

# EL DEBATE SOBRE LA SEPARACIÓN ENTRE LAS FUNCIONES DE FINANCIACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS EN EL ESTADO DE BIENESTAR Y SU RELEVANCIA PARA ESPAÑA

Vicente Navarro

Department of Health Policy and Management School of Hygiene and Public Health The Johns Hopkins University

## Introducción: un "nuevo" discurso en el estado de bienestar

Cuando un historiador escriba la historia del Estado de Bienestar en los países avanzados de finales del siglo XX, va a escribir, sin ningún género de dudas, que una de las intervenciones de políticas públicas más debatidas en ese período ha sido la separación de la financiación de la provisión de servicios, bien sean educación, sanidad, servicios sociales, vivienda, y un largo etcétera. Este debate ha sido particularmente acentuado a partir de los años ochenta. En Europa occidental, el país en el que estas reformas han sido más extensas ha sido Gran Bretaña, en donde los gobiernos Thatcher introdujeron en 1988 y 1989 una serie de reformas radicales que rompieron con la responsabilidad única en la financiación y provisión de servicios. Hasta entonces, la misma autoridad pública que financiaba los servicios también los proveía. Esto dejó de ser así a partir de aquellas intervenciones. A partir de entonces, la agencia financiadora contrataba a los proveedores de servicios (que podían, a su vez, ser privados o públicos) para la provisión de aquellos servicios.

Sobre este hecho histórico se exigen dos puntos de clarificación. Uno es que esta separación entre financiación y provisión no es tan nueva como se presenta. En realidad, EEUU ha tenido una experiencia muy amplia en este área en todos los sectores sociales, incluyendo el de la sanidad, tanto a través de MediCare (el programa federal de cobertura sanitaria para los ancianos), como de MediCaid (el programa federal y estatal [autonómico] de cobertura sanitaria que cubre los gastos del 40% de las personas definidas como médicamente pobres). La financiación es pública y la provisión de servicios es privada. En Europa dicha diferenciación entre finan-

ciación y provisión tiene lugar en todos los países con un seguro sanitario nacional (como en Francia y Alemania). En España -sobre todo en Barcelona, pero también en Madrid- ha habido una gran experiencia con los convenios entre el INSALUD y entidades privadas para la provisión de servicios. Más recientemente nuevas experiencias han surgido en el País Vasco y Cataluña. Lo mismo ha ocurrido en educación primaria y secundaria en España. El 30% de los estudios de educación primaria y secundaria en Cataluña se realizan en centros concertados. El fenómeno bajo estudio no es por lo tanto tan nuevo como aparenta. Así pues, ya hay una amplia experiencia colectiva tanto en España como en el extranjero que nos permite evaluar estas propuestas.

La segunda clarificación que se requiere es que este tipo de intervención, aunque adoptada masivamente por el gobierno Thatcher en Gran Bretaña, no debe identificarse sólo con opciones conservadoras o liberales. En realidad, las experiencias de este tipo introducidas en Suecia en el campo sanitario, fueron realizadas por algunos sectores de la izquierda del Partido Socialdemócrata<sup>1</sup>. Y en EEUU la propuesta de reforma sanitaria de la izquierda, tanto dentro como fuera del Partido Demócrata, ha sido la del "single payer" o pagador único (el "modelo canadiense"), que se caracteriza precisamente por esta división entre la financiación y la provisión de servicios<sup>2</sup>. Es más, dentro del pensamiento socialista se han desarrollado unas corrientes intelectuales que defienden el socialismo de mercado (market socialism) basado en la separación entre financiador y proveedor, muy influyentes hoy en día<sup>3</sup>.

Una tercera clarificación que parecía innecesaria por lo obvia, pero que me siento con la necesidad de hacerla en respuesta al discurso tecnocrático-apolítico, muy frecuente en España, es que la mejor solución para el país A puede no ser lo mejor para el

*Correspondencia:* Vicente Navarro. Department of Health Policy and Management. School of Hygiene and Public Health. The Johns Hopkins University 624 N. Broadway, 4th Floor. Baltimore, MD 21205-1996 U.S.A.

Este artículo fue recibido el 25 de octubre de 1994 y fue aceptado tras revisión, el 9 de marzo de 1995.

**Tabla 1. Gastos administrativos en los Servicios Sanitarios (1988)**

País	% Gasto
Gran Bretaña	4
Suecia	6
Francia	12
Alemania	14
Estados Unidos	25

Fuente: OECD. *Health Systems. Facts and Trends. 1960-1991*, vol. I y II  
París: Organization for Economic Cooperation and Development, 1993.

país B. El contexto político es siempre el determinante.

### Argumentos aducidos a favor del nuevo modelo

Uno de los argumentos más frecuentemente utilizado a favor del modelo de separación entre financiación y provisión ha sido la necesidad de reducir gastos sociales a través de la reducción de costes. Se alega que la introducción de este modelo junto con la introducción de mercados en una situación hasta ahora monopolística reduciría los precios y, por lo tanto, los costes en los sectores sociales.

Es interesante señalar que la evidencia empírica, existente no sólo en EEUU sino también en Gran Bretaña muestra todo lo contrario. La introducción de mercados no conlleva la reducción de precios o costes en los sectores sociales. En éstos, la demanda no crea la oferta; antes al contrario, la oferta crea la demanda. Así, en EEUU, se ha visto, por ejemplo, que en el sector sanitario a mayor número de hospitales sirviendo a una comunidad, mayor es el precio y coste de cada hospital. Cada hospital, por ejemplo, considera que tiene que tener la última tecnología médica para poder competir en aquel mercado<sup>4</sup>. La competitividad no se realiza entonces a través de los precios sino a través de los servicios. La existencia de mercados puede significar, por lo tanto, duplicación de servicios y encarecimiento de dichos servicios.

Un aspecto en el que la introducción de mercados, cuando va acompañada de la privatización de la gestión, puede abaratar los costes es el de la reducción de costes salariales, al debilitarse o eliminarse a los sindicatos de los profesionales, empleados y trabajadores del sector público a través de la privatización de la provisión de servicios. Este argumento, aunque raramente explicitado, es una razón por la cual ciertas opciones conservadoras y liberales favorecen la privatización de los servicios públi-

cos. El gobierno Thatcher fue de los pocos gobiernos que habló explícitamente de tales objetivos en sus reformas, es decir, de la importancia de debilitar a los sindicatos de la administración pública, identificados con el Partido opositor Laborista. Como dijo un asesor del gobierno Thatcher "nosotros creemos en la lucha de clases y pensamos ganarla", famosa cita en la crítica de Miliband al pensamiento thatcheriano<sup>5</sup>.

Esta postura antisindical es característica de opciones conservadoras y liberales, pero no se presenta por lo general entre otros proponentes del modelo enunciado, aunque tal postura podría estar justificada si los sindicatos del sector adoptaran posturas corporativistas que dañaran los intereses de los usuarios, la mayoría de los cuales son miembros de las clases populares.

Otro elemento encarecedor de este modelo son los costes administrativos que supone el contratar, comprar y facturar los servicios. Un sistema de financiación y administración pública única (como lo son los servicios nacionales de salud) tiene costes administrativos más bajos que un sistema de contratación y facturación múltiple (como es el caso de los seguros nacionales de salud). La tabla 1 muestra los costes administrativos en gastos públicos de los servicios nacionales de salud, tales como los de Gran Bretaña (antes de las reformas Thatcher) y Suecia, frente a seguros nacionales de salud, como los de Alemania y Francia, donde la financiación es pública y la provisión es privada o casi privada, así como frente a EEUU, donde tanto la financiación como la provisión de servicios son privadas.

Podemos ver que en aquellos servicios donde la financiación y la administración de la provisión de servicios corresponde a la misma autoridad (bien centralizada como en Gran Bretaña o descentralizada como en Suecia) los gastos administrativos son menores.

En Gran Bretaña, según las cifras presupuestarias proporcionadas por el Ministerio de Sanidad británico, el personal administrativo ha crecido notablemente a partir de las reformas Thatcher con un coste añadido de 400 millones de libras esterlinas (80.000 millones de pesetas). La tabla 2 muestra el crecimiento del gasto del Servicio Nacional de Salud durante los años de la reforma Thatcher.

Éstas y muchas otras experiencias ilustran una realidad, es decir, que la separación de la financiación de la provisión de servicios y la introducción de mercados aumenta por lo general los costes administrativos, así como los gastos debidos a la duplicación de servicios, incrementándose el gasto sanitario. No puede, por tanto, justificarse la introducción de mercados como un intento de reducir costes y gastos.

**Tabla 2. Cambios en los gastos del Servicio Nacional de Salud británico**

Años	Crecimiento anual (con precios constantes)
1989-90 Año publicación de las Propuestas de Reforma Thatcher	0,8
1990-91 Año de inicio de las reformas	4,1
1991-92 1er año de existencia de mercados	6,8
1992-93 2º año de existencia de mercados	6,2
1993-94 3er año de existencia de mercados	4,3

Fuente: Le Grand J, Glenneester H. *The Development of Quasi Markets in Welfare Provision*. London: London School of Economics, 1994.

### El argumento anti-estatal

Este argumento ha sido utilizado sobre todo por fuerzas políticas liberales que ven en el crecimiento del estado una de las causas de alienación política y crisis económica. La experiencia sin embargo parece cuestionar esta línea de argumentación. En realidad, estas reformas pueden aumentar significativamente el poder de los dirigentes de la administración pública y de sus gerentes, al 1) aumentar tanto el gasto público social como su personal administrativo (debido al argumento presentado en la sección anterior), y 2) al establecer una separación entre la poderosa función de distribución de fondos de la difícil, y frecuentemente impopular e ingrata, gestión de aquellos fondos. El poder de contratación puede ser más fuerte que el poder de gestión. En el primer caso, el funcionario-contratante puede cambiar de proveedor, mientras que en el segundo caso, con la gestión realizada por la misma administración pública que efectúa la financiación, la capacidad de imponer cambios puede ser significativamente menor, sobre todo en regímenes funcionariales como el español.

Estas reformas podrían, por lo tanto, reforzar en lugar de debilitar la postura de los macro-gestores del sistema. Así ha ocurrido en Gran Bretaña, donde la introducción de mercados en el sector sanitario ha reforzado la postura de los gestores del sistema, debilitando la postura de los proveedores y, muy especialmente, la de los especialistas hospitalarios (consultants) que antes eran dominantes dentro de la estructura del sistema. Es más, dentro de cada unidad que compite (ya sea un centro de salud o un hospital) los gestores han adquirido gran poder a costa de los profesionales. La introducción de mercados significa el incremento del poder por parte de administradores y gestores y la pérdida de poder de los profesionales. Una de las razones de que la

mayoría de asociaciones profesionales médicas estadounidenses se opusieran al modelo de competitividad gestionada (managed competition), modelo apoyado por las compañías de seguros y por la Administración Clinton en el reciente debate sobre la reforma sanitaria en EEUU, fue precisamente su temor a perder poder frente a los gestores tanto públicos como privados del sector sanitario que verían su poder aumentado. Toda evidencia existente muestra que la extensión de la cultura empresarial en los sectores sociales aumenta el poder de los empresarios sobre los proveedores.

Por último, una nota también a resaltar es la posibilidad de perder transparencia en la contabilidad del sistema al descentralizarse en gran manera la gestión institucional. Como reconocía el comité de responsabilidad pública del Parlamento británico "el establecimiento de unidades de gestión autónomas que compiten entre sí dificulta el proceso de supervisión, responsabilidad y transparencia pública"<sup>6</sup>.

### El posible debilitamiento del estado de bienestar

Mientras que elementos liberales han apoyado el "modelo" creyendo erróneamente que tales intervenciones debilitarían al estado, otros, procedentes de la izquierda, se han opuesto a la introducción de este modelo porque debilitaría la universalidad y cobertura completa de los servicios. Este modelo puede, en realidad, abrir la puerta a la privatización, no sólo en la provisión sino también en la financiación de los servicios. Un ejemplo de ello es el informe Abril Martorell, en el que se recomendaba el establecimiento de dos tipos de beneficios sanitarios, uno "básico", de financiación pública, y otro "complementario", de financiación privada, acompañado por medidas fiscales de desgravación para aquellos que escogieran la cobertura sanitaria privada y más completa. El temor de que tal modelo fuera la puerta de entrada para tales medidas privatizadoras explica el gran rechazo popular a las propuestas radicales del informe Abril Martorell y a las propuestas más moderadas del gobierno Thatcher. Estas propuestas de reforma sanitaria (junto con la odiada poll tax) le costaron a la Sra. Thatcher el liderazgo de su partido y gobierno.

Este rechazo popular explica que el discurso promotor del modelo haya ido variando, diluyéndose su lenguaje empresarial y mercantil. Por ejemplo, el discurso Thatcheriano fue sustituyendo el término de "marketing" por el término de "análisis de necesidades" (need assessment), el de "compradores" por el de "contratantes", el de "vendedores" de servicios

por el de proveedores de "servicios", entre otros muchos<sup>7</sup>. El cambio de discurso respondió al temor de que las autoridades que promocionaban el modelo fueran percibidas como incapaces de notar la diferencia entre un supermercado y un hospital. La población temía que las autoridades estuvieran confundiendo lo uno con lo otro. Como comentaba irónicamente el semanario liberal *The Economist* "el gobierno está aterrorizado de que sus reformas puedan aumentar la eficiencia del sistema pero a la vez disminuir su popularidad"<sup>8</sup>.

Otro elemento importante a considerar en la evaluación de este modelo es que la separación de la financiación y la provisión junto con la introducción de mercados dentro del sector público puede contribuir a incrementar las diferencias sociales en la provisión de servicios, al facilitar la autonomía social de los grupos pudientes de la sociedad. Como detallaré más adelante, en Gran Bretaña las mutuas médicas más exitosas (las que iniciaron y apoyaron el proceso de reforma sanitaria Thatcher) fueron aquellas que servían a sectores pudientes de la población. En cambio, las clases populares continúan utilizando los servicios gestionados públicamente, con los servicios de gestión privada sirviendo a los sectores mejor situados socialmente<sup>7</sup>. Esta situación explica que aquellas reformas hayan sido populares entre sectores medios-altos y no tan populares entre las clases trabajadoras y sectores populares.

---

### **El aumento de la capacidad de elección**

Uno de los argumentos más utilizados a favor del nuevo modelo ha sido el de mejorar la capacidad de elección por parte del usuario con la introducción de mercados. El usuario podría elegir entre proveedores de servicios que competirían entre sí para la provisión de aquellos servicios. Éste es un elemento muy importante y atractivo para la población de usuarios que desea una mayor capacidad de elección. Existen gran cantidad de estudios que muestran el deseo generalizado por parte de la población de poder escoger, por ejemplo, a su médico y a su hospital. Lo mismo en cuanto a la escuela y a otros servicios sociales, incluida la vivienda.

A este respecto, deben realizarse varias aclaraciones. Una de ellas es que los mercados sociales están mediatizados por instituciones que condicionan en gran manera lo que el usuario puede escoger y cómo puede realizar esta elección. Por ejemplo, las reformas Clinton encaminadas a reforzar el mercado sanitario (competitividad gestionada), en

realidad disminuían la capacidad de elección del usuario en escoger a su médico. La gran mayoría de ciudadanos estadounidenses que tienen cobertura sanitaria (el 82% de la población) puede escoger a su médico general. Ahora bien, con la reforma, el ciudadano escogía a su mutua médica pero tenía que elegir al médico existente dentro de su mutua y tenía que ser hospitalizado en aquel hospital con el que la mutua tuviera un contrato. Su capacidad de elección quedaría en parte reducida, lo que explica la oposición a la reforma Clinton por parte de amplios sectores populares que, por otra parte, apoyaban el objetivo de universalización de la cobertura sanitaria.

Es importante subrayar que existen sistemas de gestión pública que ofrecen la posibilidad de elección de médico por parte del usuario (tal como ocurre en España, en Suecia y en Gran Bretaña, antes de Thatcher), mientras que hay sistemas de gestión privada que reducen tal posibilidad de elección (como ocurre en los planes de "managed care" o atención médica gestionada de EEUU, como los HMOs). De ahí que sea necesario distinguir conceptualmente el tema de la separación entre la provisión y la financiación de servicios del tema de la existencia de mercados y la posibilidad de elección del médico por parte del usuario.

Por último, cabe resaltar otro aspecto importante de la separación de la financiación de la función de gestión en la introducción de mercados, aspecto especialmente notable en España, donde la mediación política de relaciones contractuales es muy importante. El mercado está altamente influenciado por consideraciones políticas en las que el clientelismo político juega un papel determinante. Son bien conocidos los casos de concertación con criterios políticos más que económicos, una situación fácilmente reproducible por la escasa transparencia de la administración pública española. Así, es bien conocido en Cataluña el caso de hospitales "convergentes" frente a hospitales "socialistas", por citar sólo un ejemplo.

---

### **La introducción más masiva de este modelo en la Unión Europea. El caso británico**

El Servicio Nacional de Salud Británico es el sector social más grande de Europa, con mayor número de empleados, en el que tanto la financiación como la provisión de servicios eran responsabilidad de la misma autoridad pública (el Ministerio de Sanidad) hasta el 1 de abril de 1991, cuando el Gobierno Thatcher introdujo las reformas que sepa-

ran la financiación [pública y de responsabilidad del Ministerio y de sus agencias regionales y de distrito (District Health Authorities: DHA)] y la provisión de servicios, llevada a cabo primordialmente por: 1) los médicos generales agrupados en mutuas médicas (controladas por Médicos Generales o GPs), mutuas llamadas G.P Holding Funds (GPHF); 2) los médicos generales que no forman parte de estas mutuas y 3) los hospitales públicos que pasan a ser independientes (Hospitals Trusts). A los médicos generales que no forman parte de las mutuas médicas se les continúa pagando por capitación, es decir, una cantidad fija por cada ciudadano que le haya escogido como médico, cantidad que es complementada con el pago por los servicios concretos, sobre todo de tipo preventivo como inmunizaciones y otros servicios. Este pago es realizado por el DHA, mediante un contrato entre éste y el médico. Dicho médico no es, como son los médicos de atención primaria en España, un funcionario público que cobra un salario con un elemento capítativo muy pequeño y meramente complementario. En Gran Bretaña el médico de atención primaria es concertado y se le paga primordialmente por capitación, con un componente pequeño de pago por servicios.

Durante la reforma Thatcher, en Gran Bretaña muchos médicos generales han decidido agruparse en mutuas médicas (GPHF) que hoy cubren el 40% de la población británica. En estos casos las mutuas reciben una cantidad fija por paciente (capitación) que les escoge, cantidad mucho mayor que la que perciben los médicos generales que no están en mutuas. Este pago mayor se debe a que el GPHF se compromete a proveer no sólo todos los servicios de atención primaria (incluyendo laboratorios y servicios de radiología y diagnóstico) sino también la atención especialista ambulatoria y los servicios hospitalarios, servicios que provee la mutua (GPHF) a través de un contrato con los hospitales y especialistas. La capitación incluye también una cantidad fija por farmacia. El ahorro conseguido de lo que se llama una "buena gestión" pasa a mejorar el ingreso de los médicos generales (excepto el ahorro en farmacia, que debe distribuirse en mejoras del GPHF en lugar de repercutir directamente en un aumento del ingreso de los médicos, a diferencia, por cierto, de lo que aconsejaba el informe Abril Martorell, de que tal ahorro farmacéutico repercutiera en un aumento de los ingresos de los médicos).

Según las reformas Thatcher, los hospitales tienen que sobrevivir a base de los contratos con los GPHF y con los DHA, sin recibir como antes un presupuesto prospectivo del Servicio Nacional de Salud. Las ventajas de este sistema, según los proponentes de la forma, incluyen:

- 1) La separación entre la financiación y la provisión de servicios, liberando a la agencia de financiación de sus labores gestoras, facilitando su concentración en la definición de las necesidades de la población y contratación de los proveedores para alcanzar dichas necesidades y evaluar los resultados de tales servicios.
- 2) Obligar a una mejor definición de lo que el Servicio Nacional de Salud cubre o deja de cubrir en su cobertura universal, que se mantiene en la reforma.
- 3) La necesidad de evaluar la provisión de servicios según los criterios de calidad, incluyendo la satisfacción del usuario, medida preferentemente a través de encuestas.
- 4) Enfatizar la atención primaria a costa de la atención hospitalaria, haciendo depender la viabilidad económica de los hospitales de su relación con la atención primaria.

Aunque esta reforma es muy reciente, existen ya elementos que permiten su evaluación. A nivel del ciudadano no hay evidencia de que la introducción de mercados haya aumentado la capacidad de elección del usuario, ni en la elección del médico general ni del hospital. El ciudadano ya tenía antes de las reformas, y continúa teniendo ahora, la libre elección del médico general. En cuanto a la atención hospitalaria, la elección de dónde se hospitaliza al paciente la hace, primordialmente, el médico general, tanto el que trabaja en los GPHF como los médicos que trabajan fuera de ellas.

Por otra parte, la introducción de mercados en las condiciones indicadas anteriormente han cambiado muy significativamente las prioridades del sistema, enfatizándose la atención primaria. Los hospitales dependen económicamente de los contratos que firman con los GPHF para cuidar de los usuarios de estas mutuas y de los contratos con las DHA para cuidar de los pacientes que no pertenecen a dichas mutuas. Esto explica que los especialistas que trabajan en el hospital sean mucho más sensibles que antes a las necesidades y peticiones de los médicos generales, situación que debe valorarse positivamente. Ahora bien, puesto que los pagos a los hospitales y especialistas son más elevados en los contratos con los GPHF que en los de otros usuarios, los hospitales dan prioridad a los pacientes de los GPHF (que por lo general cubren a los sectores más pudientes de la población) que no a los pacientes que no tienen mutuas, los cuales en su mayoría pertenecen a las clases populares. Las listas de espera, por ejemplo, de los pacientes de las GPHFs se han acortado más rápidamente que la de los pacientes de los médicos generales que no pertenecen a las mutuas. Esto ha significado que la introduc-

ción de este tipo de mercados ha creado una dualidad de servicios que sigue, en cierta medida, una dualidad social. El hecho de que los médicos generales que atendían a pacientes en poblaciones más afluentes fueran los primeros que se agruparon en mutuas, y que el gobierno conservador favoreciera a estas mutuas, explica esta disociación social, en la que pacientes de clases más pudientes tienen mayor accesibilidad y mejores servicios que el resto de la población. Es más, existen también evidencias de que los GPHF intentan atraer a determinados usuarios frente a otros que tienen enfermedades costosas (enfermos crónicos, incapacitados y ancianos). De ahí que, desde el punto de vista de la equidad la introducción de la reforma ha incrementado algunas desigualdades sociales.

Desde el punto de vista de la eficiencia, ya he comentado anteriormente el aumento del gasto administrativo del sistema. Una de las quejas más frecuentes de los médicos del GPHF ha sido en referencia a la gran carga administrativa que les ha supuesto la reforma. Por otra parte, el tipo de financiación de los GPHF, en el que los médicos se reparten el ahorro conseguido, ha llevado a una situación en la que ningún GPHF ha terminado el año en déficit y todos los GPHF han tenido ahorros generados sobre todo en los ahorros del gasto farmacéutico<sup>7</sup>. El dilema e interrogante que se plantea es si estos ahorros son o no justificables desde el punto de vista de las necesidades del paciente. La respuesta a este interrogante deberían darla los sistemas de información sobre calidad, sistemas que, aunque diseñados en la reforma, han tenido un desarrollo muy lento en su puesta en marcha.

### **La necesidad de reformas profundas en España**

La intensidad del debate en España sobre el "modelo" citado en el texto se debe a las claras insuficiencias del Estado de Bienestar. A pesar de las notables mejoras que, como conquistas sociales, han beneficiado a la población, estos servicios sociales en España no tienen, por lo general, la sensibilidad social hacia el usuario que deberían tener y esto explica la atracción de los mensajes privatizados para las clases medias, que probablemente verían sus servicios mejorados por tales tipos de intervenciones. En España la sanidad pública, por ejemplo, no tiene la aceptación popular que fuera de desear. A pesar de las grandes conquistas sociales que se han realizado en los últimos 12 años, tales como la universalización de la cobertura sanitaria, las encuestas muestran una insatisfacción hacia el

sistema sanitario, y muy en particular hacia la atención primaria, realidad negada por un "establishment" político que raramente utiliza el consultorio público sanitario para su propio uso personal. La gran mayoría del personal del estado -funcionarios públicos- pueden escoger entre servicios públicos o privados para su atención sanitaria y escogen mutuas privadas. En general, los funcionarios públicos escogen los consultorios privados para problemas menores, cotidianos, de gran importancia y periodicidad, y se desplazan a los de gestión pública cuando el problema es mayor y/o requiere una atención continuada, crónica y costosa.

Es importante aclarar que el grado de insatisfacción con el sistema sanitario público, incluyendo su atención primaria, es menor entre los usuarios del sistema, y dentro de ellos los usuarios de las clases populares. Pero ello no niega que la mayoría de la población indica insatisfacción con el sistema sanitario, como lo atestigua la famosa encuesta Harris que comparó en 1991 el grado de insatisfacción hacia el sistema sanitario en varios países de la OECD, siendo España, junto con Italia y EEUU, el país en el que dicha insatisfacción fue mayor<sup>9,10</sup>.

De ahí que se requieran cambios profundos importantes en los sectores sociales. Pero, por desgracia, el debate sobre su reforma se ha centrado casi exclusivamente en méritos o deméritos de separar la financiación de la gestión, como elemento clave de aquellas reformas. Tal medida de separación entre la financiación y la provisión de servicios puede que sea aconsejable (y ello a pesar de su gasto mayor) como medida de flexibilizar el sistema, excesivamente rígido debido al sistema funcional existente hoy en la administración pública española, un sistema que no presenta la suficiente sensibilidad al usuario, un punto fundamental en la evaluación de los servicios sociales como la sanidad. Es un error evaluar la eficacia de ésta, por ejemplo, analizando primordialmente las variaciones en indicadores de mortalidad y morbilidad. En un país avanzado como España de morbilidad crónica, la misión del sistema sanitario no es sólo la de curar sino también la de cuidar a la población. Y es ahí donde la satisfacción del usuario y de la población debería ser uno de los indicadores más importantes en la evaluación del sistema. Por lo tanto, la pregunta que deberíamos hacernos sobre la bondad o no bondad de aquel modelo es si los usuarios están o no más satisfechos de las instituciones concertadas que de las instituciones gestionadas públicamente. Y es allí donde la evidencia no es tan clara. No creo que el usuario barcelonés del Hospital Clínico (institución concertada), por ejemplo, esté más o menos satisfecho que el usuario

del Hospital de Bellvitge (institución gestionada por la misma agencia que lo financia).

Otra realidad también importante es que la causa de que los funcionarios públicos -así como los sectores medios- escojan la asistencia privada se deba a su capacidad de elección, al trato personalizado que recibe en su atención y al mejor aspecto hotelero que recibe en dicha gestión privada. Éstos son *los tres retos más importantes que tiene hoy día la sanidad española*. El constante hincapié en la reducción del gasto sanitario olvida que este objetivo no es compartido por la mayoría de la población española que, según muestran las encuestas, está dispuesta a pagar más impuestos para expandir el gasto sanitario, y cree que el gobierno debería aumentar tales gastos. Dicho discurso economicista de reducción de costes también olvida que la población española desea una sanidad mejor, más asequible, cordial y amistosa, y más completa (la atención crónica domiciliaria al anciano no existe hoy en España).

El reto es cómo mejorar la satisfacción del usuario, tanto del que tiene mayores expectativas (sectores medios) como del que, por razones históricas de abandono, las tiene menores (como la clase trabajadora). El objetivo y éxito de los programas universales del estado de bienestar ha sido el desarrollar programas que resolvieran tanto las necesidades de los sectores de las clases medias como de las clases populares, mejorando así los programas y servicios para ambos sectores sociales. La consolidación de la alianza de clases, entre las clases medias y la clase trabajadora, condición para el desarrollo de programas universalistas, ha sido la base para el desarrollo del estado de bienestar<sup>11</sup>. De ahí que sea un objetivo prioritario para las fuerzas progresistas, defensoras del estado de bienestar, el elaborar programas universales que a la vez mejoren los servicios para las clases populares y atraigan el apoyo de las clases medias.

Es urgente en España que se mejore el estado de bienestar mediante intervenciones que aumenten la satisfacción del usuario, tanto la de las clases populares formadas en su mayoría por la clase trabajadora, como la de las clases medias. Estas intervenciones podrían incluir la separación de la financiación de la gestión, siempre y cuando tal medida no sea una estrategia para huir del tema pendiente fundamental, es decir, *la reforma de la administración pública*. Tanto aquellas instituciones gestionadas por las mismas instituciones financieras como aquellas instituciones concertadas deberían financiarse conforme a baremos de calidad en la cual se incluyeran indicadores de satisfacción del usuario (tales como capacidad de elección, trato personalizado y aspecto hotelero).

En realidad, gran parte del atractivo del modelo de concertación se debe al deseo muy legítimo de evitar el régimen de personal funcional o estatutario existente en el sector público, un régimen que es muy rígido y que dificulta la gran necesidad de agilizar la gestión a nivel micro-institucional. Cada unidad, por ejemplo, debería tener el poder de contratación de personal dentro de los criterios generales definidos por instancias administrativas superiores, en lugar de reproducirse el sistema actual en el que un profesional lo es del sistema pero no de la unidad. De ahí que sea también muy urgente cambiar el sistema jurídico de personal, de funcional o estatutario a un régimen laboral. Ahora bien, dicho cambio no va a ser posible a no ser que se tengan en cuenta las aspiraciones legítimas de los sindicatos y de la fuerza laboral, de que tal cambio no conduzca -como podría ocurrir- a un aumento en la precariedad laboral, precariedad que es hoy día una de las más altas de la Unión Europea. El mundo empresarial español no se ha caracterizado por una sensibilidad hacia su fuerza de trabajo. De ahí que tal cambio de régimen laboral tuviera que ir acompañado de unas políticas de empleo encaminadas a mejorar la calidad de los puestos de trabajo dentro del sector y de otras medidas que significaran no sólo una mejora de la calidad del trabajo sino también un aumento de puestos de trabajo. El sector sanitario es uno de los sectores donde hay mayores posibilidades de empleo en áreas todavía por desarrollar en España, tales como servicios de rehabilitación, servicios comunitarios o servicios de atención al anciano, entre otros, todos muy poco desarrollados en España.

Una última observación relevante a esta discusión es la necesidad de enriquecer la joven democracia española, facilitando y alentando la participación ciudadana en la gestión de los sectores sociales, acercando el estado a donde vive la población. En este aspecto, la reforma sanitaria inscrita en la Ley General de Sanidad significó un avance notable, con una descentralización administrativa del gobierno central al autonómico, pero con muy escaso espacio político para los municipios, nivel de gobierno que la ciudadanía considera más próximo. De ahí la urgencia de que parte de la descentralización que puede suponer la concertación de servicios se experimentara con la concertación con municipios para la gestión de los sectores sociales -tales como servicios sanitarios sociales y servicios de educación y formación profesional- estableciéndose consorcios en los que municipios pequeños pudieran articularse para una mejor gestión de dichos servicios. Esta faceta de democratización está muy poco desarrollada todavía en España, disminuyendo así su gran

potencial democrático. Un reto para las fuerzas progresistas españolas es precisamente el desarro-

llo de políticas públicas y sociales que democratizen el estado de bienestar.

### Bibliografía

1. Didericksen F. Market reforms in Swedish health care: a threat to or a salvation for the universalistic Welfare State. *Int J Health Serv* 1993; 23; 185-8.
2. Navarro V. Estado y Reforma. La Reforma Sanitaria de Clinton. Con notas sobre la realidad española. *Sistema* 1993; 118-19: 187-206.
3. Le Grand J. *Market Socialism*. Londres: Unwin, 1990.
4. Himmelstein D, Woolhandler S. *The National Health Program Chart Book*. Boston: Harvard Medical School, 1992: 60.
5. Miliband R. *Parliamentarian Democracy*. Nueva York: Oxford University Press, 1992: 34.

6. House of Commons Public Accounts Committee. *The Proper Conduct of Public Business*. Londres: HMSO, HC 154, 1994.
7. Butler J. Origins and Early Development. En: Robinson R, Le Grand J. *Evaluating the NHS Reforms*. Londres: King's Fund Institute, 1994: 23-48.
8. Anon J. Health and Education Reform-half sign. *The Economist* 9 Feb 1991: 43-4.
9. Blendon RJ, Donlan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas LE. Spain assess their health care system. *Health Affairs* 1991; 10: 216-28.
10. Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with Health System in Ten Nations. *Health Affairs* 1990; 9: 185-92.
11. Navarro V. Producción y Estado de Bienestar: el contexto político de las reformas. *Sistema* 1991; 102: 31-67.

