

Escenarios de la Reforma en EE.UU., Italia y Portugal

D. JOAN J. ARTELLS HERRERO. *Ex-secretario de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*

¿Prohibido asomarse al exterior?

Desde hace algún tiempo se contempla con creciente interés y preocupación los cambios que se suceden en los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno. Y por razones distintas Estados Unidos y Portugal –extraña pareja– están reclamando una atención preferente.

En Estados Unidos las difusas promesas electorales de Clinton aguardan su cumplimiento en el curso de los primeros “*cient días*”. En Portugal en cambio, el año 1993 contemplará la ejecución del plan de privatización de la sanidad más radical de los países de la C.E.E.

En Italia se implanta y se generaliza el “ticket moderador” y se cancela el espejismo de la sanidad pública gratuita. En EE.UU., Clinton debe continuar pagando una factura sanitaria global de ochocientos millones de dólares –el detalle se puede contemplar en el gráfico adjunto– y proporcionar una cobertura mínima de 35 millones de ciudadanos literalmente “al aire”.

En Portugal la social democracia debe culminar con algún éxito el trasvase de casi el 40% del Gasto Sanitario Total, actualmente desembolsado por el bolsillo privado de los portuque-

ses, a la contención del déficit acumulativo galopante del presupuesto sanitario público.

En Italia el desembolso privado tiene ya precios conocidos: 8.500 ptas. al año por persona para recibir asistencia primaria, 400 ptas. por consulta de especialista y entre 200 y 400 ptas. por fármaco recetado.

Se trata de algo más que de una curiosidad para el contribuyente español por fin instalado en el vecindario internacional del Acta Unica. Va a ser aleccionador contemplar desde el otro lado de lo que queda de raya, cómo el sistema portugués, público, universal y gratuito se puede metamorfosear en un trasunto del sistema americano: sanidad pública para pobres y muy pobres y ancianos muy ancianos coexistiendo con el hipermercado de los seguros privados y la medicina del Siglo XXI. Y por otra parte asistiendo al enésimo intento de publicar la sanidad norteamericana sin daño para la intangibilidad de la medicina de mercado. Mientras eso ocurre en nuestro país aún se aguarda un abordaje serio al problema de la subfinanciación crónica del Sistema Nacional de Salud y se suministran argumentos de hecho para sus detractores de uno u otro signo.

Aparentemente da igual que la O.E.C.D. en fecha reciente haya dado la razón a las recomendaciones del Informe Abril al destacar que las cuatro líneas de reforma organizativa más compartidas en la mayoría de sus países miembro se referían a la ampliación del gasto privado en la financiación mixta del sistema sanitario público, la extensión del mercado asegurador, la generalización de la contratación externa de servicios y la incentivación de la inversión privada en asistencia a crónicos y ancianos.

Las expectativas norteamericanas

Judith Feder y Atne Gawande, asesores de Clinton en los asuntos sanitarios, ambos, partidarios de la regulación de precios, la competencia tutelada y la cobertura universal, han iniciado consultas con la industria, las compañías de seguros y las organizaciones de consumidores para preparar el terreno. El programa sanitario de Clinton va a tener que contentar intereses tradicionalmente contrapuestos. Y algunas de las especulaciones que circulan acerca de su tamaño y consistencia no están tan alejadas de nuestra propia realidad cambiante.

En primer lugar será interesante ver hasta qué punto el control de los costes sanitarios, en plena escalada vertical vertiginosa, va a ser dejado en manos de la competición más o menos regulada o se fijarán algún techo nacional del Gasto Sanitario Total para que, a su vez, se traduzca en la fijación de un cierto nivel estabilizado de precios del consumo sanitario.

En segundo lugar habrá que ver si se utilizan medidas coactivas o incentivos fiscales y financieros para perpetrar el anunciado tirón de la

cobertura sanitaria a la totalidad de los ciudadanos. Esto constituiría un hito histórico sin precedentes y su concreción o dilución en la nada no menos histórica, va a ser una de las piedras de toque de la anunciada “*sensibilidad*” de la nueva Administración por los problemas sociales y la solidaridad.

Y finalmente la embarazosa cuestión de la delimitación de la cobertura. Bush rehuyó de la propuesta encabezada por el estado de Oregón de universalizar la cobertura pública de los programas federales a cambio de dar a todos más o menos prestaciones según el tamaño del pastel disponible. En esto Clinton debe también manifestarse sin ambigüedades: ¿Va a fijar un paquete básico universal a costa de mayor presión fiscal o difíciles rebañados presupuestarios, va a dejar que el mercado y la industria aseguradora se ocupen de realizar el milagro o va a destapar la caja de Pandora que cuidadosamente sorteó su antecesor?. Decididamente su esperado pronunciamiento significará un hito importante para la paradójica situación de la sanidad norteamericana.

1993: una nueva revolución portuguesa

En Portugal la convergencia de Maastricht en materia sanitaria parece haber acelerado la buena nueva privatizadora del gobierno demócrata-cristiano de Cavaco Silva. Un decreto reciente ofrece a la recientemente reprivatizada industria aseguradora el apetecible mercado del “Seguro Alternativo”. Modalidad de seguro privado, subvencionado por la Administración que permitirá a quien pueda pagarlo disfrutar de las excelencias de la libertad de elección sobre un

cuadro de prestaciones por lo menos idéntico al que se garantiza para los ciudadanos que se acojan exclusivamente al Sistema Público. Seguro “alternativo” se traduce, así, en seguro sustitutivo de la cobertura pública.

Otra novedad que, por lo menos sobre el papel, pone a Portugal a la cabeza de las reformas postmodernas en Europa, consiste en el ofrecimiento, respaldado legalmente, al mundo empresarial de la gestión y explotación de los hospitales públicos y centros de salud de la red pública.

Desafortunadamente para los patrocinadores de la reforma, la reacción inmediata de la patronal de las compañías de seguros, y la red hospitalaria privada y los médicos agrupados en torno a los dos principales sindicatos corporativos –S.I.M. y F.N.A.M.– no ha sido precisamente entusiasta. Los empresarios hablan de “regalo envenenado” y los médicos se movilizan ante lo que consideran una amenaza soterrada a su largamente asumida estabilidad funcional en el empleo y la práctica consolidada de la doble dedicación.

Probablemente, los empresarios de un sector descapitalizado, unido tradicionalmente a la subvención pública, cristalizado en la parasitación y el abuso extendido de la doble cobertura, no alcanzan a ver, tras el señuelo del “seguro alternativo”, más que un intento de fagotización por las arcas públicas del apetecible 38% del gasto privado sanitario que los portugueses dedican a sus cuidados sanitarios. Y mientras el gobierno no dé señales tangibles de mayores alicientes, los aseguradores no parecen muy atraídos por la perspectiva de recapitalizar las

clínicas privadas y pasar a jugar un papel más o menos tutelado de intermediadores financieros.

No es por casualidad que prácticamente toda la oferta asistencial hospitalaria de mayor calado económico esté en manos de la Administración, que prosigue sin pausas su inversión en nuevas instalaciones.

Será interesante presenciar la evolución de esta situación en los próximos meses. Por de pronto no parece que el Gobierno portugués esté muy sorprendido por esta reacción de cautela y por la ambivalencia de un sector privado que duda entre pedir más dosis de mercado o más protección en forma de una selección de riesgos y de prestaciones que les garantice prosperidad en su cuenta de resultados a costa de que la factura más gravosa de la sanidad la continúen pagando los de siempre.

Reformas del Servicio Nacional de Salud en Italia

Durante 1992 se han promulgado diversas normas con rango de ley que afectan al conjunto del Servicio Nacional de Salud Italiano: en lo concerniente a reformas de las estructuras de gestión, creación de empresas hospitalarias públicas, reformas en materia de planificación sanitaria y reformas en la financiación de los servicios.

A diferencia de otros procesos de reforma (Reino Unido, Portugal, Holanda), *en Italia no se plantea explícitamente la liberalización, privatización o flexibilización del sistema sanitario*, que sigue bajo un control central muy acusado por parte del Estado.

Tampoco se estimulan especialmente las operaciones de colaboración entre el sector público

y privado, si bien existe en Italia un sector de clínicas privadas de bastante importancia, concertado en gran parte con el público.

Quizás lo más trascendente sea conocer el proceso de implantación del *ticket moderador*, por el que los usuarios pagan una cantidad determinada por la utilización de los servicios asistenciales, que siguen siendo públicos, aunque no gratuitos al 100%.

Las recientes medidas de reforma del sistema público no estimulan, "per se", la activación de la actividad privada de proveedores y aseguradores.

Ahora bien, la repercusión indirecta de la instauración del "ticket" puede hacer madurar el mercado de seguros de asistencia sanitaria ya que las clases medias y medias altas, ante la perspectiva de pagar por unos servicios en general masificados y con condiciones hoteleras deficientes, pueden orientarse hacia la sanidad privada.

En el exterior la reforma sigue avanzando.

Hellín 27.01.93 Mesa 3. Intervención Dr. J.J. Artells Herrero. Ex-secretario Comisión "Abril". Usuario del S.N.S.

Autoridades, Sras. y Sres., Sr. Moderador:

1. Tras agradecer a los organizadores de estas Jornadas su deferencia al invitarme a participar, limitaré mi intervención a apuntar algunos elementos que *explícitamente o por omisión deliberada* habrán de formar parte de cualquier escenario de reforma y desarrollo de nuestro S.N.S. a medio plazo.

2. Soy consciente de que de esta mesa redonda no tiene por qué salir una definición técnica-

mente rigurosa de un escenario de cambio, aunque la mayoría de los componentes de la mesa incluido el Moderador deberían, sin duda, formar parte de cualquier *panel* con garantías, por sus conocidas experiencia y formación. Es por esta razón que no quiero desaprovechar la oportunidad de comentar que quien desee consultar un escenario de futuro del S.N.S. con horizonte realizado con rigor y dedicación no deje de leer el anunciado resultado final del ESTUDIO DELPHI 2000, realizado por la Universidad de Valencia y el Hospital General de Albacete y esponsorizado por el fondo de Investigación Sanitaria (F.I.S.), cuyo avance ha sido recientemente puesto en circulación. Me ha parecido de justicia, en una sesión sobre Escenarios Sanitarios del S.N.S. mencionar este espléndido trabajo autóctono realizado por profesionales sanitarios del Sistema, que merece que conozca una amplia difusión.

3. Yo como he dicho me voy a limitar a referirme a algunos elementos de *attrezzo* y *luminotecnica* que, en mi opinión, despiertan justificada expectación con independencia de que en el escenario se interprete una revista, una comedia, o una ópera o un happening.

Elementos fijos del escenario

Me parece bastante obvio que sea cual sea el escenario, *se cuenta con los actores*, con sus relaciones y comportamiento y con alguna referencia al dilema entre necesidades y recursos. Entre los actores deberá reconocerse, por lo menos, al usuario-contribuyente, a los proveedores, a los financiadores y a la Administración. En sus relaciones será inevitable escenificar

escenas de provisión, aseguramiento, contra-prestaciones y retribución. Y el público aplaudirá o pateará la formulación de estas relaciones según nos acerquemos o nos alejemos al o del segundo milenio y también, desde luego, según su congruencia con la charada del círculo vicioso entre necesidades crecientes y recursos escasos y si acaso menguantes.

Decorado de fondo

En el decorado no pueden faltar alusiones –más o menos estilizadas o barrocas– a los siguientes motivos:

- Saneamiento y condiciones de control del déficit del Gasto Sanitario.
- Solidaridad obligatoria y/o solidaridad voluntaria.
- Delimitación y dinámica del paquete de prestaciones y servicios básico.
- Separación de las responsabilidades de financiación de las responsabilidades de provisión.
- Mercado Interno: Competencia gestionada o Competencia Pública.
- Incorporación y Utilización responsable de la Tecnología Sanitaria.

El escenario debe contener un pronunciamiento positivo o negativo en relación a estos grandes temas. Tan importante es su explicitación como su omisión. A estas alturas no hay ningún país de nuestro entorno que no se esté posicionando o lo haya hecho al respecto. Y nuestro escenario ya no puede ser Numancia o El Alcázar.

Es indiscutible que el saneamiento del déficit, por una parte, y la estabilización de los procedi-

mientos de control de su evolución, son prerrequisitos fundamentales porque se pueda hablar de un escenario en vez de un tinglado callejero. Ya se sabe que el aplazamiento del saneamiento desintegra la solidaridad y agudiza la inequidad. Lo acaba de demostrar, por si hacía falta, Guillermo López Casasnovas. Y también se sabe que por la misma razón se deteriora el servicio público, se multiplica y encarece el endeudamiento con los proveedores, se desincentiva a los profesionales y –esto se sabe pero difícilmente se admite– se contribuye a petrificar y a esculpir en mármol *la coartada de culpabilizar a los gestores*. De noche todos los gatos son pardos, pero al amanecer unos lo son más que otros.

Y no se ignora –aunque se suele silenciar– que con independencia del crecimiento del Gasto Sanitario –que debe crecer– la aplicación decidida de instrumentos de gestión eficiente en el control del déficit genera *no ahorro*, sino liberación de recursos para mejorar el servicio, reforzar la equidad y garantizar la viabilidad y el desarrollo del Sistema Público. Y eso, como diría un autor castizo, no es economicismo sino que son las verdades del barquero.

El posicionamiento razonado sobre la proporción de solidaridad obligatoria –cobertura aseguradora objetiva y subjetiva gratuita y solidaridad voluntaria–, y cobertura opcional no gratuita, debe anteceder y enmarcar la discusión sobre los medios (mix público-privado mercado interno, innovación gestora, cultura de empresa, etc.).

Recientemente Manuel Escudero señalaba la relevancia y la urgencia de orientar el debate

cívico hacia opciones colectivas fundamentales para la consolidación de nuestra moderna democracia: tamaño asumible de la Administración, contenido efectivo y estable de la Universalidad, márgenes para la libertad de elección y límites de la garantía pública de la protección social. Pintar la opción –la que sea– de solidaridad obligatoria y solidaridad voluntaria en el escenario, es decir, lo que sea colectivamente aceptable y soportable en la configuración y la delimitación de la cobertura pública, es algo insoslayable.

Como lo es definir cómo va a evolucionar *el correspondiente* paquete básico de prestaciones a partir de establecer los procedimientos de entrada y salida de prestaciones. La utilización de la apertura a la participación de usuarios y proveedores son experiencias que hace tiempo que están teniendo lugar en nuestro entorno. El Informe Dunning en Holanda y la valoración del experimento del Estado de Oregón en EE.UU. son dos ilustraciones suficientemente recientes.

Parece innegable que el pronunciamiento sobre estas cuestiones va a contribuir notablemente a la acotación del espacio practicable para avanzar en las opciones asociadas de profundizar en la personalización de los servicios y posibilitar una efectiva libertad de elección de proveedor por parte del usuario. Lo contrario es empezar la casa por el tejado.

Finalmente parece cada vez menos objetable que la separación entre las responsabilidades de financiación y regulación, por una parte, y la provisión de las prestaciones a cargo de quien lo haga mejor y más barato con independencia de su titularidad jurídica, no supone atentado

alguno a la intangibilidad constitucional de los cometidos básicos de la Administración. Ahí está la legislación reciente de la Generalitat de Catalunya, a título de ejemplo.

Otra cosa es la opción de mix en la financiación y la provisión que se argumente, en relación a la naturaleza jurídica de los proveedores, el nivel de coparticipación en el coste de algunos servicios y se incluye en el correspondiente “mercado interno” la gestión y provisión de aseguramiento y servicios del paquete básico a cargo del sector privado. Y en este punto las opciones son bastante variadas en un abanico que abarca desde la confirmación del dogma de la inmaculada concepción del actual status quo organizativo hasta la versión holandesa del mercado interior, es decir: sistema mixto de cobertura universal gratuita y seguro opcional voluntario, paquete básico de prestaciones universales, gestión privada tutelada del riesgo asegurador y competencia gestionada en el mercado de proveedores, y de recursos humanos y de factores de producción.

Pero ni el más enfebrecido partidario de la versión más empresarial del mercado interno se atrevería a decorar un escenario a partir de la escasa experimentación y contraste que poseemos acerca del comportamiento relativo de los diferentes subsistemas que operan en el conjunto de nuestro S.N.S. Con la excepción de los populares apriorismos de la “parasitación” del Seguro Privado en la red asistencial pública y, viceversa, la sacralizada opción por la oferta privada de los beneficiarios de Muface, para poner un ejemplo, lo cierto es que no se dispone, que yo sepa, de una evaluación comparativa en regla.

Sin el contraste y la objetivación y divulgación de sus resultados cualquier opción se va a basar en cualquier cosa menos en argumentos de hecho. El profusamente comentado proyecto de Vigo consistente, al parecer, en contratar con fondos públicos la gestión privada del aseguramiento y la provisión integral a la población de una zona con libertad de opción de cobertura constituiría, sin duda, una ocasión privilegiada para juzgar con mayor ecuanimidad las opciones.

Atrezzo y luminotecnia

La mayoría de los elementos que incluiría aquí son precisamente objeto de reflexión pormenorizada a lo largo del Programa de estas Jornadas, lo cual me dispensa de su enumeración y comentario. No obstante sí deseo señá-

lar para finalizar mi intervención que en cualquier escenario que aspire a alguna credibilidad deben incluirse todas aquellas condiciones que permitan el ejercicio de los atributos de la gestión empresarial. Concretamente la adopción de formas societarias públicas que permitan vincular responsabilidades de gestión de presupuestos ciertos con la objetivación de resultados y niveles de endeudamiento, vinculación laboral flexible de las plantillas y determinación de precios y actividad a partir de los estados de posición financiera de los centros. Naturalmente esto equivale a desarrollar los sistemas de información para la gestión y a considerar que la actividad de Investigación y Desarrollo debe dirigirse prioritariamente a la facilitación de la viabilidad de los cambios organizativos.