

---

**Las tres dificultades de la gestión sanitaria**  
*The three difficulties of health management*

---

E. Lluch<sup>1</sup>

---

Excmo. Sr. Rector, Ilustrísimo Sr. Consejero de Sanidad, Señoras y Señores:

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento por la invitación que en su día me hizo la Vicerrectora Isabel De Val, amiga y vieja compañera de Universidad, para que pronunciara unas palabras en este acto de clausura del I Curso Máster en Dirección de Servicios de Salud, organizado por la Universidad Pública de Navarra en colaboración con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. La verdad es que yo acostumbro poco, o muy poco, a hablar de sanidad en público. La razón no es otra que haber tenido responsabilidades al respecto en el pasado y creo que no es bueno hablar, mucho menos públicamente, de aquello en lo que uno ha tenido responsabilidades. Además, formo parte del Fondo de Investigaciones Sanitarias en su Comité Científico y del Consejo de Sanidad, por lo que me permitirán que sobre algunos asuntos de la sanidad procure expresarme aquí con la máxima discreción.

Mi intervención va a tener por objetivo centrar algunos puntos sobre como ve o puede ver uno ciertos problemas de la sanidad. Y ello con una doble intención: la primera consiste en reflexionar sobre la situación de la sanidad en el mundo más avanzado y en un momento en el que algunas posiciones muy radicales han sido ya abandonadas porque las posiciones más radicales que se pudieron expresar hace cinco o diez años, y en un sentido u otro, están en claro declive (como intentaré explicar luego). Por tanto, opino que podemos estar en momentos favorables a una cierta situa-

1. Catedrático de Historia e Instituciones Económicas. Universidad de Barcelona. Fallecido el 22 de noviembre de 2000.

Conferencia de Clausura del I Máster en Dirección de Servicios de Salud Universidad Pública de Navarra. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 15 de Octubre de 1993.

ción de síntesis que facilita hacer una reflexión sobre algunos aspectos de la sanidad, así como sobre algunas de las discusiones ideológicas actualmente más en boga y que, bien mirado, sirven relativamente de muy poco. Esto ocupará la primera parte de mi intervención, dedicada a hacer un análisis muy breve sobre lo que en algunos grandes países se está haciendo ahora en sanidad y sobre todo a comentar la reforma que en Estados Unidos está en curso de realización.

La segunda intención consiste en exponer cómo algunos mecanismos fundamentales de la sanidad tienen unos componentes que son estrictamente peculiares y se hallan más ligados a la donación que al mercado. Finalmente, y como colofón, me referiré a lo que concretamente se indica con el título de esta charla acerca de algunas de las dificultades que tiene planteadas el mundo sanitario. Son dificultades que no pueden iluminarse con aporte de clara solución alguna y por lo tanto, como diría Ortega y Gasset, hay “que conllevar en el futuro”.

Bien. Entremos en el tema y para ello pienso que la reflexión sobre la situación norteamericana es cosa muy precisa y necesaria. Desde hace mucho tiempo a los Estados Unidos se les pone de ejemplo por el gran éxito con el que se desarrolló en ese país el modelo de la sanidad privada. En España, al menos, así se considera con demasiada frecuencia. Bueno, para ser más exactos, no sólo en España sino en gran parte de la Europa occidental. Sin embargo, donde no se considera un éxito es precisamente en Estados Unidos. Allí se discute sobre una serie de cuestiones que a los ojos de cualquier observador resultan bien patentes.

La primera de ellas es que tienen y continúan teniendo los centros sanitarios de mayor nivel en el mundo. Sin duda alguna continúan marcando la pauta en investigación sanitaria y varios de esos centros sanitarios no tienen comparación en el resto del mundo; pero, como dijo uno de los más recientes Premios Nobel de Medicina, “cada día, cuando entro en el hospital o en el laboratorio, sé que quedan tras de mí muchísimos problemas”. En efecto, casi el 20% de los norteamericanos no puede acceder a un hospital, porcentaje que indica que 40 millones de personas no han entrado nunca en un hospital ni lo podrán hacer, pues al día de hoy no hay hospitales públicos que los quiera aceptar, ni les es posible entrar en hospitales privados salvo que procedan a hacer un pago previo en el momento del ingreso. A estas dos cosas (la de una sanidad punta de la que todo el mundo se beneficia y que no abarca a un porcentaje elevado de la población) hay que sumar el hecho de que, alrededor de un 45% de ese 80% de población que sí tiene sanidad, considera cómo principal problema económico cotidiano poder llegar a pagar los gastos sanitarios. Porque, por ejemplo, una rotu-

ra de cadera cuesta en un hospital de Estados Unidos entre 16 y 18 meses de sueldo de un empleado medio de banca. Esto, naturalmente, coloca a la mayoría de los ciudadanos en una situación que podríamos calificar de “tensa”.

Hay otra cuestión que es de orden estrictamente económico: en Estados Unidos los gastos sanitarios representan ya el 13% del Producto Interior Bruto y en este año seguramente sobrepasará ya el 14%. En un mundo en el que por razones de un comercio internacional cada vez más libre la competitividad es clave, resulta que los costos sanitarios son, de entre todos los productos norteamericanos, los que se sitúan con más desventaja, pues un 13% o casi un 14% significa doblar la media dedicada a este objeto en Europa occidental, o quedar muy desfavorecido ante su gran competidor económico como es Japón.

Por lo tanto, bien puede decirse que hay un tema económico que es muy importante y que por parte de Estados Unidos hay gran interés en reducir costos, sobre todo a partir de los últimos años. Durante toda la era Reagan el gasto sanitario ha aumentado cada tres años un 1% en la participación del Producto Interior Bruto, pasando a ser un problema destacado. En primer lugar hay, pues, un aspecto de incremento muy considerable, en segundo lugar un impacto de discriminación social muy notable para el 20% de la población, con la secuela de grandes dificultades para el otro 45%, y en tercer lugar la realidad de un costo creciente que socava la capacidad competitiva de los Estados Unidos en el mundo.

Este diagnóstico que hago en cuatro trazos es un diagnóstico ampliamente compartido en los Estados Unidos, como se demuestra con las reacciones suscitadas al Plan de Reforma Sanitaria presentado recientemente y que ha ocasionado respuestas adversas de todo tipo. El partido republicano, minoritario en estos momentos, ha aceptado con toda normalidad algunas de las conclusiones de la Comisión presidida por Hillary Clinton. Entre ellas las correspondientes a los precios de los productos farmacéuticos, que se pretenden hacer pasar de la libertad actual a la situación de precios intervenidos y fijados en función de una limitación de los beneficios de las empresas farmacéuticas. Es este un punto tan sensible que ha obtenido un consenso considerable y muestra algo que yo quiero poner de relieve: hace 5 ó 6 años era inimaginable que se produjeran situaciones como las descritas tan simplificadaamente aquí. Naturalmente, eso no significa, y lo voy a decir, que en otras partes del mundo, como la Europa occidental, no haya o aparezcan problemas en los Sistemas de Sanidad. Pero ha de decirse que algunos de los problemas ya han sido reducidos o que, al menos, ya se ha meditado sobre los mismos. Los Sistemas de Sanidad (muy alejados del norteamericano, en el que en estos

momentos el 42% es financiación pública y el 58% privada y en los que el Estado tiene una gran importancia en la financiación) han entrado ya en franca revisión.

En efecto. En Europa occidental hemos atravesado por un proceso tremendamente interesante surgido en el Reino Unido al instalar el primer Sistema Público de Salud compatible con una economía de mercado, con una democracia y con una revisión tan a fondo que quien presidía el país, Margaret Thatcher, quiso llegar a privatizar la sanidad. Ahora, con el paso de los años, ha de convenirse en que el sistema público de salud británico no ha cambiado desde el punto de vista cualitativo (aunque por las dificultades sanitarias surgidas en diversos hospitales en los últimos meses han puesto de relieve que los fondos dirigidos a la Sanidad Pública británica han disminuido algo), pero eso no quiere decir que no se haya puesto en cuestión el sistema. Ciertamente, los fundamentos básicos del mismo no se han modificado. Sin embargo, se han tomado medidas como las que en este Master se han estudiado. Medidas que abarcan el cambio de la gestión y la introducción de gerentes en los hospitales. Si no se han producido modificaciones, creo que ha sido por la razón siguiente: en el mundo sanitario no suelen considerarse con frecuencia los índices sanitarios como algo central y fundamental (y deberían serlo), cuando en el Reino Unido los índices sanitarios son importantes y muy satisfactorios.

Utilicemos dos índices sintéticos que son los que mejor o con menor imprecisión expresan la calidad de los servicios sanitarios y que ocupan un lugar destacado en el ámbito sanitario: la esperanza media de vida y la mortalidad infantil. Sus niveles indujeron a una reforma del sistema muy prudente, con gran tiento y tacto, realizándola con menor rapidez que con la que se privatizaron otros sectores económicos. La velocidad en el sistema sanitario fue más lenta (cabe decir que no hubo tal velocidad) no sólo por los buenos índices sanitarios existentes sino también porque el costo de la Sanidad británica en términos de Producto Interior Bruto era uno de los más bajos del mundo y, en consecuencia, estaba claro que no iban a correr el riesgo de perder lo que se considera una ventaja competitiva.

Llegado el razonamiento a este punto, a mi entender se demuestra lo siguiente: que estamos en un momento de síntesis y que, al igual que en otros sectores económicos, la idea del libre mercado y de propiedad privada ha vencido. Sin embargo, en el tema sanitario estamos caminando en otra dirección. Estados Unidos parece moverse en una dirección que a nosotros nos es familiar: los empresarios tendrán que pagar una contribución por la Sanidad Pública de todos los ciudadanos, los precios farmacéuticos estarán intervenidos, las inversiones en los hospitales públicos se regularán

por las autoridades de cada Estado, los hospitales privados necesitarán autorización para hacer ampliaciones de camas (en estos momentos el 40% de las camas hospitalarias en Estados Unidos están sin ocupar, lo que supone un costo de amortización que hay que sufragar sin ingresos y eso conduce a un aumento de la intervención que, insisto, no se ha producido ni se va a producir en otros sectores económicos, sin sacar conclusiones generales sobre discusiones ideológicas más amplias tal como ya he anticipado).

En Gran Bretaña continúa existiendo un sector sanitario privado, aunque no es mayoritario. El momento de síntesis se decanta más hacia el modelo público de sanidad que hacia el modelo privado. Hay que decir que en las últimas elecciones del 6 de junio ningún partido político puso en cuestión la Ley General de Sanidad, y la lectura atenta de los distintos programas políticos indicaba distintas modulaciones a la misma o introducían algunos elementos distintos. Por cierto, casi todos coincidían con lo dicho en la Comisión de Hillary Clinton, en la que se valoró al sistema sanitario español de una manera más alta de la que nosotros, incluido yo mismo, hacemos y en la que se expusieron algunos defectos que comparto y que vinieron a reducir los elogios hechos desde tal Comisión. No tengo inconveniente alguno en decir que yo suscribo las dos críticas que se le han hecho: falta de valentía para introducir la libre elección de médico (parece que ahora se están dando pasos importantes en esta dirección, que deben consolidarse) y las desastrosas formas de contratación del personal sanitario, cosa esta en la que hay mucho que aprender.

Quisiera hacer también alguna reflexión sobre otro aspecto. Parece que estamos en unos momentos en los que la sociedad se mueve fundamentalmente por motivos económicos o por motivos egoístas normalmente basados en términos económicos. Esta visión se ha filtrado tanto en el conjunto de la sociedad que nos impide ver cómo una buena parte del mundo sanitario no se mueve en tal dirección. Si de verdad primaran en tal manera los motivos egoístas y económicos que regulan la conducta humana, tendríamos que concluir que en España no hay donación de sangre, de órganos, que el voluntariado en el mundo sanitario y en otros sectores de asistencia social es generalmente muy reducido, etc. Me parece que a veces se hacen lecturas de ideología general que afortunadamente no se cumplen con la conducta cotidiana de los ciudadanos y hechos tan sorprendentes como la prohibición de donar sangre a cambio de dinero supuso un aumento de la donación. Y, bueno, no quiero expresarme a favor de los buenos sentimientos que hay en otras donaciones de gratuidad, entre otras razones porque estoy hablando en una de las dos

poblaciones de España que tiene una donación media semejante a la de Europa occidental.

Hay muchos elementos en el campo sanitario que se dan por donación voluntaria, por el placer o por el gusto de ser solidario con los demás, o de ser fraternal con terceros, e indicar a continuación que en bastantes realidades sanitarias no se podrá funcionar económicamente si estos hechos de la donación y del voluntariado no se continúan produciendo cada vez con más fortaleza, ya que hay que atajar la explosión de costos sanitarios, y posiblemente la donación y el voluntariado sean una de las armas más eficaces, no sólo por los actos en sí mismos, sino porque además algunos de los costos sanitarios solamente se pueden asumir si estos hechos se dan.

Me gustaría referirme en la última parte de mi intervención al hecho de unos costos tan explosivos y de tan difícil conducción (en el caso de los Estados Unidos llegan casi a absorber el 14% de lo que se produce) como son los del mundo sanitario. Me parece que en el funcionamiento propio del mundo sanitario, y en el de algunas de nuestras realidades sanitarias, lo que se percibe a corto y medio plazo son tensiones de costos que van a seguir dándose en el futuro. Normalmente, el aumento de los precios sanitarios que se registran periódicamente en la economía del país (básicamente el aumento de precios sanitarios se refiere al sector privado) duplica el IPC medio, no en el último mes, pero sí en general. La expresión de cómo evolucionan los costos sanitarios en el mercado privado español durante los últimos cinco años, al introducirlos en el IPC contribuye de manera sensible al aumento de la inflación.

Si uno presta atención al aumento que experimentan las cuotas de las compañías sanitarias privadas, puede observar que se produce aquí el fenómeno norteamericano. En efecto, en los tres últimos años la media de aumentos ha oscilado entre el 29% anual acumulado y el 34%; por lo que, en las zonas donde hay una mayor presencia de sanidad privada como es el caso de Cataluña, hay en los últimos años una caída que anualmente supone un porcentaje en torno al 5% de los inscritos en la misma debido a los aumentos de costos. Esto hace que se tenga un problema de costos que, a consecuencia de la inflación, el sector privado transfiere a los precios repercutiendo en quienes habían optado por la prestación privada debido a su costo.

¿Por qué son tan elevados los costos en la sanidad?, ¿por qué hay tanto problema de costos en la sanidad pública? Son estas unas preguntas que no sorprenden a nadie porque son evidentes. Y tan evidentes. ¡Lo que cuestan cuadrar los presupuestos! Es ese un trabajo durísimo que produce más pro-

testas que aplausos, al igual que también sucede en la sanidad privada (cosa que he intentado reflejar en las últimas frases, al decir que también está sometida a un aumento de costos muy importantes). ¿Por qué sucede esto? Creo que hay varias causas. La primera es que con frecuencia no se reflexiona sobre la traslación de los costos sanitarios a los precios, y sobre la de éstos en precios al consumo. Pero no es menos importante el hecho de que los servicios sanitarios no estén sometidos al mecanismo de regulación del mercado que existe para la mayor parte de los productos.

En el mundo sanitario no hay regulación del mercado porque, entre otras cosas, falta unidad de los tres actos necesarios para ello: financiador, comprador y consumidor o usuario. Uno sólo de ellos es suficiente para inducir a que no se mida el costo de la operación sanitaria. Lo mismo ocurre respecto a muchas intervenciones hospitalarias, pues ante un cuadro clínico determinado el médico no tiene en la práctica libertad de acción, siendo los criterios profesionales los que determinan la elección sin que exista ningún otro tipo de regulación. Es justo que así sea y otro tipo de criterios, como el de la superioridad humana, son los que se imponen a los económicos. De aquí que el mercado no reduzca costos o, desde el punto de vista económico, la elección no sea realista. Si otros mercados funcionaran de la misma manera, la situación sería muy diferente.

Al problema de los costes se añade un segundo hecho que resulta sorprendente para los que nos hemos formado en la economía y trabajamos como economistas, porque no estamos acostumbrados a ello. La Sanidad es uno de los sectores donde hay más innovaciones técnicas. En España, alrededor del 46% de la investigación que se hace es sanitaria y todos sabemos que se trata de un sector que evoluciona tecnológicamente a una gran velocidad, lo que, por otra parte, ha originado una mejora espectacular en la calidad.

Lo que no estamos acostumbrados los economistas es a que la innovación tecnológica raramente vaya acompañada en sanidad a una disminución de costos, siendo lo habitual que provoque aumentos de los mismos. Hay innovaciones técnicas (como los antibióticos y el trasplante de riñón) que cada vez resultan más seguras y que reducen costos, pero en su conjunto las innovaciones, aunque aumentan la calidad de una manera substancial, aumentan aún más los costos y el administrador sanitario se encuentra ante un dilema que reviste gran seriedad.

Para un administrador sanitario no hay nada peor que alguien se le acerque y le diga "Voy a proponer a usted algo que va a reducir costos". Aconsejaría que la respuesta fuera siempre esta: "Convéncame usted de que mejora la calidad

del tratamiento médico y después ya hablaremos de costos”. ¿Saben por qué? Porque lo segundo es muy difícil que se produzca y lo primero es lo que siempre resulta mucho más probable. No es obvio, ni tampoco cuestión menor, que en muchos países se esté discutiendo y haciendo dos cosas: una, primar la investigación sanitaria que reduzca costos (afortunadamente los cambios que están haciendo en Estados Unidos nos ayudarán por ser el país más potente en este campo y será realmente útil); segunda, modular la introducción de innovaciones técnicas acompañándolas a la factibilidad de las posibilidades económicas (lo que quiere decir en la vida hospitalaria –como muchos de ustedes y yo conocemos bien– tener que resistir y que modular presiones de todo tipo porque –y repito de nuevo– casi todas las innovaciones mejoran la calidad de la sanidad, que es el objetivo central de todos los que nos movemos en el ámbito sanitario). Esta es una dificultad muy grande, pero aún resta una tercera.

La tercera dificultad es que en el mundo sanitario nos movemos ante una situación un poco insólita. Es ésta: ningún país ha experimentado una situación en la que quepa decir que la demanda está satisfecha. Conocemos países donde la demanda de automóviles o de enseñanza universitaria está satisfecha (caso de Suecia), o donde el número de universitarios en términos absolutos y relativos no aumenta desde hace años (e incluso declina levemente), o donde el consumo de pan está disminuyendo, etc. Pero en el caso sanitario esto no se da jamás: cualquier oferta sanitaria que se cree, aun la más absurda, tendrá su correspondiente demanda en el sistema.

Recuerdo en ocasiones un ejemplo que se produjo aquí, en Pamplona. Debido a la espectacular caída de la natalidad los tres hospitales se pusieron de acuerdo en la reducción concertada de los servicios pertinentes. Una vez realizada tal reducción con un consenso admirable, eso mismo nos produjo la impresión de haber llegado a una conclusión equivocada y eso que las tres autoridades sanitarias percibimos que durante mucho tiempo tendríamos problemas de cara a otras cosas, pero no de camas. A los cuatro meses, lo que se había hecho era absolutamente inútil. La caída de la natalidad nos había hecho pensar que durante bastante tiempo podría haber una oferta sobrante, positiva y desahogada. No recuerdo muy bien cuánto duró esta sensación tan agradable, pero no más de cuatro o cinco meses porque toda oferta crea automáticamente su demanda. La demanda de servicios sanitarios tiende al infinito y cuando se oferten unos servicios quedará por prestar otros (los dentales, los psiquiátricos, etc.).



Estas tres dificultades llevan a caminos difíciles y la última conduce, en particular, a un camino importantísimo: no hay mecanismos de mercado para saber cuál es la oferta que hay que ampliar y por tanto eso es algo que hay que hacerlo con criterios estrictamente sanitarios meditados y confrontados con motivaciones económicas. Esto revela que las tareas de planificación, reflexión y gestión, adquieren una gran relevancia, pero que problemas que en otros sectores los resuelve el mercado –para bien o para mal– el mercado no lo hace en el sector sanitario.

A mi entender no hay mercado, ni situaciones autocorrectoras que limiten costos, ni innovaciones tecnológicas que los disminuyan, ni posibilidad de que pueda presumirse que la demanda de servicios sanitarios pueda llegar a estancarse o disminuir a corto plazo. Todas ellas son dificultades muy difíciles de resolver. El mundo sanitario va a continuar siendo un ámbito donde la regulación, la intervención, la planificación, la gestión y la programación, van a ser unas medidas continuas. En el sistema sanitario la intervención pública va a ser mayoritaria y la intervención cotidiana también, incluso en el sector privado. Y las herramientas y técnicas de administración van a ser decisivas para tener un sistema sanitario con índices de mejora y una reducción de costos que sirvan para no poner en cuestión al propio sistema.

No hay escape a la regulación, a la intervención continuada en aras del objetivo primario y dominante de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. El ideal sería que todos los implicados tuvieran presente en todo momento esta doble pretensión y, a pesar de las tensiones fuertes, duras y continuadas que se puedan generar, asumieran su parte de responsabilidad en tal logro. No hay otro remedio.

A pesar de estas cuestiones, y de algún otro defecto notorio como no tener unos núcleos duros de investigación que vayan al frente del mundo, el sistema sanitario español ofrece algunas satisfacciones de fondo: la media de calidad que tenemos en estos momentos está entre los diez o doce países mejores del mundo, lo que debe ser un elemento de satisfacción para todos sus empleados.

En el sistema sanitario español hay que introducir reformas con total y firme decisión: la libre elección de médico, el cambio de régimen laboral y la mejora de la gestión en los servicios de sanidad. Estamos en un camino relativamente aceptable, que va a ser puesto a prueba debido a la crisis económica y a la caída de ingresos presupuestarios, y cuando ésta nos resulte insoportable recordaremos que tenemos una sanidad imposible de recortar porque tenemos uno de los porcentajes de participación en el PIB más reducidos del mundo. Países que tienen un 9%, un 13% ó un 14% pueden

reducir, pero quien está en buenos índices sanitarios con un porcentaje en torno al 6% es muy difícil que pueda admitir recortes. Habrá que reducir en otros sectores, pero no en el nuestro. Lo que no obsta para que continúe pregonando y defendiendo que los mejores ministros, los mejores consejeros autonómicos, los mejores directores de hospital, etc., no son, con frecuencia, los que tienen un carácter más simpático y agradable, sino los que saben manejar con máximo rigor y pureza los presupuestos para alcanzar sus objetivos sanitarios con el convencimiento de haber logrado unos niveles de prestaciones y calidad que no pueden retroceder sino seguir avanzando.

Muchas gracias.