

## **El milagro de los panes y los peces en sanidad**

José Luis González Quirós, U. Rey Juan Carlos, Madrid

En un brillante trabajo sobre economía de la salud, Milton Friedman ha hecho notar que la forma en que se ha establecido universalmente la cobertura sanitaria ha hecho variar el significado de la palabra *seguro*, pues efectivamente se paga un seguro para evitar la ruina tras un incendio, pero no para pagar los gastos de limpieza de una casa. En el caso de los servicios sanitarios, aunque tal vez no solo ahí, el seguro se ha convertido, por el contrario, en una cobertura total, sin que haya lugar alguno para la capacidad de discriminación entre los gastos absolutamente corrientes y cualquier especie de catástrofe. Como el Buen Dios el Sistema es, en realidad, providente y se cuida de todos, de todo y siempre.

Mi intención en este *paper* no es tanto proponer una hipótesis sobre la importancia relativa de los distintos factores que han tenido relevancia para llegar a la situación actual del sistema sanitario, como realizar una reflexión ético-política sobre el asunto. Como es obvio, cada uno de ellos, los estrictamente médicos, los culturales, los políticos, los tecnológicos, etc. tienen su autonomía y su propia esfera de influencia, pero parece evidente que se han confabulado de una manera imprevista para lograr una situación que, desde muchos puntos de vista, se puede considerar ineficiente, insostenible desde el punto de vista económico, incluso explosiva.

Como se sugiere con el título, me parece que estamos ante una especie de milagro laico, y que sería de interés para todos que se pudiese *deconstruir* el piélago de equívocos, intereses y suposiciones infundadas que se ocultan detrás de la situación actual de las instituciones que se ocupan de la salud en las sociedades democráticas.

Es un lugar común señalar que desde finales de la segunda guerra mundial se ido consolidando varios fenómenos decisivos a este respecto:

1. Los espectaculares avances de la medicina, en especial de la cirugía. Se trata de avances que suponen una tecnología muy específica, producida en muy escasos lugares y cuyo costo tiende a ser muy alto porque su demanda es casi completamente inelástica.
2. El crecimiento brutal del volumen de recursos destinados a la sanidad, tanto en Europa como en los Estados Unidos. Para hacernos una idea, pongo un ejemplo aducido por el propio Friedman: "en 1946 los estadounidenses gastaron siete veces más en comida, bebidas y tabaco que en sanidad; 50 años más tarde, en 1996, se gastó más en sanidad que en comida, bebidas y tabaco. En 1946, se gastó dos veces más en transporte que en sanidad; por el contrario, en 1996, el gasto en este último concepto representó una vez y media lo dedicado al transporte".
3. El protagonismo creciente del tercer pagador, una complejísima estructura político administrativa que se introduce entre los pacientes y las instituciones médicas. Como es obvio, es muy dudoso que los euros invertidos en un sistema tan costoso (en EEUU Hilary Clinton estimó que, en 1992, implicó un gasto de 45.000 millones de dólares) tengan alguna rentabilidad desde el punto de vista del state of art de las prácticas sanitarias, del bienestar de los médicos o de los pacientes.
4. La evidencia de que se da una potente falta de correlación entre los incrementos del gasto y el nivel de satisfacción de los pacientes y/o los indicadores objetivos de eficiencia (como el aumento de la expectativa de vida, los datos de hospitalización, etc.). Porter subrayó ya hace unos años el

descontento creciente de la población con un sistema cada vez más omnipresente y despersonalizado.

5. En contra de lo que es corriente en muy otros sectores, el transporte, las telecomunicaciones, etc., el progreso de la medicina no ha venido acompañado por un decrecimiento del costo por unidad de producción, una cifra que viene aumentando sin parar desde hace décadas. Los esfuerzos de las administraciones para abaratar el costo de los servicios conducen inevitablemente a nuevos incrementos de costo, lo que recuerda inevitablemente el conocido chiste sobre el parlamento que pretendía abolir la rumbita.
6. La decisiva importancia de los temas sanitarios en la agenda política, de manera que han perdido casi completamente su carácter técnico y se han convertido en una especie de mutuo chantaje entre partidos. En España, nadie se atreve a negar la pertinencia de las recomendaciones del [informe Abril](#) (1991, hace ya casi 20 años), pero desde que se concluyó, nadie ha sido capaz de adoptar ni una sola de sus recomendaciones. Lo curioso del caso es que algunos (¿?) comentan este hecho diciendo que eso muestra que el sistema era viable (!!)... con la que está cayendo.
7. Los gastos del sistema crecen siempre por encima de los indicadores de crecimiento económico, lo que es a todas luces insostenible. Entre 1950 y 1970, por ejemplo, el gasto sanitario en EEUU ascendió un 350%, mientras que el índice de precios al consumo solo subió un 65%. Cada vez es más corriente entre economistas la idea de que el gasto sanitario conlleva un elevado coste de oportunidad, y la razón es simple: amenaza el mecanismo de crecimiento que en el futuro debería proporcionar la capacidad para soportar el conjunto de servicios sociales y, con ello, el propio gasto en salud, que se considera necesario para mantener un determinado nivel de bienestar.
8. La estructura interna del gasto sanitario es muy peculiar de cada país; por ejemplo, en España, el gasto farmacéutico implica el porcentaje más alto de Europa. Una publicación reciente de CCOO pone de manifiesto la correlación negativa entre el incremento de ese gasto y las retribuciones del personal médico y sanitario.
9. No hay ningún país del mundo en el que el sistema sea enteramente privado, ni tampoco ninguno en el que sea completamente público, lo que da una cierta idea de la dificultad de casar las tensiones que en él se desatan.
10. No está claro qué es lo que en realidad persigue o produce el sistema en su conjunto si atención sanitaria (en el sentido de la medicina clásica), salud (en el sentido de las políticas públicas y de la definición de la OMS) o bienestar (en el sentido político del término). Como señala Sennett, nuestra sociedad no gusta de conocerse, tiene ciertos miedos a saber sobre sí misma, y este es uno de esos asuntos que nunca están del todo claros.
11. Fruto de esa confusión es la inestabilidad creciente de las barreras profesionales en el interior del sistema sanitario. Médicos generales, especialistas, psicólogos, técnicos sanitarios, enfermeros, gerentes, aseguradoras, políticos, empresas de salud, hospitales y pacientes, están redefiniendo más o menos abiertamente sus papeles y el conjunto se resiente en su orden y eficiencia. Como dice Ronald D. Dworkin, los antiguos roles han dejado de ser sagrados, mientras que los nuevos todavía están por concretar.

12. No hay estudios sistemáticos, ni, me parece, una teoría adecuada, sobre lo que podríamos llamar la "yatrogenia cultural", sobre la medicalización de la sociedad, sobre la creación de dependencia que favorece el sistema. En palabras de Illich, "La medicina mina la salud no solo a través de una agresión directa a los individuos, sino mediante el impacto que tiene su organización social en el entorno".
13. Desde un punto de vista de economía sanitaria, es evidente que la aproximación al costo cero hace que la demanda crezca hasta el infinito, y que ese mismo crecimiento sea una de las causas de la desazón del público que seguramente estime que, cuando lo necesita, no es atendido con la debida celeridad y eficacia. Nuestras consultas están demasiado llenas de gentes que tal vez no necesitarían acudir al médico con tanta frecuencia, y que seguramente no lo harían si existiese alguna especie de ticket moderador. Nuestros hogares están repletos de específicos que nadie consumirá y por los que todos hemos pagado un precio muy elevado.

¿Quién le pone el cascabel al gato? Las políticas de bienestar son necesariamente expansivas porque, aunque parezca contradictorio, tienen que satisfacer los deseos infinitos de poblaciones crecientes y, al tiempo, no pueden corregir los defectos de sus propias acciones, ni las consiguientes quejas de los *consumidores*, porque esa revisión supondría poner en cuestión el fundamento mismo de todo el edificio.

La tendencia a convertir en problemas técnicos ciertas condiciones *naturales* de la vida humana (el dolor, la enfermedad y la muerte) puede verse como un paso más en la tendencia del poder político para llegar a la sociedad universalmente administrada, como una ultra-legitimación del poder que ya no se obliga moralmente a combatir la injusticia, sino la desigualdad, por lo menos una desigualdad aparente, porque nada ni nadie impide, de hecho, la existencia de negocios vicarios y paralelos a la red sanitaria pública, el de la investigación biomédica y el de las múltiples formas de la medicina privada.

Me parece que un rasgo esencial de todo este asunto, tal como se plantea al día de hoy, es la tendencia a no discutir sus fundamentos. Si se admite, por ejemplo, que en el pasado la medicina, y otras prácticas de sanidad y bienestar público, ha mejorado el bienestar humano con un nivel de gasto incomparablemente menor al de hoy en día, no se pregunta hasta qué punto es sostenible desde el punto de vista de la relación coste-eficiencia un incremento tan extraordinario del gasto sin unos resultados obvios en la mejora del bienestar y la salud del público (medido, por ejemplo en vida media o en días de hospitalización).

Esa escasa proclividad crítica hacia el gigantismo de nuestros sistemas de salud favorece la tendencia (y es favorecida por ella) a considerar la enfermedad no tanto como una propiedad natural sino como un hábito social, de manera que, cada vez más, las medidas de política sanitaria se convierten en políticas de costumbre, dando por hecho que determinados hábitos individuales y sociales, como la drogadicción, la promiscuidad sexual, el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo, o la adición a Internet, son enfermedades que se pueden combatir en el ámbito del sistema de salud.

La medicina se convierte en una función social que, a medias entre el menester científico, la disciplina política, y la asistencia psicológica y moral, ocupa una función neo-paternalista que puede encontrar su hueco con facilidad en sociedades muy "desfamiliarizadas" a consecuencia de los desajustes de diverso tipo que provoca la globalización, la empresarización de la vida laboral y las crisis económicas, más o menos lo que Sennett llamó la corrosión del carácter.

La coexistencia de sistemas públicos de salud y de multitud de entidades, iniciativas y consultas privadas, incluso de las florecientes terapias alternativas, provoca un efecto de emulación en la oferta de servicios que, aunque pueda ser positiva desde muchos puntos de vista, es un factor más de crecimiento en el gasto sanitario. Los sistemas sanitarios parecen sensibles a las modas porque del mismo modo que el médico privado tiene que promover sus servicios para encontrar clientela, los sistemas públicos tratan de no quedarse atrás para no perder presencia social.

Ese mismo espíritu competitivo hace inevitable que los sistemas sanitarios tiendan a prestar mayor atención de lo razonable a los que pudiéramos llamar enfermos *interesantes* (útiles en la investigación y capaces de provocar noticias, fama y poder), frente al desinterés en los enfermos *residuales* que, si se descuidan, pudieran ser pasto de prácticas poco recomendables destinadas a desalojar sus plazas.

Como ya dijo Beck, la medicina provoca demanda de más medicina, un dato que habría que tener en cuenta a la hora de valorar el incremento de la cronificación. Porter también levantó acta de esta clarísima paradoja: "El consumismo médico – como cualquier otra clase de consumismo, aunque de forma más amenazadora – está diseñado para ser poco satisfactorio. Y la ley de los retornos menguantes se cumple". Los sistemas sanitarios han llevado a cabo una hazaña un tanto surrealista en el terreno de la salud, lo que pudiéramos llamar la *socialización del consumismo*, de manera que no se ha asegurado la fortaleza o la supervivencia frente a una amenaza poderosa, frente a un riesgo extraordinario, sino el recurso inagotable a bienes prescindibles, lo que ha creado una fortísima necesidad inducida, especialmente en capas espacialmente desprotegidas de afecto, como los ancianos, por ejemplo. Cuando a ello se le añade el paradigma liberal de la *libre elección de médico* se alcanza, me parece a mí, un momento surrealista.

Todo ello favorece lo que ya hemos llamado alguna vez la *religión de la salud*. El poder médico actúa de manera análoga al de la religión: hay prohibiciones, hay amenazas, hay un bien último al que nada debiera sustraerse. La Iglesia que administra ese poder es cada vez más pujante y autoritaria: nadie la discute, no hay otra salvación que seguir sus mandatos. Como ha escrito Rorty la pregunta sobre *quiénes somos nosotros* no se contesta, de hecho, sino tomando decisiones. Nuestro sistema de salud trata a todo trance de evitar el *triage*, de descartar la atención a cualquier tipo de pacientes, de priorizar de manera que pueda inducir rechazo.

La debilidad de un sistema tan nominalmente poderoso está en su retórica, en el hecho evidente de que se propone imposibles enunciados en términos equívocos porque trata, antes que nada, de legitimar su expansión, una expansión que se funda en el miedo a que los electores descubran el fraude, en el terror a que se denuncie la falta de "racionalidad" del sistema, mejor dicho, la falta de debate sobre el mejor de los modos posibles de armonizar racionalidades muy contrapuestas, o a que el mero intento de hacerlo sea utilizado políticamente para acusar a quien lo intente de desmantelar el tinglado de la farsa, un tinglado enormemente rentable para gran parte de sus actores, que, como dice Robert G. Evans, "dan por sentado que su trabajo es más importante que cualquier otra actividad a la que la sociedad pueda dedicar sus recursos", seguramente más rentable para ellos que para sus usuarios y reales pagadores. Ello nos impide conocer con un mínimo de precisión hasta qué punto es eficaz o ineficaz no tanto el sistema mismo como cualquiera de sus casi infinitas ramas, es decir que tenemos un sistema que, en su conjunto, resulta claramente poco evaluable, de forma que no tenemos otra manera de justificar el crecimiento del gasto que las presiones internas del sistema, lo que no constituye ningún modelo ideal, y aumenta las sospechas de que el batacazo final sea inevitable, lo que, dicho a finales de la

primavera de 2010, no puede sonar a funeral sin motivo.

Sería extraordinariamente deshonesto ocultar la dificultad intrínseca de realizar distinciones y tomar, o dejar de tomar, decisiones que impliquen gasto, cuando está en juego la vida de los pacientes, de modo que es extraordinariamente difícil introducir factores de racionalización del gasto en el interior del sistema; en realidad solo pueden introducirse desde fuera, dejando que sean los políticos, y la sociedad con ellos, quienes asuman el costo de las negativas que hubiere que adoptar. En lo que ya se llama la *tercera era de la medicina*, la toma de decisiones no debiera descansar en los administradores y burócratas, supuestamente encargados de la eficiencia, en lugar de en los médicos y en los propios pacientes, pero ya sucede muchas veces así.

Estamos en una situación en la que puede decirse que es casi imposible que exista una política sanitaria, si por política se entiende la elección de senderos alternativos, Puede que esto le parezca a muchos la solución ideal y, desde luego, simplifica el trabajo de los partidos políticos, pero no contribuye de ninguna manera a lograr una sociedad más ilustrada, ni seguramente una medicina mejor.

El sistema sanitario emula el comportamiento del milagro bíblico de los panes y los peces porque supone que no existe escasez alguna, ni, por tanto, economía de medios posible. El sistema actúa como si no hubiera escaseces esenciales, sino sólo escaseces coyunturales: plazos de espera, sistemas no soportados, medicinas no subvencionadas, o especialidades sin atender. Es evidente que esa no es la realidad y que lo que no se va en llantos se va en quebrantos, que el sistema tiene múltiples fallos e ineficiencias aunque no sepamos ni preverlas, ni prevenirlas, y mucho menos aún, evitarlas sin aumentar el gasto más allá de la cifra que los presupuestos generales consideran más o e menos asumible, aunque luego se produzcan déficits considerables. ¿Qué se nos oculta, qué es lo que no vemos o no podemos ver?

La ciencia y las tecnologías son impensables sin precisión, sin discriminaciones finas, sin que, de uno u otro modo, se establezcan categorías entre las que imperen criterios de distinción, de jerarquía, de perfección, aunque esos criterios deban ser, en ocasiones, complejos e incluso incompatibles, inconmensurables. El sistema de la sanidad se ha hecho extrañamente ajeno a casi cualesquiera *políticas de claridad*, tanto por su excesivo tamaño, como por la extraña alianza de intereses que en él tienden a cobijarse. Se trata, sin duda, de una característica muy común a un buen número de instituciones contemporáneas, las que son capaces de sobrevivir en un mundo muy cambiante y cuyo rumbo dista de ser enteramente cierto. Esa clase de instituciones reclaman una revisión, una redefinición; seguramente deberán ser repensadas desde lógicas nuevas, incluso desde categorías económicas distintas, pero, frente a ellas, no sería sensato una pura política de pasividad, una especie de nuevo *laissez-faire*, aunque esa sea la tendencia política predominante.

Tal vez lo más curioso del sistema de salud sea que la manera en que funciona constituye una especie de parodia conjunta del modelo de economía planificada y el modelo de mercado. Funciona como un modelo de mercado porque es un orden sin diseño que se configura conforme a una demanda escasamente previsible, pero a la vez, funciona como una economía planificada que se determina básicamente desde la oferta política. A la base de todo esto no hay sino política, una oferta incontestable de servicios derivada de la aceptación del dogma fundamental de la religión de la salud, que no es solo lo primero sino lo único, la obligación mayor del Estado. El hecho de que esa religión haya crecido tan rápidamente en el número y la convicción de sus adeptos, no resulta, ahora mismo, enteramente separable de la confusa y poco desinteresada promesa de un tecnología todopoderosa capaz de

acabar con la enfermedad, con la muerte misma.

La posibilidad de realizar efectivamente un mundo tipo Walt Disney, es también la promesa implícita en las fuerzas políticas que han renunciado a discutir los fundamentos del sistema, pero pretenden seguir lucrándose del prestigio que merecen quienes luchan por la igualdad y por la pacificación de la existencia dentro de los límites de lo posible. Esta sería, me parece, la justificación moral de la izquierda para seguir apoyando a cualquier precio el gasto sanitario. En el campo contrario, si es que existiera, la coartada vendría dada por el hecho de que la satisfacción de esa demanda es un gran catalizador de la inversión en tecnologías que se gestionan en el mundo entero de manera privada, una parte de cuyo costo es, sin duda, el sostenimiento del intenso aparato que mantienen para su justificación ante la opinión y para la negociación de sus intereses frente a las autoridades públicas. Es lo que, parafraseando a Eisenhower y su crítica al complejo militar industrial, Arnold S. Relman llamó en 1980 "el nuevo complejo industrial médico"

Ambas pretensiones serían sostenibles en un marco en el que dejare de ser cierta la relación que se menciona en el punto 13. Me parece que, a la luz de estas consideraciones, el milagro de los panes y los peces en la sanidad resulta algo menos sobrenatural.