

Verdades, medias verdades y falsedades sobre las virtudes y defectos de las reformas sanitarias

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS

Departamento de Economía y Empresa

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra (UPF)

RICARD MENEU DE GUILLERNA

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS)

y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Recibido: Noviembre 2018

Aceptado: Noviembre 2018

Resumen

La idea inicial del texto era presentar un decálogo de tópicos típicos de dudosa virtud en la Economía de la Salud y ha resultado un listado de cuatro decenas de topicazos. Los resumimos ya que entendemos que al lector inteligente casi le ha de bastar la simple enumeración para descubrir los entresijos de las falacias escondidas en dichas afirmaciones. Responden al registro de muchos años de lectura atenta de los análisis de la economía de la salud que han incidido mayormente en la política sanitaria, y en este caso de modo sesgado y equívoco. Los identificamos como C clásicos, L ligeros (por proceder de quien quizás los haya pensado poco) y M manipuladores (malévolos, intencionados), aunque asumimos que estas atribuciones pueden incorporar prejuicios.

Palabras clave: Economía de la Salud, Sistema Sanitario, Financiación sanitaria, Gasto público, Intervención pública.

Clasificación JEL: I18.

Abstract

The initial idea of the text was to present a Decalogue of typical topics of dubious virtue in the Health Economy literature and has resulted in a list of four dozens of *topicazos*. We summarize them since we understand that the clever reader will almost suffice the simple enumeration to discover the ins and outs of the fallacies hidden in those common affirmations that have a major impact on health policy, and in this case in a segmented and misleading way. We identify them as 'classical' C, 'light' L (from whom they may have thought little) and M 'manipulators' (malicious, intentional), although we assume that by classifying according to these attributions can incorporate prejudices.

Key words: Health Economics, Healthcare System, Healthcare finance, Public Expenditure, Public intervention.

JEL Classification: I18.

Los autores declaran que no existen conflictos de interés de ningún tipo.

Un texto preliminar ha sido presentado en las XXXVII Jornadas AES Barcelona 2017

Los 40 principales argumentos para un debate informado

1-La supuesta eficiencia comparada entre sistemas sanitarios cuando los objetivos propios de la protección social difieren entre ellos. (L)

Ciertamente lo que un país desea sea su protección social, la combinación de eficiencia y equidad, responsabilidad individual y colectiva, granulación de la igualdad de oportunidades individuales en cada momento y a lo largo de una vida, etc., responde a una decisión colectiva que se expresa legítimamente en las opciones políticas y su respaldo parlamentario. Desde las políticas de ‘el buen samaritano’ a las de ‘no querrás que decida tu salud el mismo que gestiona los trenes’. Ello puede gustar más o menos desde las opciones respectivas, pero no legitima moralmente la imposición de una sobre otra. Y ya se sabe que en Economía para referirnos a la eficiencia necesitamos identificar un objetivo (la isocuanta) e identificar los costes relativos (isocostes) para su obtención.

2-La interpretación de que la generalización de la autonomía sanitaria, con la descentralización del INSALUD gestión directa, resquebraja la cohesión social por la visualización de un aumento de la varianza en el gasto sanitario. (L y M.)

Este argumento lo hacen servir tanto los ingenuos como los malintencionados. Cuando tras las decisiones de 2001 de proceder a la insensata, a nuestro juicio, transferencia de competencias sanitarias a todas las CC.AA a despecho de su tamaño, o nivel competencial, lo que era una sola observación (INSALUD gestión directa) y que consolidaba en un valor medio las desviaciones de 10 CC.AA. muy dispares en gasto per cápita (desde La Rioja hasta Madrid), se produjo el efecto estadístico de un aumento de la varianza. A algunos se les ocurre concluir que la simple transferencia, de un año para otro ha aumentado la desigualdad en el gasto a modo de cuestionamiento de la cohesión social. Ni las desigualdades aumentan de la noche a la mañana ni ha sido la descentralización española el vector de resquebrajamiento social. Al contrario, al permitir la descentralización fiscal una lectura política a las diferencias de gasto per cápita (con los regímenes forales como liebre inalcanzable) se ha generado un proceso de emulación que lo que ha hecho es alimentar el gasto sanitario público acercándolo a lo que algunos consideran objetivo europeo. Pero de este tema nos ocuparemos más adelante.

3-El confort político de instalarse en la equidad sanitaria como igualdad (posibilidad) de acceso, omitiendo otros costes de oportunidad distintos que el precio, o ignorando que la igualdad de consumo o resultado comporta un nivel de intervencionismo inaceptable en una sociedad democrática. (C)

La igualdad de acceso suena bien. Es fácil al definirse sobre un potencial y no compromete demasiado a los gestores: cumplen simplemente poniendo a disposición de los ciudadanos los servicios. Para los políticos es confortable ya que no obliga a discriminar: ‘todos son los llamados aunque no todos sean atendidos’. Sin embargo este principio olvida que acceso potencial no es necesariamente consumo efectivo, ni tampoco derivado de éste, un idéntico resultado. Entre acceso y utilización median un conjunto de costes de oportunidad que sobrepasan incluso la ausencia de precios monetarios. Barreras y discriminadores de acceso, tiempo, regulación, listas de espera. Y otros valores monetarios: para un inmigrante ilegal el acudir a la cola del centro de salud puede ser al coste de que ese día no ingrese ni coma; para un trabajador autónomo son rentas perdidas; para un pensionista puede incluso llegar a ser

un beneficio, una oportunidad de socializar o combatir la soledad. La educación, las barreras arquitectónicas, la falta de ascensor en vivienda humilde, la falta de ayuda para concertar citas... Ignorar lo que no se expresa en utilización es política de avestruz, poco inteligente si los objetivos son de salud poblacional.

4-El análisis econométrico de la *performance* de los sistemas sanitarios sin ajustar por variables que no son imputables a la gestión de éstos (algunos estilos de vida, conductas de riesgo, decisiones sobre prematuros, terminales...). (L)

Es muy tentador juzgar la eficiencia de los sistemas a través del análisis de factores que inciden en los resultados de cada uno de los agentes que en ellos participan. La evaluación por comparación señala residuos, que separados de los errores de estimación identifican a los menos productivos (si la variable analizada es la actividad) o los ineficientes (por mayores costes unitarios si éste es el caso). Sin embargo, el análisis va a depender de las variables de ajuste, las exógenas explicativas en toda regresión econométrica. Omitir dichas variables suponer considerarlas endógenas y por tanto responsabilidad de los gestores. Según países puede ser que el fumar lo sea (hasta la prohibición?), los consumos excesivos de alcohol o azucarados (no bastando poner impuestos?), conductas de riesgo (con o sin aseguramiento privado complementario que resarza en ingresos los mayores costes observados), el ocio asociado al *fast food* para rentas bajas que no alcanzan el precio del *bistró* etc. Vemos por tanto el sinsentido por ejemplo, de imputar como ineficiencia del sistema sanitario unas mayores muertes infantiles derivadas del mandato de cuidado intensivo y al límite de los bebés prematuros, costes de fármacos elevados por precios generosos para la industria farmacéutica nacional, o imputar como éxitos del sistema la reducción de la mortalidad perinatal por obra y gracia de la aceptación de la interrupción del embarazo. Todos estos factores, en la medida en que se consideren con preferencia individual por encima de la social y fuera de la intervención directa de gestores y políticos sanitarios deberían situarse en el lado derecho de la regresión; entre los ajustes de los que no podemos responsabilizar a los responsables de las variables que en el análisis tratamos de explicar.

5-Utilizar cifras de gasto sanitario per cápita para derivar conclusiones de inequidad inaceptable entre sistemas regionales de salud. (M)

Lo consideramos un tópico mal intencionado porque no puede costar mucho entender que si la financiación estatal, en nombre de la distribución equitativa de recursos, no sigue ya una idéntica financiación per cápita, tampoco de entrada podrán ser idénticas las cifras de gasto. Ponderamos como mínimo la población por edad y sexo, y como los tramos de edad difieren sobre el territorio, también deberán diferir sus cifras de gasto. Además, la financiación básica estatal supone un techo que las Comunidades pueden completar, ya desde su mayor capacidad tributaria, esfuerzo fiscal (tasas y copagos aquí incluidos) o a partir de la priorización de esta por encima de otras partidas de gasto. Derivar de diferencias en el gasto per cápita conclusiones de equidad sin atender al lado de los ingresos es simplemente una boutade!

6-Responder a la pregunta de *If not for profit for what* olvidando que excedente lo hay en toda actividad económica, o ignorando que lo relevante no es que se produzca, sino su dimensión y quien se apropia de él. (C)

En toda transacción de mercado en la que rigen precios identificables efectivamente ha de producir excedente. En la medida en que la demanda, el beneficio adicional, la utilidad marginal es decreciente, la vigencia de un precio muestra para cantidades iniciales un beneficio, excedente, disposición a pagar por encima del precio o coste de oportunidad de utilización. Hasta claro está el punto de equilibrio en el que voluntariamente a la vista del precio/coste se deja de consumir. De modo que el excedente neto del consumidor que esto provoca, o el del productor si hablamos de oferta/ producción y no de demanda/consumo o va a éstos o se reparte entre ellos. Cuanto más competitiva sea la oferta, en menor medida al productor. En otras circunstancias, aquel triangulito que marca cada punto de la demanda por encima del precio hasta el punto de equilibrio puede ser ‘vaciado’ en favor del productor ineficiente, que sustituyendo la competencia por el monopolio trabaja por encima de los costes mínimos posibles. Está claro que dicho mayor coste (más slack, menos presión, más prebendas o corrupción incluso) resulta a expensas de alguien más, y el del consumidor/ ciudadanos/ usuario en particular. De ahí la expresión de «si no es por ánimo de lucro, por qué otros ánimos van a mover los incentivos? En favor de los monetarios podemos decir que éstos son excedentes identificables, controlables, susceptibles de tributación, etc. En cambio los asociables a la ineficiencia suelen ser costes ocultos y que suelen acabar beneficiando al más atrevido, *jeta* o menos involucrado en una buena gestión de lo público, parasitando aquello que es de todos y a la vez de nadie.

7-Considerar una interpretación unívoca de los copagos confundiendo su papel como moderador, *deterrant* del gasto o como complemento de financiación a cargo del usuario allá donde ya no alcanza la financiación con cargo al contribuyente. (C)

Los copagos se relacionan con decisiones que por un lado puedan justificar que la participación del usuario provoque un menor consumo, detenga aquello que cínicamente se ha considerado abuso, utilización innecesaria, inadecuada, incluso iatrogénica, por lo que su mejor efecto es que el copago no recaude nada. Ello resultaría en caso de incidir en demandas muy elásticas, por lo que el efecto fuese finalmente de reducción de gasto y no de mayores ingresos. Por otro lado, hay copagos que lo que buscarían es recaudar más para financiar mejor el gasto público allá donde ya no alcanza el esfuerzo fiscal y tiene sentido que los usuarios complementen el coste en razón de algunos beneficios particulares. Mejor pues que estos copagos incidan sobre demanda inelástica y que a diferencia del copago anterior de moderación, éstos sean de baja intensidad y extensivos cuanto menos rígida sea la demanda (al revés de los intensivos centrados en los consumos superfluos) y de cuantía más elevada. En definitiva, el nombre no hace a la cosa, sino más bien depende de su función.

8-Identificar copagos con precios privados y no con deducciones fiscales o tasas (para una mejor financiación del gasto público). (M)

Los copagos no son precios privados que financien el gasto privado. Se trata más bien de participaciones en precios regulados que coadyuvan a la financiación del gasto público allá donde no llega el esfuerzo del contribuyente. Un copago es poco diferente de una tasa (así les llamamos en educación superior) e incluso de una deducción fiscal (‘tú pagas primero y recuperas después una parte de dicho gasto en el impuesto correspondiente’). Sin duda corresponden a la disposición a pagar del usuario, y ésta suele estar directamente relacionada a la renta individual. Además, actuando en deducciones fiscales en la cuota del impuesto sobre

la renta, limitándolos a determinados contribuyentes, eximiendo algunos colectivos (crónicos) o vinculándolos a la renta ya en su fijación con una cláusula ‘*stop loss*’ que limite desembolsos se pueden aminorar parte al menos de los efectos regresivos que se puedan generar.

9-Afirmar que todos los copagos son inequitativos al tiempo que se asume que la imposición general es siempre equitativa. (L o M)¹

Casi todo en economía depende de con qué se compare y de cual sea la función que justifique el instrumento. Los impuestos indirectos son regresivos: IVA e impuestos especiales suponen una carga proporcionalmente más elevada para las rentas inferiores ya que su consumo es en porcentaje la mayor parte de sus ingresos sin apenas opción al ahorro. Además puede tener sentido que los impuestos generales no acompañen algún gasto ya por su coste efectividad o por efectividad relativa no asumible por la financiación mutualizada de los contribuyentes. O simplemente, por tratarse de preferencias, como con los precios de referencia para algunos medicamentos que cuentan con genéricos o bioequivalentes. Y no sólo es eficiente un copago para limitar un gasto innecesario objetivamente ante un substitutivo equivalente. Evita una financiación por impuestos que generan pérdidas de bienestar asociables al llamado exceso de gravamen y puede dejar en capacidad económica privada unos recursos a contribuyentes que renuncian a aquellos consumos innecesarios. Además por el lado de la equidad, es difícil justificar mutualizar los costes de consumos inadecuados, vista la incidencia fiscal prevalente, y hace que los beneficios en parte internalizables por parte del usuario por encima de los sociales, los sufrague éste y no la sociedad en su conjunto (como con las tasas universitarias, con aportación a la equidad por el lado de los ingresos, todo lo demás igual por el lado del gasto). Quiere ello decir que hay que identificar siempre para sacar aquel tipo de conclusiones, con qué otra fuente de financiación la comparamos, a igual recaudación, donde lo aplicamos y cuál es su potencial destinatario.

10-No entender que en un sistema universal el consumo efectivo por gradiente social puede hacer que sea tanto pro-pobre como pro-rico. (C)

Solemos congratularnos de tener un sistema universal que permite el acceso independientemente de la capacidad económica, visualizando así que los pobres ‘sí pueden’ (a diferencia de otros sistemas menos universales). Pero la verdad es que con el universalismo, y más aún si es de ‘barra libre’, los individuos de rentas altas como ciudadanos que son también pueden acceder a dichos servicios. De modo que si el sistema universal se ha de definir como progresivo, redistributivo pro pobre, se ha de deber a que los ricos por alguna razón –distinta a estar más sanos– lo utilizan menos que los pobres. El que los pobres lo utilicen más (recuérdese, utilización, no simple acceso) tampoco es definitorio de progresividad ya que ha de ser una utilización por encima de la indicada por sus niveles de necesidad sanitaria, estandarizando por tanto a partir de sus estados de salud. Si utilizan más que lo que

¹ En marzo de 2009, «el pleno de la Cámara Baja aprobó por unanimidad una proposición no de ley en la que instaba al Gobierno a rechazar la introducción de cualquier forma de copago por parte del usuario del sistema nacional de salud», y para más INRI, en febrero de 2011 «la comisión de Sanidad del Congreso aprueba una proposición no de ley que rechaza cualquier fórmula para que el usuario pague por receta o visita al médico». Es decir, todas las formaciones políticas votaron contra la introducción de algo que, en el caso de la farmacia, esta «introducido» desde 1966, con modificaciones al alza en la década de 1970, cuando se pasó de una aportación fija (D. 3157/196630) a una porcentual.

pesan proporcionalmente como grupo de población, pero menos de lo que lo utilizarían con los patrones medios de consumo de la población total o respecto de las mejores prácticas observadas, no estaríamos redistribuyendo pro-pobre por este lado del gasto. Con ello queremos decir que la utilización efectiva marcará el resultado redistributivo. Esta es sensible por supuesto a las coyunturas (las elasticidades precio y renta difieren entre grupos y pueden responder de modo diferente a una crisis o período de bonanza económica), a la capacidad de reducir los costes de oportunidad del acceso (amigos parientes titulados de bata blanca), más conocimiento del funcionamiento del sistema, educación para identificar necesidades del consumo etc. El punto clave aquí a destacar es que los *drivers* de los consumos (por grupos de población y modalidades de servicios) no están bajo el control directo de los gestores y de los políticos. Esto les da comodidad en su día a día pero no permite focalizar y monitorizar los efectos deseables en un sistema de salud. Este universalismo –primero que llega primero servido, barra libre de lo que esté en cocina y mientras haya existencias– tiene ciertamente algunas ventajas, pero no son negligibles las desventajas si el universalismo no se acompaña de priorización ya sea por necesidad relativa y/o prueba de medos.

11-La austeridad (contención, reducción) del gasto sanitario público mata, y no el paro o la pobreza. (M)

Los estudios más rigurosos permiten identificar los verdaderos problemas provocados por la crisis y sus posibles soluciones: la pobreza y el desempleo pueden tener efectos más negativos sobre la salud que los recortes en la asistencia sanitaria. Hay que ir con mucho cuidado a la hora de establecer relaciones causales. Utilizando datos observacionales y datos transversales, no se pueden atribuir a la crisis los deterioros en la salud, si es que ha habido alguno. Ello viene a cuestionar la asociación entre los recortes en la asistencia sanitaria y el aumento de la mortalidad, resumida en la expresión «la austeridad mata», que se ha extendido en la literatura médica y en algunos sectores politológicos, así como entre el personal sanitario. Las principales conclusiones empíricas que destacan diferentes autores a partir de la literatura analizada son: las medidas de austeridad adoptadas en el sector sanitario en España han sido suaves, en comparación con las que se han aplicado en países como el Reino Unido y Alemania, entre otras razones por la variabilidad de políticas de las distintas comunidades autónomas y por las reacciones sociales.

12-Rizar el rizo en los detalles de coste, y aproximación burda a la efectividad en la evaluación económica de los tratamientos sanitarios. (L)

Puede que los economistas de la salud nos equivoquemos con un énfasis excesivo en la aproximación al coste-efectividad en la priorización sanitaria. Poniendo el coste por delante queda desenfocada la efectividad. Primero, porque el coste económico es difícil que lidere una discusión sanitaria en el contexto de las culturas prevalentes en nuestras sociedades lo que predispone a cortocircuitar el debate. La efectividad relativa es hoy quizás lo más importante. Al menos, para empezar, por sus efectos relevantes, muchos más que los derivados de computar correctamente un coste indirecto o una productividad friccional. Los impactos de escala de pasar realmente de la eficacia (que es lo que conocemos más o menos en nuestros estudios) para centrarse en marcadores que arrojen luz sobre la incertidumbre actual sobre seguridad y efectividad de los tratamientos y sus beneficiarios, que mejoren indicaciones, con un plus de seguimiento y control de adherencia, de buenas prácticas y retroalimentación ex

post de los resultados, son mucho más decisivos posiblemente para una buena asignación: sus efectos son multiplicativos (y no aditivos como en el caso de los costes). Un mayor equilibrio en el binomio coste efectividad digamos que se impone.

13-Las políticas de prevención generan siempre ahorro de recursos. (C)

Esta afirmación es una osada derivación de la expresión de «sentido común» –el que nos dice que la tierra es plana– enunciada como «*Más vale prevenir que curar*» o «*An ounce of prevention worth a pound of cure*». Aunque está ampliamente demostrado que algunos servicios preventivos sanitarios, cuando se prestan adecuadamente, aportan un excelente valor, nada permite generalizar esos resultados, declarando que cualquier cosa hecha en nombre de la prevención es siempre coste-efectiva. Es fácil poner ejemplos de casos que demuestran la inconsistencia aritmética de asumir que muchas intervenciones de coste escaso resultan siempre más rentables que una reparadora de elevado coste así evitada. Seguramente cuesta más apreciar la inconsistencia fisiopatológica que demasiado a menudo guía el vínculo entre la prevención y el daño evitado. La demostración de la inocuidad de muchas tumoraciones prostáticas silentes o de algunas lesiones mamarias preventivamente detectadas y eliminadas, sin beneficios reales, se ha ido abriendo paso en las últimas décadas, pese a la denodada oposición de los implicados en las industrias de su prevención.

La extendida preocupación por la iatrogenia, y la más avalada afirmación de que «*ninguna intervención sanitaria es totalmente inocua*» deberían ayudar a refrenar una afirmación tan cuestionable como el del encabezado.

14-Marcar objetivos poblacionales en los planes de salud, instrumentar un sistema de información basado en actividad (pacientes), un sistema de control focalizado en inputs y manteniendo una financiación de proveedores de corte presupuestario de/incremental. (C)

El diseño de estructuras organizativas coherentes implica resolver de modo congruente los distintos sistemas que las integran. De modo que es ilógico que un sistema de salud funcione con una planificación basada en objetivos de salud poblacionales (*outcomes* o resultados) y que el sistema de información se centre sólo en actividad asistencial (outputs y mayormente segmentados especialmente), el control se haga por inputs (cuanto se ha pagado por una gasa) y la financiación sea presupuestaria global de corte incrementalista (para el que gastar menos hoy serán menos recursos en el presupuesto siguiente).

15-Identificar la maximización de los Años de Vida Ajustados por Calidad como objetivo de nuestro sistema sanitario. (L)

Si fuésemos serios en el ‘maximando’ de AVACs, esperanza de vida y similares haríamos previsiblemente cosas que no queremos hacer, tales como focalizar los recursos donde la productividad es máxima y la capacidad de desplegar salud (ganancia de AVACs) es mayor, postergando grupos de población frágiles, prematuros, con minusvalías genéticas o sobrevenidas, de edades avanzadas, etc. La simple aplicación del criterio de equidad de Williams (*fair innings*) condicionaría la anterior maximización al respetar aquella dotación mínima de AVACs que correspondería a cada persona, no susceptible de ser transaccionada con la de nadie más y condicionadora de inversiones más ‘productivas’. Lo que también es un aviso para que en las comparativas entre países identifiquemos mejor cuales son los objetivos sociales de cada sistema de salud.

16-Dieciséis CC.AA., dieciséis políticas sanitarias diferentes. (M)

Las políticas sanitarias son ‘políticas’ de modo que no existen 17 políticas sino tres o cuatro maneras políticas, ideológicas, de entender la protección social en materia sanitaria. Así vemos y sabemos que la izquierda tiende a apoyar la provisión pública con producción propia (estatutaria, administrada), que los centristas liberales suelen estar dispuestos a abrir su abanico, siempre de provisión pública a la producción privada concertada (normalmente siendo sin ánimo de lucro, y contrataciones limitadas temporal-anualmente) y que los conservadores, manteniendo regulación e incluso provisión pública, aceptan que ésta se concesione (a períodos más largos) a empresas privadas incluyendo aquellas con ánimo de lucro. Todo ello cabe en sistemas que mantengan regulación y financiación pública. La valoración de su eficiencia relativa, considerando aquí elementos que como las preferencias y la libre elección son de mal evaluar objetivamente, es eminentemente empírica e interpretada según el tamiz ideológico del que sea gobierno representativo. En nuestro país, desde el liderazgo de una u otra Comunidad, las demás siguen. La apelación a 17 políticas junta tanto a algunos que están en contra de la descentralización –ya de la izquierda o de la derecha– y muchos proveedores que ven así ampliados los costes de transacción asociados al suministro de los proveedores regionales. Su complicación puede ser ventaja para la financiación pública si lo que se pierde de las supuestas ventajas de la compra conjunta y del monopsonio se compensa por una presión más sentida de conciencia de costes, negociaciones bilaterales, incentivos a la innovación, transparencia de información y emulación efectiva de las mejores prácticas negociadoras.

17-El envejecimiento como vector de gasto y la proximidad a la muerte como factor exógeno inevitable de su crecimiento. (C)

Una preocupante distorsión perceptiva lleva a plantear el envejecimiento como problema, en lugar de ver en el aumento de la esperanza de vida un éxito social, en parte atribuible al mismo sistema sanitario. La constatación de que con la edad aumenta el coste sanitario empujó en su día a utilizar multiplicadores que elevaban gradualmente el coste sobre el de la media poblacional para distintos grupos de edad. En los cálculos españoles y en ausencia de datos longitudinales, del mismo individuo a lo largo de su vida, se calculaban dichos factores incrementales para distintas cohortes pero en el mismo momento del tiempo. Este es un cómputo diferente al anterior ya que se realiza a la vista de la tecnología y práctica asistencial de un solo momento, y no tiene en cuenta el registro pasado de su evolución para la prospectiva de previsión interesada. De todos modos es ya bien sabido que no son los saltos de edad los que empujan secuencialmente el gasto sanitario, sino que es la proximidad a la muerte, a cualquier edad, lo que incrementa asintóticamente el gasto a lo largo de la vida de una persona. Y siendo éstos cuidados de proximidad a la muerte los factores decisivos, estos devienen endógenos y no independientes de las prácticas asistenciales. De modo que no hay nada irremediable que condene el gasto sanitario al envejecimiento. Dependerá de cómo enfoquemos la priorización en situaciones terminales en lo que atañe al coste de medicamentos de muy baja efectividad o tratamientos que encarnizan en vez de paliar con cuidados a los pacientes.

18-Atribuir a la desigualdad y no a la polarización la amenaza de la ruptura de la cohesión social. (L).

La cohesión social tiene definiciones inestables, por tratarse de relaciones consensuales, pero su quiebra se reconoce al hablar de conflictos, en tanto que polarización de las partes.

La desigualdad, y no solo su incremento, puede desmoronar la cohesión asumida, pero no es la única explicación plausible. La polarización, en tanto que divergencia hacia puntos extremos, desapareciendo las opciones intermedias, también supone una ruptura de la cohesión.

No es extraño que en el análisis de conjuntos de países las ordenaciones de polarización y desigualdad puedan diferir hasta entrecruzarse. Huyendo de la tentación coyuntural de reducir estos fenómenos a situaciones de problemas de identidad territoriales, étnicos o de religión, no es difícil atisbar escenarios tras el comienzo de la crisis económica en que el papel jugado por las desigualdades económicas puede ser menor que los asociados a la polarización, desde lógicas de la diferencia espurias. Una distribución desigual pero con proporciones altas en cada tramo es menos peligrosa para la cohesión social que dos polos que agrupan dos *clusters* muy homogéneos internamente y extremadamente heterogéneos entre ellos.

19-La supuesta sostenibilidad financiera para un sistema insolvente de las reglas de gasto para la consolidación fiscal. (C)

Gasto es siempre el producto de precio (o coste unitario de provisión) por cantidades (consumo de los servicios). Controlar el gasto como un todo es en cierta medida hacer tabla rasa de dos dinámicas muy diferenciadas: la de la eficiencia y la de la utilización. No tiene sentido someter ambos factores a una misma regla ya que como mínimo la inflación de servicios (por ejemplo en medicamentos, recetas per cápita) tiene para la salud peor pronóstico que la inflación de precios. Y dentro de éstos últimos, considerar tan sólo un mismo diferencial, trata igual a los desiguales (medicamentos innovadores o no, coste efectivos o no, que añaden o no calidad de vida a los años). Ello puede desincentivar la innovación. Por lo demás, estas reglas burdas de gasto, si persiguieran efectivamente consolidar fiscalmente el gasto sanitario no debería instrumentarse por parcelas de servicios sino en el global, exigiría consistencia intertemporal y se vincularía no al PIB sino a la recaudación; esto es, consideraría la elasticidad renta de los ingresos fiscales.

20-Confusiones entre lo ciudadano, público, administrativo, social, estatal. (C)

El célebre «*Piove, governo ladro!*», que se popularizó hace siglo y medio, encarnaba de manera sencilla todas las culpas y responsabilidades. Hoy esa imputación debemos asignarla con más precisión a distintos niveles de gobierno, sus aparatos administrativos, los agentes sociales, la ciudadanía o el conjunto de la sociedad. Pero no parece que aún estemos muy finos en ello dada la frecuente confusión en estas atribuciones. De modo similar, demasiado a menudo se consideran públicos solo los servicios prestados directamente por la administración de los distintos gobiernos, se sigue etiquetando como «servicio público» los coches de alquiler con conductor, al tiempo que se consideran negocios privados franquicias concedidas por la administración. Sin un mayor esfuerzo discriminador entre las distintas responsabilidades de cada forma de gestión adoptada –y de sus posibles alternativas– nos arriesgamos a simplificaciones de trazo grueso que solo contribuyen a perpetuar un *statu quo* indeseable por obsoleto o, al menos, inadecuado a las realidades presentes. Lo público no es así lo de todos sino lo que administra el gobierno, y el gasto social es únicamente lo que pasa por presupuestos. Son éstos algunos ejemplos sólo de dicha confusión.

21-No distinguir entre bienestar social (gasto) y bienestar residual en capacidades de renta familiares tras el pago de impuestos y subvenciones monetarias y en especie. (M)

Se tiene tendencia a valorar el gasto social en su cuantía más que en su destino. En el extremo, un gasto social PIB bajo llega a ser considerado por algunos una maldición neoliberal cuando puede que refleja simplemente un crecimiento de renta muy vigoroso y una menor exigencia así de gasto en subsidios de desempleo, rentas mínimas, y menos necesidad de protección social. Ello enfatiza la necesidad de conocer más acerca de dicho gasto: si son transferencias monetarias globales, predominará la libre utilización de los recursos en destinos no controlables; si son transferencias condicionadas (sólo para pongamos vivienda) y complementables por el individuo, se generará un efecto abaratamiento más centrado en el destino, aunque con efectos renta (al liberar la subvención a dicho destino recursos que ahora se podrán utilizar libremente a otros. Si el gasto financia una prestación en especie, la capacidad de decisión del ciudadano se limita más y aquel que renuncia a la utilización de los servicios pierde sus beneficios sin dejar de contribuir a su financiación. Finalmente el vale recupera parte de la soberanía del consumidor, se mantiene direccionado al acceso a servicios (no permite un gasto incondicionado), pero permite recuperar en favor de determinados servicios no proveídos públicamente lo que antes era un coste estrictamente privado (que ahora, al ser así subvencionado, se incentivaría al consumo). El bienestar residual, neto del pago de impuestos precios y copagos regulados, con consideración del bienestar devengado por preferencia o benevolencia pública, debiera ser el numerario de análisis de las políticas públicas.

22-Desconocer que los impuestos siempre generan exceso de gravamen y pérdida innecesaria de bienestar que se ha de contraponer a las supuestas ganancias por el lado del gasto. (L)

Mostrar las bondades de los beneficios del gasto ignorando el coste por el lado de los ingresos es un clásico de quienes no distinguen la incidencia presupuestaria absoluta, diferencial (substituyendo un gasto por otro a igual financiación) o a presupuesto equilibrado (debiendo justificar cada incremento de un gasto con el del ingreso correspondiente). Ciertamente el gasto público añade bienestar, que si incide en la progresividad fiscal añadiría más capacidad de ingresos (o substituirá necesidad de gasto) a las familias de menos renta. Pero no conviene ignorar que los impuestos reducen dicha capacidad de gasto para las familias (hablamos de rentas netas de impuestos) lo que ciertamente reduce el bienestar accesible a criterio propio. Además toda imposición distorsiona, afecta al comportamiento de los afectados, puede reducir bases imponibles, frustra libre elección (elemento éste también de bienestar individual), en lo que se denomina exceso de gravamen (exceso en el sentido de que sobrepasa la recaudación obtenida) del impuesto, como pérdida de bienestar evitable (inevitable es el efecto reductor de renta) si el impuesto fuese neutral. Pero claro está, no queremos impuestos neutrales que serían eficientes pero muy poco equitativos; tanto que no existen en ningún país ni en sistema fiscal alguno.

23-Ignorar que regulación, financiación y provisión son alternativas de un mismo intento de tutela pública, con efectividad diferente según las situaciones. (M)

Regular es fácil para el Estado y asume poco coste más allá de informar y hacer cumplir lo legislado. Traslada el coste del cumplimiento a los individuos (obligación de seguro obligatorio para circular, ITV para los coches, restricciones de seguridad en edificios, contra la contaminación, etc.) La provisión pública hace que la administración se ponga ‘manguitos’ o se empresarialice mínimamente. Si la provisión pública se hace con producción concertada,

al supuesto menor coste de producción de ésta habrá que añadir los costes de transacción. Y con producción pública, el Estado deviene último tenedor de todos los conflictos de gestión. Sin embargo, aunque todas las anteriores modalidades no requieran idéntica implicación ni se reflejen igualmente en cifras presupuestarias de gastos e ingresos, pueden servir igualmente a un mismo objetivo. Cuándo concertar o producir es un clásico en la materia. Cuándo regular inputs o hacerlo por resultados, también. Ello ha llevado a que algunos analistas hayan acabado por ignorar las cifras de gasto público PIB como indicadores del grado efectivo de intervención pública en la economía, y que hablen ya de gasto social incorporando los efectos de aquella regulación obligatoria, separándolo del administrativo, y considerado ya se neto o antes de impuestos, restando o no la financiación no tributaria (precios públicos, copagos) que haya financiado a dicho gasto, al responder todas ellas a lógicas de intervención diferentes (grado de voluntariedad, beneficios apropiables individualmente, externalidades sociales...)

24-Comparativas de gasto erróneas, a veces en términos de PIB, de porcentaje sobre gasto total, per cápita, por niveles, tasas de crecimiento absoluto, relativo, indiciado en base cien en año de conveniencia, variando la escala de los ejes de representación gráfica, etc. (L)

Sin duda dentro del gasto sanitario las retribuciones salariales han de tener el PIB como referente (de hecho son parte primaria de dicho PIB). No es sin embargo igualmente evidente para el gasto en medicamentos y en algunos otros insumos, si nos creemos al menos que estamos en un mercado único, que sea el gasto PIB y no per cápita. En efecto, en una situación de convergencia en precios (de referencia internacionales y evitando el comercio paralelo) y en buena medida de prácticas (la globalización del conocimiento y su traslación a las consultas de nuestros profesionales) hace que el PIB resulte el término apropiado de referencia; especialmente cuando los precios no respetan una graduación en función del PIB y el conocimiento se globaliza pese a que la restricción presupuestaria se mantenga 'local'. La referencia porcentual de estas partidas al monto es muy sensible al que sea el gasto total, ya sólo público o no, ya financiado o no por copagos públicos que ofrecen marcos alternativos de responsabilidad social.

El juego de ilustrar a interés de cada cual tasas o niveles, variación de tasas anualizando trimestre, sobre trimestre anterior o sobre idéntico trimestre del año anterior, anclando los valores a años específicos (base cien) o graficando con ejes discontinuos... forma parte ya de otro género, más ligado al fraude que al tópico.

25-Confundir precios (nocionales) con costes unitarios (efectivos). (C)

Queremos con ello decir que entre el precio teórico acordado y el coste final puede existir un mundo, por lo que es bueno evitar dicha confusión (así en precios altos en EE.UU. versus Canadá, precios de reembolso y precios finales en hospitales españoles) obviando que en mercados competitivos quien compre (conjunto o individual, monopsonístico o no, para uso propio o para terceros), cómo compre (procedimientos de subasta, concurso más o menos restringido...) cuanto tarde en pagar (capitalizando en su caso el proveedor el coste financiero previsto por retraso), si existen fórmulas de *pay-back*, descuentos, *bundling* o paquetes de insumos con compras vinculadas en el corto o largo plazo, etc.).

26-No saber ver que lo que no se oferta en catálogo público de servicios no se prohíbe en una sociedad democrática, trasladando así un copago del cien por cien al adquirente. (C)

Los copagos producen diversas aberraciones ópticas. No solo se puede ver que «aparece» un copago cuando el que ya existía se incrementa un 10%. También ciega la visión que la exclusión de un producto de las prestaciones públicas por no considerarse asumible su coste supone automáticamente un copago del 100% para todos los que decidan –y puedan– utilizarlo. Para rizar el rizo, cuando se recupera la visión de ese punto ciego, no es infrecuente argüir la falsa solución de que no se debe autorizar lo que no se financia. Algo que, además de no mejorar nada distinto a la mala conciencia de sus partidarios, resulta difícilmente trasladable a la realidad en un país democrático con derechos ciudadanos y de comercio internacionalmente acordados.

27-La falacia ecológica de que lo que es representativo del conjunto lo es también de cada una de las partes que lo integran. (C)

La llamada falacia ecológica se refiere a una inferencia errónea debido a la falta de distinción entre los diferentes niveles de organización. Una correlación entre las variables basadas en características de grupo (ecológicas) no se reproduce necesariamente entre variables basadas en características individuales; una asociación en un nivel puede desaparecer en otro o incluso invertirse. Así, ante un estudio ecológico que examina la relación entre ingreso per cápita y riesgo de accidentes automovilísticos en distintas poblaciones y aprecia correlación positiva entre la media de ingresos y el riesgo de daños, es fácil incurrir en esta falacia. Sin una observación de los valores individuales no se apreciaría que en todos los grupos los accidentes se producían únicamente en personas de bajos ingresos. O un estudio que encontrara una correlación entre la calidad del agua potable y las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón, sería una falacia ecológica inferir tan solo de esto que la exposición a agua de una cierta dureza influye necesariamente en las posibilidades individuales de morir por enfermedad del corazón.

28-MUFACE como equivalencia a aseguramiento privado y que el registro abierto (*open enrolment*) es suficiente antídoto para evitar la selección de riesgos (ignorando la de servicios). (C)

La selección de riesgo es intrínseca a la financiación capitativa. Si ésta se dirige al aseguramiento privado con ánimo de lucro, el incentivo a expulsar los riesgos altos es todavía mayor. Pero selección de riesgos también existe en sistemas públicos cuando se asignan cartillas o se localiza a profesionales a diferentes centros de salud de los que sabemos de su menor presión asistencial, más educación de los pacientes potenciales, con mayor porcentaje de suscripción de seguros privados complementarios, etc. Lo cierto es en el pago capitativo está en la base de los convenios de las Mutualidades públicas, por lo que el regulador debe estar atento a neutralizar aquel tipo de incentivos, perversos para un sistema que se quiera público sin exclusiones. De modo que el antídoto suele ser que el asegurador que convenia no pueda elegir asegurados. La entidad aseguradora no los ve, ni criba ni pueda exigir periodos de carencia; ellos libremente eligen (en Muface a 31 de enero de cada año). Este registro abierto puede ser sin embargo erosionado por una selección de ‘servicios’ que haga más atractivo para algunos grupos de población que se sabe son de riesgo inferior a elegir aseguradoras más ‘completas’ en determinados servicios que en otros (véase para crónicos, oncológicos, de enfermedades raras).

29-La necesidad de ajustar el riesgo lo máximo posible en las diferencias de gasto poblacional, utilizando para ello el consumo individualizado del año anterior («*Garbage in, garbage out*»). (C)

El mejor predictor del consumo sanitario futuro es el realizado en el pasado. De modo que en las fórmulas de pago prospectivo a los proveedores es muy tentador utilizar como variables explicativas el gasto observado por paciente, territorio, proveedor, sistema sanitario. Pero esto confunde lo explicativo con lo predictivo. Si se ajusta por lo observado se extrapola y no corrige dicha observación (la porquería que uno mete en datos –ineficiencia, sobre-utilización, costes elevados– es la que se proyecta a futuro). Esta constatación ha causado la confusión de creer que los ajustes de riesgo poblacional basados en variables tales como composición de edad, género y aspectos sociales de privación contaban con muy baja capacidad explicativa de las variaciones en gasto poblacional, a la vista de sus bajas R cuadrados, a efectos de fundamentar un traslado de riesgo financiero adecuado a los proveedores. En realidad, la parte que explican dichas variables se debiera de referir no a 100 (*garbage in, garbage out*) sino a la parte de la variación del gasto, excluido el componente de ineficiencia que no se desea proyectar. De modo que pongamos un R2 de gasto explicado con aquellas variables exógenas del 35%, referidas a digamos sólo a la mitad de la variación que se considera justificable, supone un 70% de capacidad respecto de este nuevo referente.

30-Equiparar la atención primaria de distintos NHS, omitiendo los diferentes incentivos que subyacen en sus diferentes pautas profesionales. (M) (o L)

Las comparaciones parciales –y sesgadas– son ubicuas, pero algunas campan por los debates sanitarios con un vigor inverso a su antigüedad. Cuando se envidian ciertos rasgos de la atención primaria de otros países es frecuente comparar las retribuciones de sus profesionales con las vigentes en nuestro sistema nacional de salud (retribución por población cubierta o salarización), omitiéndose cualquier ajuste por dedicación horaria o por tamaños de los respectivos «cupos». También cabe referirse al distinto status de sus profesionales en cuanto a capacidad auto-organizativa y asunción de riesgo (cuenta propia/ cuenta ajena) y a la distinta flexibilidad en la extensión de prestaciones, obviando las diferencias entre modelos tipo *National Health Service* y de prestaciones de Seguridad Social.

31-Contabilizar entre los servicios generadores de desigualdad aquellos que la propia regulación pública ha descartado por ser poco coste eficientes o simplemente menos eficientes. (L)

No está claro en la literatura que quienes más se aseguran de modo complementario a la cobertura pública sean los más enfermos. De hecho algunos trabajos muestran que la disposición a pagar complementariamente suele estar asociada al grado de aversión individual al riesgo. Pero cuanto más temeroso sea la persona a sufrir una contingencia sanitaria puede que más se preocupe por el autocuidado y la prevención, por lo que esto explicaría parte del negocio del aseguramiento privado (*cherry picking*). Lo que no tiene sentido es considerar que la cobertura pública está bien priorizada (lo coste efectivo está incluido) y sin embargo se considere la utilización de lo excluido, y pagado por el bolsillo del hipocondríaco o del mayor adverso al riesgo, incluso de lo dudosamente efectivo, en los indicadores de desigualdad. Si acordamos que lo consumido fuera de catálogo no ‘vale lo que cuesta’ en la opción social de cobertura, no tiene sentido que lo contabilicemos como valioso para la salud cuando asociemos utilización con equidad.

32-Equiparar utilización con demanda, cuando la primera es ya el resultado de la interacción entre oferta y demanda asistencial. (C)

Con demasiada frecuencia se emplean datos de utilización interpretándolos como demanda. Pero la utilización de servicios ya es una resultante de los equilibrios entre la oferta disponible, la demanda expresada, la inducida a partir de estimación de necesidad normativa, etc. Aun así, algunos estudiosos y demasiados profesionales, como los de las plataformas «+ minutos», siguen insistiendo en considerar que el número y la duración de las visitas es un problema exógeno a las consultas. Y ello a pesar de que la mayoría de interacciones responden al pautado de dudosas revisiones de arbitraria periodicidad y escasa, si alguna, evidencia.

33-Treinta millones de pobres no asegurados en EE.UU. por ausencia de gasto público/ PIB. (M)

Muchos de los ciudadanos que no disponen de cobertura son trabajadores autónomos e inmigrantes ilegales. Los primeros, ante los precios tan elevados del aseguramiento sanitario no pueden o no quieren dicha cobertura asumiendo unos riesgos que pueden ser catastróficos (aquí entra el ObamaCare para facilitar dicha cobertura). Los pobres de solemnidad están cubiertos por el programa público MEDICAID. Nos podrá parecer que con la restricción presupuestaria pública de EE.UU., menor (más financiación, más gasto) que la de países como España, muchos sistemas sanitarios europeos no sólo cubren pobres de solemnidad y mayores de 65 años, sino al conjunto de la población. Pero el sistema americano permite acceder acompañada de la libre disposición a pagar a tecnologías y a servicios sin listas de espera o sin restricciones que sí se imponen en los sistemas europeos. Ni que sea para algunos!! Ni que sea para unos pocos. Ni que nos parezca a nosotros muy mal. Pero son opciones que proceden de elecciones sociales en democracia.

34-Incrementar el presupuesto –la fracción de éste– destinado a una actividad eficiente (por ejemplo en Atención Primaria) suponiendo que ello supondrá siempre una mejora. (M)

En general cualquier incremento de costes superior al de los beneficios que así se obtengan supone una merma de eficiencia. Cuando se emplea la eficiencia previa como aval para reclamar más recursos se suele obviar tanto el objetivo al que se pretenden destinar como el mecanismo por el que se espera que redundaran en un beneficio equiparable. En el caso de la Atención Primaria, intensiva en trabajo profesional, es sencillo ver que aumentar las retribuciones profesionales satisfaría la reclamación, pero que es arriesgado asumir que ese redireccionamiento de recursos se vaya a traducir automáticamente en mejoras apreciables en los resultados de los pacientes.

35-Suponer que algunas desigualdades tienen un signo inequívoco respecto a la equidad a despecho del marco conceptual de referencia. (L)

Apreciar una desigualdad no significa identificar una quiebra de equidad. Así, es demasiado común asumir que una mayor facilidad de acceso o utilización pro-ricos de la asistencia especializada supone un beneficio para ese grupo. Pero eso significa preferir estar más enfermos, o de manera más complicada. Al menos si aceptamos el modelo basado en una Atención Primaria resolutive. En un marco en el que la A.P. solo se entienda como barrera disuasoria, más acceso a la especializada podría interpretarse como mejor asistencia. En cualquier caso sí, como se ha visto, los colectivos más bienestantes frecuentan en mayor proporción las

consultas de urología para realizarse cuestionables cribados de próstata, las desigualdades observadas en esa asistencia son «objetivables», pero no forzosamente reflejan inequidad. Desde el marco conceptual de referencia tampoco es evidente que la inequidad, cuando se produzca, perjudique siempre a quien recibe menos servicios sanitarios. En el límite, la mayor utilización de servicios inadecuados por un determinado grupo no supone una afectación de la equidad, ya que el despilfarro no está sometido a reglas morales sobre su distribución, siendo en todo caso inmoral en sí mismo.

36-Las clasificaciones *ad hoc* de proporción de gestión privada y pública desatendiendo aspectos sancionados por el statu quo. (M)

En los reiterados trabajos que se ocupan del nivel de «privatización» presente en las distintas CC.AA se suele atender al volumen de conciertos, compras de servicios y hasta concesiones. Nada se dice de algunos aspectos de prestación de servicios que por «tradicionales» no parecen percibirse como de producción y gestión privada. Así, la distribución farmacéutica, clásicamente una cuarta parte del gasto sanitario público, siempre ha estado franquiciada a proveedores privados regulados, sin mayor escándalo ni intento de reversión.

37-Las variaciones en gasto que concluyen en que más siempre es mejor (L)

Los estudios de utilización agregada ya han ganado una cierta atención, pero aún es muy menor la que busca desentrañar qué asistencia conforma esos agregados. Especialmente respecto a si las importantes diferencias halladas en atención efectiva se traducen en diferentes resultados en salud, lo que no es siempre tan obvio para los distintos niveles de gasto. La variabilidad de la utilización sanitaria ha pasado así en poco tiempo de ser rotundamente negada a ser cómodamente utilizada como coartada. Las diferencias en gasto imputables a la variabilidad de las prácticas se atribuyen generalmente a la mera disponibilidad de recursos y casi nunca a preferencias profesionales o institucionales fuera de lugar. Pero aunque la variabilidad se asocia al volumen de recursos disponibles en cada área, también lo hace a la productividad de los mismos.

El empleo juicioso de los datos permite identificar diferencias injustificadas en la utilización de tecnologías o procedimientos de escaso, dudoso o nulo valor clínico, señalando aquellos proveedores que se mueven sistemáticamente por encima de lo esperado. Este debiera de ser el objetivo de las políticas correctoras para reducir el elevado coste de oportunidad que se deriva de sus altas tasas de intervenciones. Y para ello hay más recorrido dentro de cada Comunidad que entre Comunidades Autónomas. De otro modo, perfeccionar una investigación que no lleva a la acción es también malbaratar recursos siempre escasos.

38-La preocupación por el etiquetado de las políticas, antes que por los efectos producidos por las políticas concretas. (L)

Simplificar ayuda y con la ayuda de atajos se pueden abordar juicios difíciles, aunque con sesgos previsibles que a veces conducen a graves errores sistemáticos. Pero el recurso apresurado a etiquetados simplificadores impide juzgar con mejores criterios. Así, aunque sepamos que conviene redefinir el tamaño y alcance de muchos servicios nocivos e hipertrofiados, la noticia de su reducción por algún gobierno que no gusta lleva a descalificar la acción concreta y hasta su mera aplicación. No importa tanto la mayor o menor adecuación con que se ha realizado si no la descalificación de una política, que en determinados formatos

se ha reclamado en otros momentos bajo etiquetas menos aguerridas. Evitar incurrir en estas inercias debería señalar la línea de demarcación entre opinadores de toda condición e investigadores en Economía de la salud.

39-Las exigencias en los procedimientos de autorización y fijación de precios que obvian la ausencia de control de usos fuera de indicación. (C)

A menudo nos gusta señalar el rigor de los controles de autorización de nuevos fármacos, sometidos al escrutinio de las agencias de medicamentos, que la industria porfía por relajar. Incluso ocasionalmente criticamos la opacidad e incumplimiento de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos que parece tener a gala la no publicación de los informes motivados de resolución sobre financiación y precio. Pero muy raramente señalamos que una vez aprobado un medicamento –con sus correspondientes indicaciones minuciosamente tasadas– y fijado su precio, muy ocasionalmente relacionado con su potencial mercado, acaba nuestra preocupación por su eficiencia real. Algo realmente insensato, por más que se quiera preservar una forma cuestionable de «libertad de prescripción», prácticamente sin responsabilidad alguna. Incluso si esa es la intención, debería considerarse desincentivar la promoción del uso indebido.

40-Un sistema público, universal, gratuito y de la mejor calidad. (C)

Para finalizar este listado, destacaremos un tópico legítimo como deseo, pero en su estado actual discrepante con la evidencia sobre su realidad. El enfoque de rechazo más conocido de esta aseveración es el económico: los recursos son escasos y todo para todos es imposible. Más interesante por menos conocido es el normativo. El sistema sanitario público no es universal. Y no lo es desde mucho antes del Real Decreto 16/2012, paradigma de la desuniversalización. El SNS no se dotó normativamente de alcance universal. No fue hasta la promulgación de la Ley 33/2011, General de Salud Pública que en su disposición adicional sexta se decretó la extensión *«del derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional»* aunque quedando pendiente su desarrollo reglamentario²). Respecto a la gratuidad suele olvidarse que el preámbulo de la LGS afirma que *«por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones»*. Algo que se puede recordar cada vez que se enfrenta un pago, bajo diferentes formatos, en el momento del acceso a prestaciones farmacéuticas, ortoprotésicas, etc. Y en cuanto a «la mejor calidad», aun reconociendo los logros del Sistema Nacional de Salud, conviene recordar que comparativamente nuestro sistema aun «suspende» en algunas disciplinas como la obesidad infantil, las nuevas infecciones por VIH, o el tabaquismo.

² Ley General de Sanidad: Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Art. 1.2.