



*Universitat
Abat Oliba CEU*

**JUSTIFICACIONES
E INSTRUMENTOS
DE LA INTERVENCIÓN
PÚBLICA EN LA
POLÍTICA DE SANIDAD**

Trabajo Monográfico de Políticas Públicas

Profesora: Dra. Mercedes Aroz Ibáñez

Alumno: Pedro Bosch Rodríguez

Barcelona, mayo 2010



*Universitat
Abat Oliba CEU*

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-----------|
| Introducción | 4 |
| Sistemas de asignación de recursos | 6 |
| Sistema de colas | 6 |
| Sistema de racionamiento | 6 |
| Sistema mixto | 7 |
| Sistema de precios | 7 |
| Sistema de economía colectiva | 7 |
| Teoría de los fallos del mercado | 9 |
| Incapacidad del mercado | 9 |
| Externalidades | 11 |
| Competencia imperfecta | 11 |
| Falta de información | 11 |
| Fallos de mercado en la política de sanidad | 12 |
| Incapacidad del mercado | 12 |
| Externalidades | 13 |
| Competencia imperfecta | 13 |
| Falta de información | 14 |
| La equidad en la sanidad | 17 |
| Instrumentos del Estado para las políticas públicas | 21 |
| Desregular, legalizar, privatizar y simular mercados | 21 |
| Incentivar con subsidios e impuestos, bonos y deducciones | 21 |
| Regular directamente el comportamiento | 22 |
| Producir directamente el producto | 22 |
| Contratar externamente | 23 |
| Proporcionar un seguro o ayudas ante la adversidad | 23 |



*Universitat
Abat Oliba CEU*

| | |
|---|-----------|
| Instrumentos de la política pública de sanidad | 24 |
| Desregular, legalizar, privatizar y simular mercados | 24 |
| Incentivar con subsidios e impuestos, bonos y deducciones | 24 |
| Regular directamente el comportamiento | 25 |
| Producir directamente el producto | 25 |
| Contratar externamente | 26 |
| Proporcionar un seguro o ayudas ante la adversidad | 26 |
| | |
| Conclusiones | 28 |
| | |
| Bibliografía | 32 |



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Introducción

TÍTULO: JUSTIFICACIONES E INSTRUMENTOS DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN LA POLÍTICA DE SANIDAD.

OBJETIVOS: El objetivo del trabajo es entrar a valorar los argumentos que justificaran la actuación de los poderes públicos en la política pública de sanidad para, en el caso de encontrarlos, entrar a valorar qué instrumentos de las políticas públicas pueden dar una mejor respuesta al problema sanitario. Aunque no se descarta llegar a obtener una respuesta definitiva de un modelo claramente mejor que los demás, se presentarán las diversas opciones posibles las cuáles dependerán principalmente de qué justificación se dio a la intervención pública en un inicio.

ESQUEMA METODOLÓGICO: El esquema a seguir en todas las fases del trabajo va a ser el mismo. En un inicio se entrara a valorar las teorías generales al respecto, para después analizar las excepciones (si las hay) entrar a valorar como se incardinaría en dicha teoría la sanidad. Es decir, un proceso de lo general a lo particular.

Concretando más en los temas que se van a tocar, podría decirse que hay dos partes del trabajo claramente diferenciadas como son “la justificación de la intervención estatal” y “los instrumentos” Son partes en cierta manera independientes pero no desvinculadas, ya que la segunda no tiene sentido sin la primera y además en cierta medida es posible que las soluciones dependan de las conclusiones obtenidas en la primera parte.

En cuanto a la primera parte, como se expondrá en a continuación, veremos que hay dos criterios para justificar la intervención estatal como es la eficiencia y la equidad. En cuanto a la eficiencia, se expondrá sintéticamente cuál es el modo de asignación de recursos más eficiente y estableciendo la teoría general. A continuación, es posible que



*Universitat
Abat Oliba CEU*

nos encontremos con una teoría general que tenga excepciones, las cuáles se entraran a valorar y viendo si la sanidad se incardina en alguna de ellas. Respecto la equidad, se presentará los diversos criterios de equidad, y exponiendo qué argumentos justificarían la intervención estatal en sanidad a la luz de los diferentes criterios de equidad.

La segunda parte del trabajo comportará el estudio general en abstracto de los instrumentos que tiene el sector público para actuar, y posteriormente viendo qué instrumentos son viables en la sanidad, entrar a valorar sus ventajas e inconvenientes.

ENFOQUE: El enfoque a seguir va a estar marcado por la respuesta que se busque en cada parte del trabajo. Indudablemente, las justificaciones de la intervención pública se van a incardinar con la escuela del análisis de las políticas públicas en relación con la teoría del estado, en concreto con una perspectiva racionalista sobre el papel funcionalista del Estado (por eso, no faltaran alusiones a estudios económicos). Por otro lado, también va a haber una influencia por parte de la escuela del análisis de políticas públicas y la evaluación de los efectos de la acción, en lo que se refiere a los instrumentos.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Sistemas de asignación de recursos

La sanidad consiste en un bien de la sociedad compuesto por una serie de servicios dirigidos a la protección de la salud de los ciudadanos por parte de profesionales. Ello quiere decir que los servicios de la salud tienen el carácter de recursos, los cuáles dependiendo de sus características se deberá optar por un modelo de asignación en la sociedad. Es oportuno analizar dichos modelos, ya que depende de la opción escogida, el estado va a tener un papel más a menos relevante en la sanidad.

Existen varios sistemas de organización posibles. Wilhelm Röpke recoge cinco modelos: el sistema de colas, el sistema de racionamiento, el sistema mixto, el sistema de precios y el sistema de economía colectiva.

- a) El sistema de colas: Se trata del modelo más simple y consiste en la posibilidad de disponer todo ciudadano de forma libre sobre el bien. Por su simpleza, se trata de un modelo excepcional, ya que en caso de no poder satisfacerse todas las necesidades, se generan disputas. De hecho, cuanto más elástica es la demanda del bien, más perjudicial será este sistema.
- b) El sistema de racionamiento: Este sistema, aunque también supone un uso gratuito de los bienes, consiste en un modelo más elaborado ya que no goza de la total libertad con la que se funcionaba en el sistema de colas. En este caso, se va a realizar una distribución planificada por parte de la autoridad, que normalmente sería el Estado. La problemática en este caso proviene de la dificultad de realizar una planificación que se adapte a las necesidades de la población.
- c) El sistema mixto: Este sistema adopta la imposición de precios, pero con la salvedad de que no se pretende ni tan siquiera cubrir los costes. La finalidad de estos precios radica en limitar la demanda para evitar lo que suceda en los dos modelos anteriores cuando la demanda excede la oferta existente y se podían



*Universitat
Abat Oliba CEU*

generar disputas. En este caso, una práctica habitual puede ser la imposición de unos precios máximos, pero en el mercado privado se tiende a eludir mediante el mercado negro. Dicho sistema solo podría llegar a sostenerse en un sistema de producción pública.

- d) El sistema de precios: En este caso, la distribución de bienes vendrá dada por el precio de equilibrio que será el punto donde concuerden la oferta y la demanda. Se pretende obtener la mejor distribución posible atendiendo a las fuerzas productivas que intervienen. Desde este punto de vista, adquieren los bienes o servicios quien está dispuesto a dar más por ello, y además se asegura que en la producción se cubran los gastos. Aun así, en este modelo las necesidades individuales vienen respaldadas por la capacidad adquisitiva, la cual se basa en una distribución desigual de la riqueza.
- e) El sistema de economía colectiva: Se trata de un sistema pensado para los bienes que no consisten en necesidades individuales de consumo, sino de necesidades de las que participan todos los miembros de la sociedad en común de forma indivisible. La cobertura la realizará el estado mediante el uso de los impuestos de los ciudadanos. Este modelo, también se utiliza cuando sin tratarse de un bien de absoluta necesidad colectiva, socialmente se concibe como tal por criterios de equidad.

Dicho esto, pensemos un momento en qué modelo a simple vista se adapta mejor a los servicios de sanidad. Como hemos visto, el sistema de colas y el de racionamiento no son el modo más eficaz para proveer bienes, sobretodo cuando presentan una demanda elástica y los bienes son limitados, cosa que ocurre en la sanidad ya que los materiales usados en sanidad son de un carácter muy costoso y el personal necesario requiere de una alta formación. Respecto a la elasticidad de la demanda, es una práctica habitual que cuando se obtiene gratuitamente, se acuda en muchas ocasiones de forma innecesaria a los servicios sanitarios, lo cual colapsa el sistema (**esto no quiere decir que por criterios de equidad sea aconsejable su carácter gratuito**).



*Universitat
Abat Oliba CEU*

En cuanto al sistema de precios, hemos visto que con carácter general, es el modelo más eficiente. No obstante, nos encontramos con dos cuestiones de vital importancia. En primer lugar, el sistema puro de precios (sin intervención del Estado) solo es más eficaz si no hay fallos de mercado que desvirtúan el modelo. En segundo lugar, hemos visto que el sistema de precios para conseguir su eficacia parte de la renta disponible de los individuos, las cuales están repartidas de forma desigual. Esto puede llevarnos a plantear-nos si el modo más eficaz es a la vez el más justo. En el primer caso el problema es de eficiencia, en el segundo de equidad; pero en cualquiera de estos casos se podría justificar la intervención del estado en la sanidad, entrando entonces en el sistema de economía colectiva. Ello no quiere decir que puedan combinarse varios modelos, por ejemplo un sistema de economía colectiva hasta una cantidad mínima, y un sistema de precios. A su vez, recordemos que en ambos casos se puede hacer un uso del sistema mixto, y que en Sanidad recibe el nombre de “copago”, para los casos en que se pretenda limitar la demanda en casos de sistema colectivo o corregir los resultados de equidad en el sistema de precios.

A continuación, vamos a presentar la teoría sobre estas posibles justificaciones de la intervención del estado, para posteriormente entrar a valorar si la sanidad se ve comprometida en alguna de ellas.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Teoría de los fallos del mercado

Para entender cuando se produce una falla en el mercado, antes hay que comprender el concepto de eficiencia, que según Gregory Mankiw, es la propiedad de una asignación de los recursos por la que está maximiza el excedente total que reciben todos los miembros de una sociedad. En otras palabras, se consigue la eficiencia cuando no es posible reasignar los recursos de manera que algunos individuos mejoren sin que otros empeoren (asignación óptima de Pareto). Economistas como Mankiw o Stiglitz coinciden en que podemos obtener un fallo de mercado para la asignación eficiente de recursos por cuatro motivos: incapacidad del mercado para asignar un bien por su naturaleza (bienes públicos), externalidades, poder abusivo en el mercado (falta de competencia), falta de información.

- a) Incapacidad del mercado: Se trata de un fallo de mercado que tiene su origen en la naturaleza del bien atendiendo a sus propiedades. Para catalogar un bien, hay que tener en cuenta dos propiedades: la exclusión y la rivalidad. Un bien es excluible cuando es posible impedir que lo use una persona; y es un bien rival cuando su uso por parte de una persona reduce su uso por parte de otra. De esta manera, si combinamos estas propiedades nos podemos encontrar con cuatro tipos de bienes:

| | Bienes rivales | Bienes no rivales |
|----------------------|---------------------------------------|--|
| Bienes excluibles | - Bienes privados (ropa) | - Monopolios naturales (cuerpo de bomberos) |
| Bienes no excluibles | - Recursos comunes (Peces del río) | - Bienes públicos (defensa nacional) |



*Universitat
Abat Oliba CEU*

El sistema de precios del mercado está pensado para los bienes privados, ya que no se obtienen hasta que se compran y una vez nuestros somos los únicos que nos beneficiamos en ese momento.

No obstante, en el caso de los bienes públicos el mercado sería ineficaz, ya que al no ser ni excluible ni rival, si una persona hiciera uso de dicho bien, enseguida habría otros que obtendrían el beneficio de un bien pero evitarían pagarlo, con lo que finalmente nadie está dispuesto a pagar por el bien. En estos casos, es el ente público quien atendiendo al interés común ha de valorar si vale la pena adquirir dicho bien (pensemos en unos juegos artificiales, a no ser que se sufragan de forma común, ningún particular los adquiriría ya que los podrían ver todos, igual sucedería con la alarma de incendios pues no se podría hacer que unos la oyeran y otros no).

En cuanto a los recursos comunes, también requieren de intervención pública ya que son bienes que se utilizan más de lo deseable debido a que no se puede excluir (es lo que sucedía con el sistema de cola). En estos casos, la intervención pública se dirigiría a regular su uso o establecer sistemas de desincentivación en la demanda. Como ejemplo, tenemos instalaciones comunitarias de vecinos como una pista de tenis, donde si no hay un horario de uso, los usuarios se mantienen durante largo tiempo utilizándolas porque si marchan no saben cuando podrán volver a usarla).

Finalmente, los monopolios naturales, son bienes que se pueden excluir (los bomberos pueden decidir no apagar el incendio de una casa) pero que su uso individualizado no contiene costes o son muy pequeños (los costes del cuerpo de bomberos como sueldos e instalaciones no aumentan demasiado por el hecho de apagar un incendio más). En estos casos, es mucho más eficiente que solo una empresa ofrezca el servicio a todo un mercado, que no dos o más empresas, ya que por los costes originarios no les sería rentable. Supone un caso de excepción al abuso de poder en los mercados (que es otro fallo de mercado), pero es por eso que para corregir sus efectos, se hace necesaria la intervención pública para contrarestarlos.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

- b) Externalidades: Se produce una externalidad cuando los actos de una persona afectan al bienestar de otra, y ni una paga (externalidades positivas) ni la otra recibe ninguna compensación (externalidades negativas). Las externalidades comportan una ineficiencia porque hacen que la cantidad producida no sea la óptima. Por eso, el Estado deberá aplicar métodos que corrijan esta desviación (como gravar con impuestos la actividad o hacer deducciones fiscales). El estudio de las externalidades es más casuístico y se entrará a analizar con más detalle en el caso particular de la sanidad.
- c) Competencia imperfecta: Para que el mercado pueda funcionar, el Estado debe garantizar una seguridad en la producción de bienes y servicios evitando que se produzca una competencia desleal, y a su vez que se anule la competencia con un poder abusivo en el mercado. En los Monopolios (y en menor medida en los oligopolios) una sola empresa es la que impone sus precios, con lo que se pierden las ventajas que nos ofrecía el sistema de precios. El Estado debe levantar las barreras al acceso de la competencia (a no ser que se trate de un monopolio natural).
- d) Falta de información: El mercado funciona sobre la base teórica que existe una información transparente sobre los precios, cualidades del bien y necesidades futuras de los individuos. No obstante, en la práctica vemos que esta información perfecta no se produce. Sin embargo, el propio mercado nos puede ofrecer instrumentos para obtener-la (servicios de peritaje) y hay que decir que el propio sistema de precios es el modelo más eficaz para obtener información (los precios ya nos indican como está la oferta y la demanda). Pero esto no opta que haya algunas excepciones en donde la falta de información es de tal magnitud, que se necesite la intervención del estado.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Los fallos del mercado en la sanidad

Vamos a analizar los diversos fallos del mercado que se producen en la sanidad desde las categorías analizadas en el anterior apartado.

- a) Incapacidad del mercado para asignar los bienes: Desde este punto, no existe ninguna duda de que no hay ningún fallo del mercado. Muchos se extrañan cuando se define la sanidad como un bien privado dado que en varios lugares la sanidad es gratuita y pública, pero ya hemos visto que un bien puede ser público por otros motivos (sin que ello quiera decir que es un bien de naturaleza pública). La prueba que se trata de un bien privado la tenemos cuando vemos que esos mismos países que tienen sanidad pública, es usual encontrarnos con que paralelamente hay un sistema de sanidad privada. Si no fuera un bien privado, sería imposible que el mercado lo pudiera asignar (pensemos que en el ejemplo puesto hay el agravante de una competencia gratuita del sector público que dificulta la implantación del modelo privado). Para acabar de confirmar que estamos ante un bien privado, hemos de analizar las propiedades que anunciábamos antes de los bienes privados: la rivalidad y la exclusividad. No hay ninguna duda de que la sanidad es un bien excluible, pues se puede negar a una persona el acceso a los servicios de la salud, los cuáles no le atenderían (recuerdo que hablamos en el plano teórico y no moral). En cuanto a la rivalidad del bien, está claro que mientras se asiste a un ciudadano, los recursos humanos y materiales que se le destinan no pueden ser usados por otro paciente en ese momento.

- Sin embargo, aunque la sanidad sea un bien privado, alguno de sus elementos puede ser un bien público. Estaríamos hablando de la información, ya que la información no es un bien rival (que una persona conozca los efectos de una medicación, no significa que no lo pueda saber otra). De todos modos, consiste de una justificación muy reducida al ámbito informativo, que comporta una intervención mínima por parte del estado.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

b) Externalidades:

En este punto es donde podemos encontrar más justificaciones de la intervención pública en la sanidad, pero hay que decir que la mayoría de ellos son discutibles por la doctrina económica y que en muchos casos se limitan a intervenciones concretas que no abarcarían todo el sector sanitario. Esto se debe a lo que decíamos antes, sobre el carácter casuístico de algunas externalidades.

- El ejemplo más claro lo tenemos con el tratamiento que recibían los pacientes de enfermedades contagiosas, del que se beneficiarían todos los ciudadanos ya que al curar al paciente, se evita la posibilidad de que caigan enfermos por un contagio de dicho paciente. Fijémonos que la externalidad se produce porque el coste del servicio lo habría asumido únicamente el paciente, cuando todos han obtenido una ventaja. A esto, se podría responder que esta externalidad no justificaría una intervención global del estado, pues no todas las enfermedades son contagiosas. De hecho, la mayoría que lo son, o bien son insignificantes (un constipado) o son de un carácter extraordinario (una epidemia).

c) Competencia imperfecta:

- Muchos intentan justificar desde este punto un fallo de eficiencia en el mercado al haber en determinados ámbitos ausencia de mercados de cobertura (determinadas enfermedades muy excepcionales o muy costosas de las que las empresas solo obtendrían pérdidas). No obstante, con dicha justificación la pretensión de fondo es un subsidio para el acceso al mercado de tratamientos cuyo coste es elevado, y por lo tanto no estamos ante un mercado imperfecto, sino ante un mercado no equitativo (Guillem López), cuestiones que no atañen a la eficiencia.

- Podemos encontrarnos con un poder monopólico debido al otorgamiento de licencias para el ejercicio de la actividad profesional. Sin embargo, como



*Universitat
Abat Oliba CEU*

apunta Guillem López, no se trata de un rasgo estructural sino de cuestiones de hecho en que debería irse al caso concreto (y si estamos en el caso concreto, es más que probable que se estemos hablando entonces de una falta de equidad geográfica). Incluso de esta manera, el pretendido fallo de mercado podría tener su origen precisamente en la actividad del Estado, ya que éste sería quien otorgara las licencias (por ejemplo, con criterios muy rígidos).

- Finalmente, aunque hablaríamos de un fallo de mercado muy discutible, puede pensarse que las aseguradoras, como requieren de un gran volumen de recursos financieros y es un sector difícil de entrar. Puede darse el caso de competencia imperfecta motivada por prácticas oligopolísticas de aseguradoras que se ponen de acuerdo en el precio.

d) Falta de información:

- Asimetría de información entre los actores implicados (Raquel Gallego Calderon). Como los servicios de salud, por su complejidad, requieren de un personal altamente cualificado, es normal que la gran mayoría de la población no tenga información suficiente sobre medicina. Eso quiere decir que la información sobre el precio y la calidad del servicio está totalmente en manos del médico, con lo que pueden aprovecharse de dicha información para alterar los precios óptimos del mercado. Es por este motivo que una cierta intervención está justificada (después analizaremos los instrumentos), así por ejemplo, con las licencias que se otorgan para ejercer la medicina ya se asegura al paciente una calidad mínima del servicio. Además, recordemos que decíamos que la información no era un bien privado, con lo que con su distribución pública se podrían corregir fallos de la asimetría de información.
- Llegados a este punto, si encontramos un fallo de mercado que puede ser determinante en la sanidad, en el sentido en que se trata de una justificación estructural que afectaría a todo el sistema de salud, y que está vinculado con



*Universitat
Abat Oliba CEU*

la falta de información. Guillem López observa un caso de asimetría a viceversa del caso anterior, pues aquí son las aseguradoras las que desconocen los riesgos concretos de cada asegurado. En cambio, los asegurados conocen su propio estado de salud. El problema de fondo lo tenemos en que hay **un riesgo heterogeno para cada individuo** (no es como el seguro de accidentes de automóvil en donde las diferencias de riesgo de accidente son comunes en grandes colectivos). De esta forma, las aseguradoras pondrían primas de nivel medio de la población, pero entonces las personas que tuvieran un riesgo bajo no adquirirían cobertura médica, y solo adquirirían los seguros los que tuvieran riesgos por encima de la media. Esto haría que subiera el precio de las primas de los que tienen seguro (porque con el tiempo, las aseguradoras verían que sus clientes tienen un riesgo más elevado, y subirían el precio de las primas). Como consecuencia, el precio final sería más elevado al precio óptimo más eficiente. Todo esto se ve agravado por la aversión al riesgo, que hace que muchos contraten un seguro por un precio más elevado al que en principio deberían optar. Más adelante, al analizar los métodos de intervención veremos que soluciones pueden aplicarse, aunque podemos adelantar que la solución vendría de la mano de un seguro obligatorio de mínimos, que sería más eficiente porque ese mínimo sería el que separaría los riesgos altos y los bajos, dejando que estos últimos puedan adquirir de forma voluntaria niveles de aseguramiento complementarios, a un precio que de otro modo sería mucho más elevado (porque, del otro modo, los de riesgos altos harían que fuera totalmente inviable para las empresas de seguro ofrecerlo a precios razonables para las personas de riesgos bajos).

No obstante, esta última justificación podría verse matizada si la aseguradora estableciera determinadas prácticas, como puede ser el de realizar varios exámenes médicos al posible cliente (de manera que incluso puede ser que conozca la aseguradora el estado de salud del cliente mejor que él mismo). Así, podría realizar una póliza de seguro con unas primas concretas para cada caso, y que en función del riesgo del paciente se estableciera el precio de la cobertura. Pero nótese que el problema subsiste de forma más compleja, pues



*Universitat
Abat Oliba CEU*

una vez celebrado el contrato la situación de salud del asegurado puede variar, y en ese caso solo éste tendría la información completa.

Lo que sí es cierto es que está justificación es objeto de debate entre los propios economistas. Mankiw entiende que en los mercados de seguros se puede lograr una selección (acto que realiza la parte desinformada para inducir a la parte informada a revelar información) ofreciendo un menú de contratos de distinta cobertura que los indujera a separarse. Las personas de riesgos altos escogerían los seguros de mayor cobertura, pero primas elevadas y los de riesgos bajos la menor cobertura pero pagando menos.

- Se pretende demostrar que los individuos en realidad no tienen la información necesaria para conocer su riesgo (fijémonos que es un argumento que parte de un planteamiento contrario al anterior sobre información asimétrica). No obstante, uno no puede entender que la intervención del Estado mejoraría este problema, al contrario, ¿cómo puede conocer el estado nuestra salud mejor que nosotros? En cualquier caso, hay contrargumentos como que el propio mercado con el tiempo conseguiría equilibrar esto, pues las personas que adquirirán una cobertura mayor de la que pretenden, al ver sus costes la disminuirían y viceversa con los de cobertura menor.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

La equidad en la sanidad

Cuando nos movemos en el terreno moral es mucho más difícil llegar a una conclusión definitiva sobre lo que debe hacer el estado. La equidad va a consistir en el nivel de igualdad que se va a considerar socialmente justo. En cualquier caso, la intervención del Estado movida solo por motivos de equidad va a comportar una pérdida de eficiencia. Pero en este caso, se trata de una pérdida de eficiencia que lo asume de buen gusto la sociedad. No es una cuestión que deba decidirse por criterios científicos, sino que deben ser los procesos democráticos los que legitimen una opción u otra (se trata de un razonamiento práctico para la organización política, ya que en verdad afirmar que cualquier planteamiento moral es legítimo nos haría caer en el puro relativismo). A continuación propondremos diversas proposiciones morales que se pueden aludir, sin llegar a decantar-nos por ninguna de ellas. No obstante, conocer estos diversos motivos será básico para asignarle posteriormente un tipo de actuación al estado.

En ocasiones, el argumento moral puede estar sustentado en las creencias religiosas o simplemente en la concepción de la naturaleza del hombre. Así, la Doctrina Social de la Iglesia afirma que *“la dimensión moral de la economía hace entender que la eficiencia económica y la promoción de un desarrollo solidario de la humanidad son finalidades estrechamente vinculadas”*. Lo que pretende decir, es que la justicia y la solidaridad puede que altere la eficiencia material, pero constituye un factor de **eficiencia social**.

Entrando en el caso concreto de la equidad en la sanidad, observaremos que el problema del mercado privado es que no todo el mundo va a poder asumir el coste de su tratamiento. En ocasiones se deberá a un problema de renta del paciente, en otras ocasiones el problema va a ser por los costes abusivos que requiere su caso concreto, y que puede deberse a su situación geográfica o a su enfermedad concreta.

En efecto, puede suceder con frecuencia que haya determinadas enfermedades que no van a poder estar aseguradas porque su precio hace que sea inviable. Ya hemos visto antes que no es un problema de eficiencia porque si se incluyera en los seguros dichos



*Universitat
Abat Oliba CEU*

tratamientos, estos elevarían el coste de producción y dejaría de invertirse ese dinero en otras enfermedades. Pero a nadie se le escapa que puede ser muy injusto dejar sin tratamiento a quien tiene la mala suerte de caer en una de estas enfermedades (como la diabetes).

Considero que es más claro abordar la cuestión desde el criterio moral del resultado merecido. En ocasiones, hay personas que defienden el libre mercado no solo por su eficiencia, sino también porque generalmente cada uno tiene lo que se merece sin ayudas externas (acaso la justicia no es “dar a cada uno lo suyo”). Como ejemplo sencillo, tendríamos el caso de una persona que tiene más dinero porque ha decidido trabajar más horas. Pues bien, el problema de la sanidad se escapa a este planteamiento. Salvo casos claros de negligencia en el comportamiento, en muchas ocasiones las enfermedades son genéticas o no se pueden imputar a un comportamiento del individuo. Volviendo al ejemplo anterior, para quien siguiera el criterio del resultado merecido, se hace difícil pensar que el enfermo de diabetes “merezca” asumir que debe sufrir su enfermedad porque para el mercado no es eficiente.

Aun así, tenemos quien entiende que no deben realizarse intervenciones del estado bajo la moral (aunque en realidad quien defiende esta opinión también está escogiendo un criterio de valor como es la bondad moral de que lo mejor es lo más eficiente). Es el caso de Hayek quien dice que la justicia social es “una mera fórmula verbal carente de contenido y que se utiliza tan solo para apoyar determinadas pretensiones sociales cuya justificación carece de toda base”. Además, apunta el peligro que “ningún gobierno democrático puede inhibirse de violentar el mercado una vez iniciado el camino de la intervención a favor de determinados grupos”.

Volviendo a los casos ineficientes del mercado de la salud, podemos encontrarnos con que una persona no pueda tener acceso a un centro médico porque está en una situación geográfica bastante despoblada. Se trata de un hecho con cierta habitualidad, así por ejemplo en España, aun siendo un país suficientemente desarrollado en cuanto a centros hospitalarios y infraestructuras, tenemos varios casos de difícil acceso (según Luis Murrillo el 32% de la población de Castilla-La Mancha tiene el hospital más



*Universitat
Abat Oliba CEU*

cercano a más de 20 minutos, el 30% en Castilla y León y el 28% en Extremadura). Se podría justificar, que si se está de acuerdo en el artículo 19 de la Constitución Española, todo individuo tiene derecho a escoger libremente su residencia, y por ende a tener a su disposición de centros médicos en su zona (los cuales, en sitios despoblados, como no sea mediante subvenciones no van a ir). Este argumento de la accesibilidad geográfica se ampararía bajo el criterio de equidad en la igualdad de oportunidades. Ahora bien, recordemos que estamos en el campo moral y una persona podría entender que dicho derecho no tiene un significado tan amplio y que cada uno debe asumir sus decisiones, y que precisamente el mercado hace que la población se concentrara más en núcleos urbanos para minimizar costes de instalaciones sanitarias.

También podemos centrar el debate en el tipo de problemas de salud a los que debiera extenderse ese supuesto derecho inherente de la persona a la salud. Antes decíamos que detrás de la moral pueden estar motivos religiosos o ideológicos. De este modo podrían plantearse cuestiones sobre si el derecho a la salud engloba el derecho a realizar un cambio de sexo o abortos (no en vano se ha aprobado recientemente en España una ley del aborto bajo el nombre de ley de la salud reproductiva de la mujer. El debate lo podemos encontrar igualmente en sí debe incluirse tratamientos lujosos y en que punto ponemos el límite de lo ordinario y lujoso: ¿entraría la cirugía estética, el dentista o solamente aquellos riesgos que fueran mortales? Y por último en las circunstancias en que se produzcan los daños, es decir si se cubre únicamente los sufridos en situaciones catastróficas o se expande a todo daño fruto de la actividad ordinaria.

Además de estos argumentos, no podemos olvidar que las cuestiones de equidad preferentemente recaerán en cuestiones de redistribución de la riqueza. Podemos ir al extremo de entender que en una cuestión como en la salud, que protege el derecho a la vida y que por lo tanto incluye a todos los demás (*la ansiada libertad como valor supremo de algunas escuelas liberales debe replantearse si existe la libertad sin vida*), merece tratarse según el criterio de equidad categórica y que todo el mundo recibiera los mismos servicios de la salud.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Sin embargo, si tenemos en cuenta el criterio de equidad vertical según el cual individuos que niveles de bienestar diferentes requieren diferente trato, podría limitarse ese acceso gratuito a la sanidad solo hasta determinados niveles de renta. Siguiendo el criterio de equidad vertical, en vez de centrarla en las personas que recibieran el trato, se puede analizar desde el punto de vista de la asunción de costes. Una producción pública de los servicios de salud se financiaría con los impuestos de todos, pero ese “todos” puede que contribuyan con la misma cantidad fija, el mismo porcentaje de ingresos o con un sistema progresivo del porcentaje de ingresos. No obstante, ello aunque relacionado con nuestro tema de trabajo, consiste en un análisis más específico de la hacienda pública y no circunscrito al tema de la sanidad.

Otra alternativa la encontramos en el liberalismo filosófico-social de Rawls, quien elabora una teoría según la cual el Estado debe elegir la política que se considere justa tal como la evaluaría un observador imparcial tras “un velo de ignorancia”. Dicha ignorancia se refiere a la ausencia de circunstancias externas que influyan en la decisión (como podría ser el nacer en una determinada clase social), es decir, qué criterio escogería una persona como justa antes de nacer. Rawls entiende que nuestra preocupación vendría del miedo a estar en el extremo inferior de la distribución de la renta. De ahí, que la intervención del estado se dirija a mejorar el bienestar (y por lo tanto la cobertura médica) de la persona que se encuentre en la peor situación. Esta regla recibe el nombre de maximin y en sanidad podría traducirse en un seguro obligatorio mínimo asequible para todos.

Finalmente, la extensión de la ayuda también puede ser muy subjetiva. Sin mezclarlo con cuestiones de eficiencia, que se verán en el apartado dedicado a instrumentos de las políticas públicas, ¿deben ser gratuitos los servicios de la salud o simplemente asequibles a un precio moderado?

Si aceptamos cualquiera de estos argumentos, no estamos diciendo que la sanidad sea un bien público, pero sí decimos que se trata de un **bien preferente**.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Instrumentos del Estado para las políticas públicas

Una vez presentadas los diversos argumentos a favor de la intervención del Estado en la sanidad, tenemos que proceder a analizar de qué modo lo debería hacer, y para ello deberemos hacer un planteamiento general de las diversas opciones teóricas, es decir, de los instrumentos de las políticas públicas. Para ello, seguiremos la clasificación de Xavier Ballart.

a) Desregular, legalizar, privatizar, crear y simular mercados:

Como hemos visto anteriormente, el mercado es el criterio habitual para conseguir la máxima eficiencia, aunque ello podía moderarse por otros motivos. Es por eso que en situaciones en que haya habido una intervención del estado en el pasado, y que en el presente se dé más importancia a la eficiencia o varíen los criterios de equidad, podemos encontrarnos con el proceso contrario, consistente en facilitar el desarrollo del libre mercado removiendo sus obstáculos. La desregulación consistiría en la flexibilización y eliminación de imposiciones externas, mientras que el concepto de legalización correspondería a los casos en que antes había un mercado prohibido y que ahora se pretende normalizar. Por privatización suele entenderse la venta de empresas públicas al sector privado, o permitir su entrada en un ámbito que antes era monopolio público. Finalmente, una simulación de mercado se produce cuando no existe un libre mercado eficiente, pero se pretende estimular la competencia, por ejemplo con un sistema de subastas públicas que den derecho a la provisión de un bien escaso.

b) Incentivar con subsidios e impuestos, bonos y deducciones:

Se trata de una serie de medidas dirigidas a inducir un determinado comportamiento en los actores que funcionan en el mercado. Se trata de una inducción y no una obligación. Es un instrumento ideal para luchar contra



*Universitat
Abat Oliba CEU*

externalidades del mercado, pues adecua la cantidad producida a su nivel óptimo. El subsidio persigue estimular una acción (externalidades positivas) y los gravámenes de impuestos desincentivarla al hacerla más costosa (externalidades negativa). Las desgravaciones, son un medio indirecto de subsidio, mientras que con los bonos se incentiva el consumo de productos a un precio inferior al de mercado. NO olvidemos, que estos instrumentos también pueden ser usados por motivos de equidad, pues su carácter personal hace que se puedan individualizar en colectivos concretos (por ejemplo por nivel de renta).

c) Regular directamente el comportamiento:

El estado puede hacer uso de su potestad legislativa y reglamentaria para obligar a los individuos a comportarse de una forma determinada mediante la coacción. El incumplimiento de la norma vendría aparejada de una sanción desincentivadora. Suele ser un método utilizado en casos de asimetría en la información (por ejemplo obligando a proporcionarla).

d) Producir directamente el producto:

En este caso, la Administración será la encargada de hacer la oferta del bien o del servicio. Dependen de las decisiones políticas de los gobiernos, aunque en algunos casos se constituyen como organismos autónomos. Es el instrumento pensado para el abastecimiento de bienes públicos (no excluibles y no rivales). En los demás casos, no suele ser un modelo eficiente de gestión debido a la falta de incentivos y su funcionamiento burocrático, pero puede ser una alternativa cuando los motivos de fondo son de equidad y no de eficacia debido a que no habrá ánimo de lucro. No obstante, no podremos olvidar que dicha producción se realizará con el dinero de los impuestos de los ciudadanos, y es por eso que suele usarse con intenciones redistributivas.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

e) Contratar externamente:

La Administración puede contratar la provisión de servicios para los beneficiarios de sus políticas a empresas privadas. No olvidemos que dichas empresas estarían siendo contratadas con dinero público igual que en el caso anterior, pero es más probable que se realice una gestión más eficiente, aunque también es cierto que la Administración no tendrá el mismo control de las condiciones de la producción y distribución que si tiene cuando ella las produce.

f) Proporcionar un seguro o ayudas ante la adversidad:

Se trata de un instrumento para las políticas públicas que busquen proporcionar seguridad ante problemas que pueden ocurrir con cierta probabilidad. En realidad, los seguros los encontramos también en el mercado privado, y estaríamos hablando de un subtipo del instrumento de producción directa del bien unido al de regulación, ya que la pertenencia al seguro sería obligatoria. Es muy clara la intención distributiva de este instrumento, pues el seguro se financiaría con los ingresos del estado. En cualquier caso, se pretende disminuir el riesgo individual a través de la creación del fondo común (por ejemplo el seguro por quedarse sin empleo). Una justificación sería la posible equivocación en la estimación del riesgo por parte de los individuos.

En el otro caso, el estado aporta ayudas directamente a personas individualizadas en situaciones concretas para ayudarle a sufragar gastos (por ejemplo personas discapacitadas).



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Instrumentos de la política pública de sanidad

a) Desregular, legalizar, privatizar, crear y simular mercados.

En este trabajo no va a ser muy práctico analizar los casos de desregulación o privatización en sanidad porque no es un criterio objetivo (que es lo que se busca con este trabajo, sin centrarlo en ningún Estado en concreto). Dicho de otra forma, los criterios para regular o desregular van a depender de donde nos encontremos. Implantar el mismo modelo de sanidad puede suponer en un país una nueva intervención pública (porque antes estaba totalmente privatizado), y en otro puede suponer una privatización (porque solo había sanidad pública). No en vano, se suele decir que la desregulación es el proceso de deshacer una política pública. Es por esto que va a ser mucho más provechoso analizar la intervención pública desde los otros instrumentos, ya que así empezamos desde la situación más básica, la de ausencia de intervención.

b) Incentivar con subsidios e impuestos, bonos y deducciones

Se trata de un sistema pensado para la mínima intervención del Estado, pero que ello no quiere decir que no pueda llegar a comprender un gran gasto estatal. En este sistema, llamado de reembolso, tanto los proveedores como las aseguradoras son privadas. Los pacientes, una vez han realizado el gasto médico ante el proveedor, son reembolsadas sus facturas total o parcialmente por la entidad aseguradora. Es decir, aquí no hay relación entre aseguradora y proveedor. El Estado lo que haría en estos casos es dar subsidios a las mutuas de seguro para que faciliten la cobertura a precios asequibles a la población. Este es el sistema utilizado en Suiza. Además, dentro de estas medidas de instrumentos, podrían incluirse la deducción en impuestos de los gastos en sanidad para favorecer que los estratos sociales que tienen dificultades para pagarse un seguro tengan un mejor acceso a él.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

c) Regular directamente el comportamiento:

En este caso se trata de medidas que se logran mediante la potestad normativa del Estado. Una medida, casi homogénea en todo el mundo desarrollado es el exigir para el ejercicio de la profesión tener una acreditación de una cualidad mínima que se logra al exigir una serie de titulaciones y exámenes de acceso a la profesión médica. Ello no deja de ser una intervención estatal que lucha contra aquel fallo de mercado en el que la asimetría de información debido al nulo conocimiento de la medicina por los clientes, los cuales en un libre mercado de la sanidad son incapaces normalmente de poder evaluar la calidad del servicio (debido a sus nulos conocimientos de medicina). Con esta exigencia normativa, se asegura al cliente al menos una mínima calidad.

Ya en otro plano, otra posible medida de regulación sería la exigencia de un seguro obligatorio mínimo. Dicho seguro obligatorio, puede ser público (lo trataremos en otro instrumento de políticas públicas) o privado. Si es privado, lo normal, aunque tampoco obligatorio que se de, es que se prohíba a las aseguradoras la denegación de este seguro mínimo. Se trata del sistema que acaba de adoptar Holanda (antes tenía el de reembolso) o Estados Unidos. La adopción de esta medida puede tener dos fundamentos: en primer lugar puede deberse a combatir aquella falla de mercado que consistía en la información asimétrica sobre el riesgo del paciente entre éste y la aseguradora, y que ello hacía que los precios fueran más elevados de lo óptimo para ser eficiente (para más detalle volver al apartado de fallos del mercado). No obstante, habíamos visto que los economistas tenían sus discrepancias sobre este fallo de mercado, lo que no quita que se utilice como medida para lograr una mayor equidad siguiendo los criterios del maximin que pretende mejorar la situación de la persona que se encuentra en pero situación.

Otra posibilidad hipotética, estaría la opción de obligar a las aseguradoras a no rechazar pacientes en determinadas circunstancias.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

d) Producción directa del servicio:

En algunos países como España o Reino Unido existe un servicio nacional de salud. En este caso, los proveedores son empleados públicos y es el Estado quien tiene la propiedad y gestiona directamente los servicios de sanidad. Se financia mediante los ingresos ordinarios del estado (vía impuestos) y consiste en el modelo más intervencionista de todos. Como ya se financia por el Estado, en principio su acceso es “gratuito” (sin olvidar que esos impuestos salieron de los propios ciudadanos), a no ser que se establezcan medidas de copago (no olvidemos que cuando un bien es gratuito, existe el riesgo moral, consistente en que las personas utilizan el servicio en muchas ocasiones en que no es necesario) para limitar la demanda o ayudar a cubrir el déficit sanitario. Este modelo suele generar altos costes de gestión, burocráticos y por eso, curiosamente aunque se trata de un modelo que pretende conseguir la máxima equidad posible (trata a todos por igual, y es financiada de forma desigual), genera en muchos casos problemas de equidad en el acceso ya que suele comportar largas listas de espera (mientras que quien accede a la sanidad privada las esquivaba).

e) Contratar externamente:

Aquí los proveedores son privados pero se financian públicamente, y a cambio estos deben prestar sus servicios de forma gratuita (a no ser que haya sistema de copago como en los casos que decíamos del apartado anterior). La ventaja que se consigue respecto a la producción directa es que se aumenta la competencia, consiguiendo un modelo un poco más eficiente, pero manteniendo la equidad en la financiación, ya que igual que en la producción directa, el servicio se financiará mediante impuestos. Tiene sus paralelismos con el modelo de reembolso, en que el estado financiaba a las mutualidades, en este caso, la financiación no es a las aseguradoras, sino a los proveedores.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

f) Proporcionar un seguro o ayudas ante la adversidad:

Finalmente, en este último instrumento de las políticas públicas englobaríamos el sistema de seguridad social. No hay que confundirlo con una seguridad social de prestaciones de desempleo o jubilación (como es el caso de España), sino que hay que entenderlo como un “National Health Insurance” de países como Francia y Alemania. En este caso, la aseguradora sería pública y se financiaría por unas cuotas directas de los ciudadanos que serían obligatorias. La aseguradora contrataría con los proveedores privados a quien les pagaría en función de las actividades realizadas. Es muy fácil confundirlo con “la mera contratación externa” y en la práctica tienen casi los mismos efectos, pero la diferencia consiste en que aquí es el Seguro Nacional de Salud quien paga al proveedor, y en la contratación externa lo hacía directamente el Estado mediante el ministerio de sanidad.

Sin embargo, este sistema permite más flexibilidad en cuanto podría darse el caso que el seguro público no cubriera todas las actividades ni a todas las personas. Podríamos estar ante un seguro dirigido solo a personas de características concretas (como los seguros de USA Medicare, para personas mayores de 65 años; o Medicaid para personas con bajos ingresos) o que se tratase de un seguro mínimo que cubriera solo una parte del coste o solo para determinados servicios. Este seguro mínimo hay que tenerlo en cuenta para los fallos de mercado sobre información asimétrica. Además, aunque no es lo normal, puede ser que dicho seguro público no sea obligatorio. Esta es una de las medidas de la última reforma sanitaria de USA, que pretende conseguir introducir una aseguradora sin ánimo de lucro que genere competencia para que no suban los precios excesivamente las aseguradoras privadas.

Finalmente, como instrumento de ayuda para la adversidad, podría también englobarse la constitución de un fondo de garantía ante adversidades para el caso que solo se cubriera casos extraordinarios.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Conclusiones

En primer lugar, hay que decir que aunque se han analizado varios modelos de sanidad, ello no comporta necesariamente que se excluyan. De hecho, en la mayoría de países es común ver como se entrelazan varios sistemas y se suele catalogar el sistema nacional por el modelo mayoritario. De ese modo, podemos encontrarnos con un sistema de sanidad privado (sistema liberal) junto con un sistema de seguro obligatorio (que puede ser público o privado) y junto a una sanidad pública. A continuación procederemos a recordar las diversas justificaciones que se han aceptado para la intervención pública, y los relacionaremos con los instrumentos de la política de sanidad que mejor se adaptan a dichas justificaciones. Para ello, podemos dividir en tres grandes bloques las conclusiones: las intervenciones que son indiscutibles, las que son discutibles por cuestiones científico, y las discutibles en el campo de los valores.

Entre las conclusiones definitivas, observamos que debe permitirse un funcionamiento de la sanidad privada, la cual en la mayoría de los casos es el modelo más eficiente (los casos de ineficiencia, incluso los discutibles, son puntuales). El sistema privado constituye la base y las posteriores intervenciones públicas se dirigirían a corregir los defectos de esta, pero nunca hasta suplantarlo. Ya habíamos visto que la sanidad era un bien de carácter privado, y por tanto el mercado era capaz de asignarlo con carácter general. No obstante, habíamos observado que la información sobre sanidad sí era un bien público, que aunque era excluyente, no era un bien rival. Al no ser rival, no habría ninguna justificación legítima para impedir su conocimiento para el total de la ciudadanía. Además, hay que tener en cuenta que la información pública se limitaría a poner en conocimiento de la población los riesgos que pueden padecer y que servicios tienen a su alcance, con lo cual no consiste en un gran coste, y podría ser objeto de producción directa del servicio, ya que no es de esperar que dicha tarea generará beneficios extraordinarios para el sector privado. En cuanto a las externalidades, también estaba claro que había enfermedades contagiosas cuyo tratamiento individualizado beneficia a todos. No obstante, con ello no podemos justificar una intervención general, sino limitarla a esos casos que o bien son insignificantes (un resfriado que no justificaría la intervención) o en casos muy extraordinarios. És en esos



*Universitat
Abat Oliba CEU*

casos extraordinarios cuando es necesaria la intervención, ¿pero con que modelo? La forma menos intervencionista sería la deducción de los gastos realizados para este tratamiento, pero puede cubrirse de varias formas esta necesidad, de manera que sería muy normal que un sistema implantado por motivos de equidad (como una producción directa) ya incluyera esta cobertura, si necesidad de hacer nada en concreto. Sin embargo, lo que no parece razonable es el sistema de un seguro obligatorio privado “solo” para estos casos (otra cosa es que se incluyan dentro de un sistema de seguro obligatorio mínimo), precisamente porque son enfermedades extraordinarias que generaría un alto coste para ser rendibles, y por las complicaciones que ofrecería su subsidio, directamente se constituiría un seguro público. Finalmente, el fallo de mercado que sería causa de la falta de información del ciudadano media sobre sanidad para distinguir la calidad del servicio y así poder dirigir de forma eficaz la demanda, requiere de una intervención estatal. Con la información pública que mencionábamos antes ya se podrían limar algunos de estos defectos. Sin embargo, la solución (y que se adopta en todos los países desarrollados) es la de garantizar un nivel mínimo de calidad por parte del estado, que es quién otorga licencias para realizar el servicio sanitario acreditando los conocimientos profesionales mínimos de los proveedores.

En segundo lugar, contamos con algunas justificaciones controvertidas por no gozar de total consenso sobre su existencia. La primera de ellas, respecto al poder oligopolístico de las aseguradoras que pueden llevar políticas de pacto de precios, no hace falta realizar una política concreta de sanidad. Bastaría con las intervenciones del estado de carácter general en materia de competencia imperfecta. Si algún caso, podría crearse un seguro de titularidad pública que, aunque no fuera obligatorio, competiera con las aseguradoras privadas para garantizar que no se produjeran acciones colusorias en cuanto a la competencia (esta es una de las medidas de la reforma sanitaria de Estados Unidos). La otra justificación debatible era el problema de la asimetría de información entre las aseguradoras y los pacientes sobre el riesgo que tienen. En este momento no vamos a reproducir el debate económico sobre si existe este problema o no (para ello ver el apartado correspondiente sobre fallos del mercado en sanidad), pero sí comentar que en el caso que se aceptara, la solución sería un sistema de seguro obligatorio mínimo (que o bien fuera público, o bien fuera privado pero no pudieran las aseguradoras rechazarlo). Con ello se conseguía anular el supuesto fallo de mercado



*Universitat
Abat Oliba CEU*

que llevaba a que solo tuvieran seguro las personas de riesgos altos, y a precios elevados, imposibilitando a que las personas de riesgos bajos alcanzaran niveles de cobertura elevados. Al tener un seguro obligatorio mínimo, en parte las personas de riesgos bajos subsidiarían a las de riesgos altos (ya que pagarían lo mismo aun teniendo riesgos distintos), pero con ello ganarían que podrían obtener niveles de cobertura complementarios a su precio óptimo de mercado. Otra cuestión muy distinta, sería llegar a concretizar ese carácter mínimo de cobertura, pero lo que está claro es que ello dependerá de las circunstancias de salud concretas de cada Estado.

Por último tenemos los criterios morales. Algunos de ellos sirven para que no haya intervención pública, sin embargo vamos a centrarnos en las que lo justifican. El primero de todos era el de la situación injusta en que se encuentran quien sufre de enfermedad cuyo tratamiento es muy costoso. En estos casos, la intervención mínima que aseguraría su cobertura (sin que ello signifique que sea gratuita, ya que puede bastar con que sea asequible) sería la prohibición de denegar la cobertura a dichas personas por parte de las aseguradoras privadas. El problema tiene fácil solución también si existe un sistema de seguro nacional de salud o si optamos por el seguro obligatorio mínimo del que hablábamos antes, y que incluyera estas enfermedades. En segundo lugar, un caso que justificaría la producción directa del servicio es en los problemas de acceso a la sanidad por motivos geográficos. La solución no podría pasar por un nivel de aseguramiento, ya que aquí el problema no es que el paciente no pueda recibir tratamiento, el problema está en las dificultades que este encuentra y que pueden desincentivar su uso. Con una pequeña red de centros médicos en lugares despoblados se solucionaría esto. No obstante, no deberían ser grandes centros (sería muy costoso), sino centros especializados en un servicio preventivo de control (ya que hemos visto que el problema físico afecta sobretodo para los casos de revisión ordinaria). En cuanto al planteamiento moral de Rawls del maximin, es obvio que el modelo ideal es el de seguro obligatorio mínimo (aunque en este caso, sí hablaríamos de un seguro público gratuito) ya que marcaría el nivel de quien tendría la peor cobertura sanitaria. Respecto a los supuestos en que se puede extender la intervención pública, en el caso que se optare por una cobertura solo en casos extraordinarios por catástrofe o conflicto, lo mejor sería la creación de un fondo de seguro. En último lugar, los problemas de equidad fruto de la falta de recursos económicos para que todas las



*Universitat
Abat Oliba CEU*

personas puedan permitirse un tratamiento médico digno, pueda dar lugar a un sinnúmero de opciones. Todos los instrumentos públicos responden a este fin y la cuestión está en determinar el nivel óptimo de equidad que acepta la sociedad, teniendo siempre en cuenta que en situaciones normales, una mayor equidad viene de la mano de una menor eficiencia. De este modo, hay quien entiende que todo el mundo debe poder permitírselo y optaría por un sistema de seguro público gratuito obligatorio (fíjese que no hablo de producción directa porque los datos estadísticos indican que, aun cubriendo los dos sistemas todas las necesidades, es más eficiente el sistema de seguro social que no la titularidad pública de centros debido a la burocratización) hasta un mero aseguramiento obligatorio privado por quien entiende que el libre mercado ya establecería unos precios asequibles para la gran mayoría de la población. Entre estos modelos, pasaríamos por un sistema de reembolso, de deducciones fiscales o de seguros gratuitos dirigidos únicamente a personas con problemas de renta (como Medicaid). Las opciones son múltiples si tenemos en cuenta que el coste de una intervención pública se financia con impuestos, y estos pueden ser más o menos progresivos.



*Universitat
Abat Oliba CEU*

Bibliografía

Ballart X. – Ramió C. *Ciencia de la Administración*

Bardey D., *Asimetrías de información en el mercado de seguros: teoría y evidencia*

Buchanan J.M. *The inconsistencies of the Nacional Health Service*

Cano Campos T. *Lecciones y materiales para el estudio del derecho Administrativo (Tomo VII servicios públicos)*

Freire J.M. *La atención primaria de la salud y los hospitales en el sistema nacional de salud*

Gallego Calderón R. *¿Actores o instituciones? La política sanitaria catalana*

Hayek F. *Democracia, Justicia y Socialismo*

López i Casanovas G. *Las estructuras del bienestar en el sector de cuidados de la salud*

López i Casanovas G. *El paper de l'assegurament sanitari de la medicina privada en els sistemes públics de salud. Reflexions per a la elaboració d'una política sanitaria nacional.*

Mankiw N.G., *Principios de Economía*

Muñoz Machado S., Delgado J.L, González Seara L. *La estructura del bienestar en Europa*

Murill Zamorano L. *Equidad en la prestación de los Servicios Públicos Fundamentales en España: Balanzas de accesibilidad en Educación y Sanidad.*

Rawls J. *justicia como equidad*

Ropke W. *La teoría de la economía*

Sala i Martín X. *Economía liberal para no economistas y no liberales*

Temes Montes J.L., *Evaluación de políticas de salud y de sistemas sanitarios*



*Universitat
Abat Oliba CEU*