citizen in Improvement", *Health Services Research*, 40, 2; abril 2005.

18 ILLICH I. *Némesis Médica* 1978, Ed. Joaquín Mortiz, S.A.; México D.F.
Accesible en: <http://www.ivanillich.org/Linemes.htm>

último año de la vida de una persona, lo que está denotando un encarnizamiento terapéutico inefectivo y posiblemente inclemente e insensato.