

La descentralización como oportunidad para un sistema sanitario sostenible y

solvente

UNIVERSITAT



POMPEU FABRA



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES
UNIVERSITAT POMPEU FABRA



IVIE Valencia Diciembre 2016

Guillem Lopez-Casasnovas

CONTEXTO: perspectivas económicas “*too low for too long for too few*”

Retos de las economías desarrolladas en el largo plazo

período prolongado de crecimiento muy modesto:

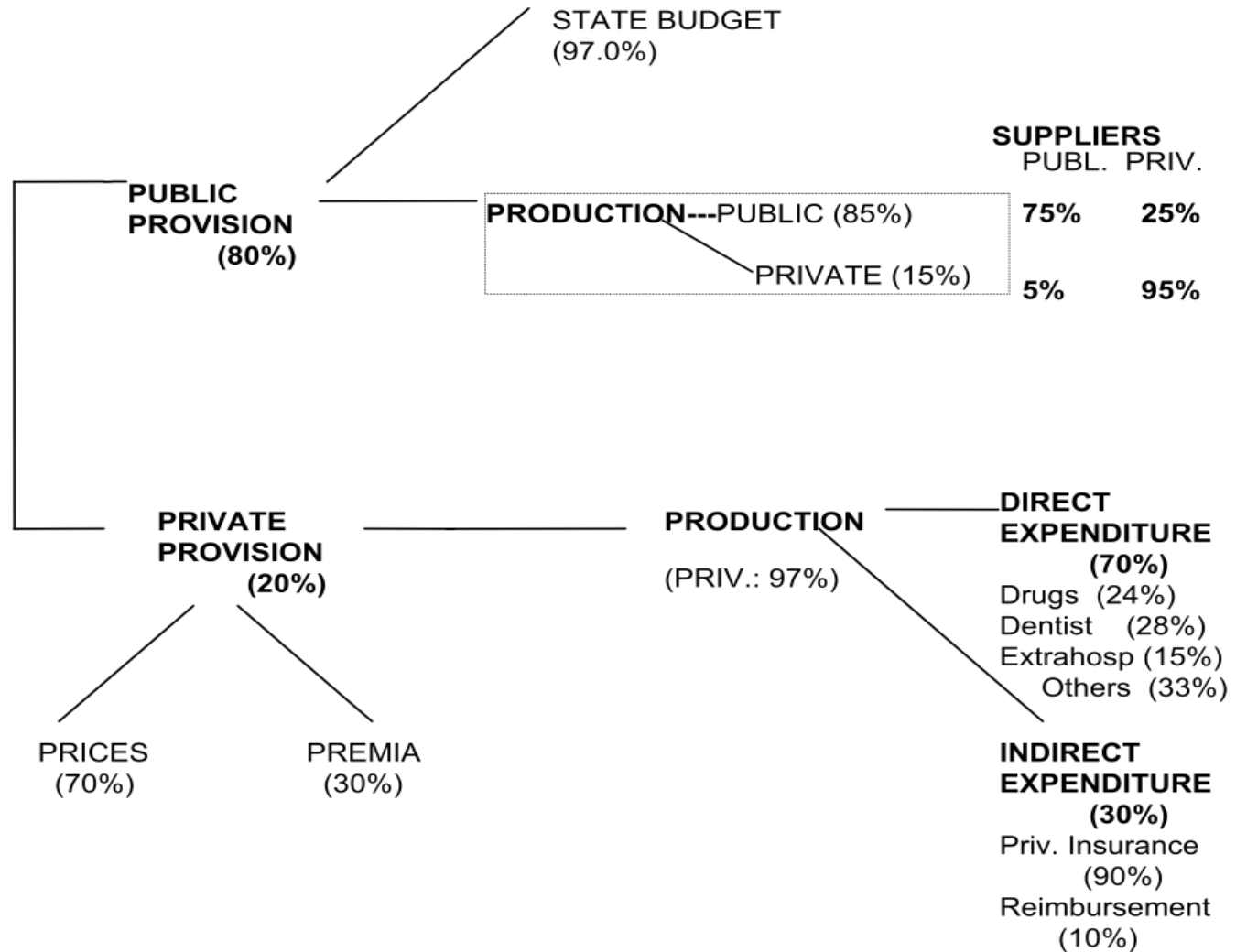
- La población cada vez crece menos (incluso se reduce en algunos países)
- Los avances de la productividad también son muy moderados

además, este bajo crecimiento está desigualmente distribuido y es poco inclusivo

- Los avances tecnológicos están generando un fenómeno de polarización en el mercado de trabajo
- La globalización genera ganadores y perdedores, y una percepción negativa de los colectivos adversamente afectados

En consecuencia, el proteccionismo y el repliegue interno se están instalando en las sociedades. Es importante determinar qué pueden hacer las políticas económicas para contrarrestar estas tendencias

LA SANIDAD Y SUS REFERENTES



Key words: *Finance* refers to the revenue sources; *provison* to the service responsibilities; *production*, regards to who produces the service; and *supply*, to the inputs ownership. Prices can be identified with direct expenditure and premia with indirect expenditure.

Source: own elaboration. from different sources.

THE CATALAN HEALTH SYSTEM IN COMPARISON TO THE SPANISH HEALTH SYSTEM. STRUCTURAL FLOWS

LEVELS

SHARES %

TRENDS

PUBLIC FINANCED 94% (97%)

+5% (wrt to the State average)

PUBLIC EXPEND

72.2% (78%)

PUBLIC PRODUCT 44% (85%)

OTHER PRODUCERS 56% (15%)

H (□)

- Generalitat: (government) 86%
- Others: 14%

- Contracting out plus logistics
- Drugs
- Transfers for patients mobility

PRIVATE PRODUCED 82%

Despesa privada

26.7%** (22%)

PUBLIC PRODUCED 18%

H (□)

+38%

(wrt to the State average)

FAMILY SUPPORTED
94% (92%)

PRICES 81%

PREMIA 19%

- DRUGS 6 PROTHESES : 34% (40%)
- DENTIST: 28% (30%)
- OUTPATIENT 15% (15%)
- OTHERS: 4% (4%)
- PREMIA : 19% (11%)
- PREPAID INSURERS: 82% (90%)
- REIMBURSEMENT: 18% (10%)

* Catalunya (Spain)

EL DEBATE

- **Coyuntura: Austericidio? Sistema Resiliente. Profesionales de la salud. Mayor productividad (la misma carga de trabajo, menos mano de obra, pagos congelados)**
- **Ojo con las falsas pistas de las comparativas PIB y muestras no ponderadas**
- **El reto es la "solvencia" más que la sostenibilidad financiera**
- **Demasiado debate sobre cuestiones interregionales (políticas)**
- **Mucho menos en base al Atlas intra-territorial VCP Dartmouth)**
- **Casi nada en resultados personales ...**
- **Universal, versus más orientado a objetivos, bajo dualidad fiscal. La paradoja de la redistribución**
- **Utilización y los costes de oportunidad en el puesto de mando de los efectos esperados o no del sistema**
- **Diferencias en el tipo de servicios: de progresivo a regresivo una vez que estandarizamos**

El debate geográfico lo contamina todo. Gasto/ financiación/capitación Datos 2002-13

CUADRO N.º 3

VARIABILIDAD ENTRE CC.AA. EN EL GASTO PER CÁPITA PÚBLICO 2002-2013. (CÁLCULOS SIN PONDERAR Y PONDERANDO POR PIB Y POR POBLACIÓN)

Año	Gasto medio per cápita total CC.AA. (€ corrientes)	Coficiente de Variación (%)	Max/Min	Máximo	Mínimo	CV ponderado por PIB (%)	CV ponderado por población (%)
2002	925	18,1	1,82	1399	771	16,6	17,6
2003	983	9,4	1,47	1312	895	7,4	7,6
2004	1094	9,0	1,45	1420	979	6,9	7,1
2005	1201	6,6	1,31	1430	1090	6,6	6,8
2006	1278	8,6	1,40	1638	1167	6,9	7,1
2007	1354	10,8	1,58	1914	1213	7,5	7,8
2008	1463	6,3	1,22	1651	1357	6,3	6,4
2009	1573	7,6	1,30	1811	1391	7,6	7,9
2010	1527	7,1	1,34	1784	1329	8,4	8,6
2011	1482	8,4	1,38	1736	1260	9,1	9,6
2012	1383	8,6	1,44	1683	1173	9,0	9,4
2013	1357	8,9	1,45	1714	1182	8,7	9,0

Fuente:Elaboración propia con los datos de Pérez García et al. (2015) e INE (Contabilidad Nacional de España y cifras de población a 1 de julio de cada año).

Presupuestos iniciales? 2007-15

CUADRO N.º 2

GASTO PÚBLICO EN SALUD (PRESUPUESTOS INICIALES) 2007 A 2015 DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS.
EUROS CORRIENTES POR HABITANTE*

Comunidad Autónoma	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andalucía.....	1.083	1.166	1.184	1.174	1.113	1.115	1.010	977	1.007
Aragón.....	1.262	1.316	1.397	1.416	1.374	1.376	1.211	1.211	1.208
Asturias.....	1.245	1.267	1.437	1.512	1.435	1.440	1.392	1.399	1.409
Baleares.....	1.054	1.116	1.148	1.064	1.057	1.092	1.058	1.083	1.195
Canarias.....	1.245	1.350	1.393	1.349	1.195	1.230	1.225	1.239	1,251
Cantabria.....	1.259	1.297	1.347	1.344	1.230	1.269	1.310	1.336	1.340
Castilla-León.....	1.206	1.303	1.330	1.375	1.353	1.347	1.289	1.283	1.313
Castilla-La Mancha.....	1.217	1.289	1.371	1.391	1.330	1.228	1.167	1.150	1.166
Cataluña.....	1.204	1.244	1.261	1.316	1.220	1.157	1.108	1.103	1.126
Valencia.....	1.042	1.085	1.111	1.119	1.078	1.071	995	1.074	1.098
Extremadura.....	1.339	1.457	1.558	1.530	1.417	1.366	1.191	1.204	1.277
Galicia.....	1.222	1.307	1.347	1.333	1.269	1.269	1.238	1.201	1.077
Madrid.....	1.069	1.109	1.115	1.069	1.099	1.104	1.109	1.082	1.130
Murcia.....	1.129	1.238	1.281	1.358	1.376	1.223	1.072	1.107	1.124
Navarra.....	1.332	1.408	1.438	1.549	1.514	1.419	1.341	1.394	1.457
País Vasco.....	1.366	1.515	1.633	1.667	1.605	1.591	1.607	1.570	1.585
La Rioja.....	1.336	1.260	1.249	1.276	1.197	1.131	1.090	1.100	1.108
Coefficiente de Variación.....	0.084	0.089	0.106	0.120	0.119	0.112	0.126	0.121	0.121
Max/Min.....	1,31	1,4	1,47	1,57	1,52	1,49	1,61	1,61	1,57

Nota: * Datos de población correspondientes al padrón del INE. Los cálculos para 2015 se han hecho con la misma población que los de 2014

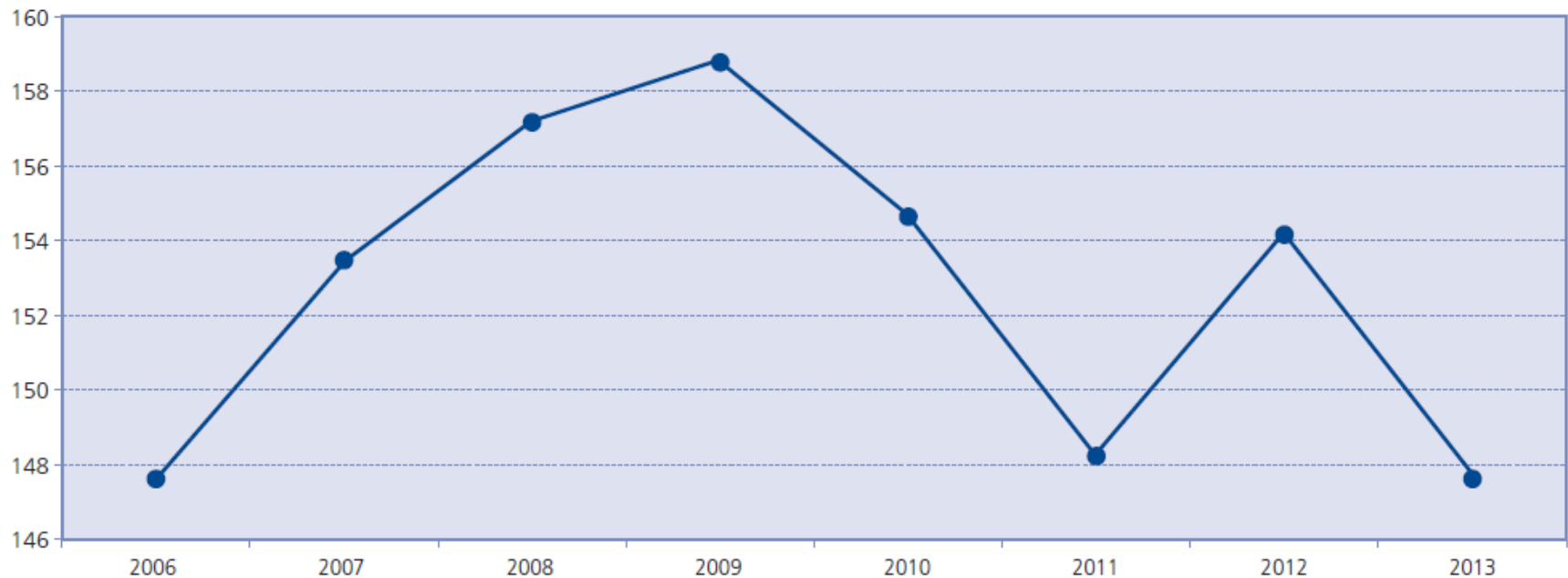
Fuente: MSSSI. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>

EL ERRÁTICO SEGURO SANITARIO PRIVADO

GRÁFICO 5

GASTO MEDIO DE LOS HOGARES EN SEGUROS DE ENFERMEDAD 2006-2013 EN EUROS CONSTANTES DE 2006

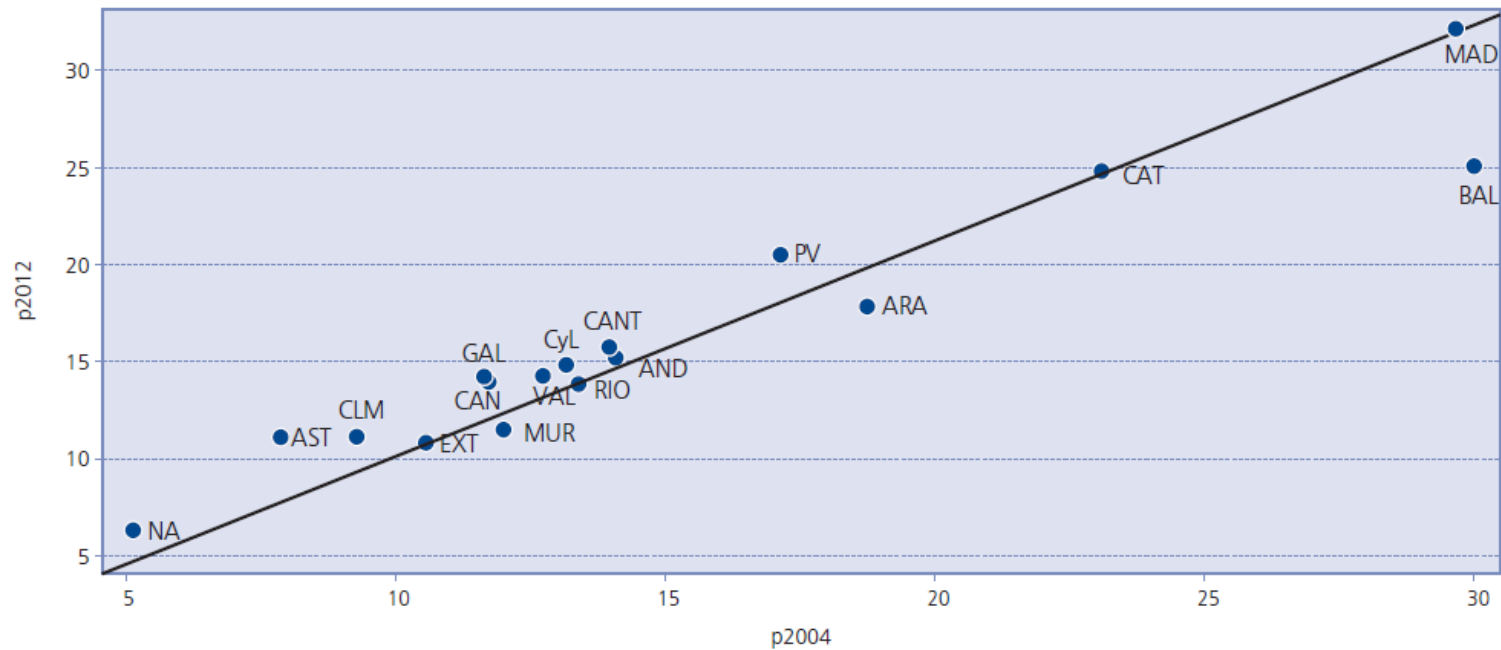


Fuente: INE: Encuesta de Presupuestos Familiares.

BAJO TENDENCIA 'NORMAL'

GRÁFICO 4

PENETRACIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA 2002-2012:
PORCENTAJE DE LOS HOGARES CON PÓLIZA DE SEGURO



Fuente: UNESPA (2014).

LA COYUNTURA VIVIDA: CRISIS ECONOMICA Y CAMBIO EN PATRONES DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS UNIVERSALES (SANIDAD) POR GRUPOS DE RENTA

Normalmente se asocia universalidad en los servicios públicos al principio de que todos los ciudadanos con la misma necesidad tengan acceso al uso de dichos servicios en condiciones de igualdad, independientemente de su capacidad económica

La reciente crisis económica ¿ha modificado el patrón de utilización de los principales servicios?

Variando los costes de oportunidad del acceso a los servicios (así en educación), puede resultar mas o menos atractivo el uso de servicios privados en función del deterioro de la calidad de los públicos (así en cuidados de dependencia), o el retorno por efecto renta a la utilización pública a la que antes habían renunciado descongestionando de este modo los servicios públicos.

Específicamente en el caso de la sanidad

¿qué efecto producen las reducciones marginales del gasto público sanitario –consecuencia de la crisis económica- por grupos de ingreso (cuartiles de renta)?

Para cada uno de los servicios sanitarios públicos analizados, ¿se introduce un efecto regresivo o progresivo tras el inicio de la crisis?

-¿se pueden ver más perjudicados los grupos de renta baja porque los más ricos abandonan la doble cobertura sanitaria y/o la utilización privada, incorporándose a un sistema sanitario con menos recursos?

-ante el deterioro de la sanidad pública ¿aumenta el número de individuos de los cuartiles de renta más altos con seguro privado, beneficiando relativamente más a los cuartiles inferiores de renta que son mayormente usuarios?

El resultado dependerá en buena medida de las “preferencias” de los individuos (esto es que sean ‘normales’ y no bimodales: de mucha sanidad pública a menos con gradiente intermedio), y de cómo dichas preferencias varíen según el tipo de servicio sanitario de que se trate (atención primaria, especializada, hospitalaria, urgencias, medicamentos).

La calidad público/privada percibida por el ciudadano puede variar de un servicio a otro; además, institucionalmente, el acceso del usuario a los distintos servicios es distinto (visitas a atención primaria y urgencias –iniciadas por el paciente- versus servicios de atención especializada y hospitalaria – indicados por el proveedor-).

LAS REFORMAS A PARTIR DE LA ASIGNACIÓN DE ROLES Y FUNCIONES SANITARIAS

CONTEXTOS DE PROVISION SANITARIA Y ESTADIOS DE EVOLUCION

Punto de partida genérico:

Planificación/ Financiación/ Cobertura aseguradora/ Compra de servicios/ Producción: Departamentos de Salud, que integran todos los entes proveedores como unidades presupuestarias (centros de coste)

Evolución:

A)

Planificación / Aseguramiento/

Financiación

Departamentos de Salud

Compra

Unidades Centrales de Servicios

Producción

Entes

productores

B)

Planificación / Aseguramiento/

Financiación

Departamentos de Salud

Compra

Unidades Regionales de Servicios

Producción

Entes

productores

C)

<u>Planificación / Financiación</u>	<u>Aseguramiento/</u>	<u>Compra</u>	<u>Producción</u>
Departamentos de Salud	Servicios Regionales de Salud	Áreas geográficas de Salud	Entes productores

D)

<u>Planificación / Financiación</u>	<u>Aseguramiento/</u>	<u>Compra / Producción</u>	
Departamentos de Salud	Servicios Regionales de Salud	Áreas/ geográficas/ de Salud/	Médicos Redes integr. de proveedores

E)

<u>Planificación / Aseguramiento/ Financiación</u>	<u>Gestión del Aseguram./Compra</u>		<u>Producción</u>
Deptos. de Salud Servicios Regionales de Salud	Redes integradas/ de proveedores/	Aseguradores no públicos	Entes productores

PRESCRIPCIONES

- **Prospectiva: el gasto sanitario total continuará creciendo. No lo hará pero previsiblemente al mismo ritmo el componente público financiado con impuestos.**
- **Es probable que la crisis abra la financiación pública a la incorporación de tasas (copagos) y precios públicos para reforzar el sistema.**
- **El control del gasto tiene como campo de observación más importante la variabilidad de las prácticas clínicas.**
- **La descentralización (territorial, funcional) da oportunidades para experimentar e innovar. En este sentido, no es parte del problema, sino de la solución.**
- **Territorialmente no tenemos 17 sistemas de salud sino tres o cuatro maneras de entender la sanidad pública. Con tendencias 'a la catalana' (en base a la compra de servicios concertados), 'a la valenciana' (Concesiones la gestión integral de los servicios), 'a la madrileña' (iniciativas público- privadas, sobre todo en equipamientos), y 'a la andaluza' (reforzando aparentemente el intervencionismo público).**

prescripciones

- La descentralización funcional ha de recuperar la integración virtual que favorezca la continuidad asistencial, desde la gestión de episodios y contingencias poblacionales a la pérdida de salud,- por parte de proveedores consorciados bajo autonomía organizativa y financiación prospectiva (de base poblacional).
- La priorización, en el ADN de la Economía de la Salud. Pero entre *el assessment* (como valoración objetivable a nivel centralizado) y el *appraisal* (en la valoración al nivel operativo de las realidades concretas autonómicas) existe campo para construir partenariados y fórmulas de riesgo compartido entre proveedores y financiadores.
- La descentralización institucional en favor de organizaciones con más autonomía que puedan incorporar servicios privados en su seno, puede hacer despertar en un sentido u otro a un sector privado hoy indeciso sobre si le conviene coexistir con el público, colaborar, sustituirlo o complementarlo.

prescripciones

- **La prestación privada debe posicionarse sobre qué terreno de juego quiere jugar. Si lo que le interesa es un sector público mejor financiado que tenga capacidad de comprar parte de su potencial productivo (y si el caso, sobre esta compra garantizada, añadir servicios complementarios de pago adicional), o de lo contrario esperar que cuando peor se financie el sector público mejor para una prestación privada sustitutiva (lo que no dé el sector público) o complementaria (por aquello que dé 'mal' para la calidad que perciban algunos usuarios con capacidad y disposición a pagar por estas mejoras).**
- **El aseguramiento sanitario privado está constreñido hoy por unas pólizas colectivas cada vez más a la baja por la competencia que tienen: el convenio Muface marca el umbral y las antiguas empresas colaboradoras ejercen presión a la baja. Las aseguradoras de momento trasladan esta presión a la medicina privada en forma de precios considerados ruinosos. De ahí que la oferta se tienda a oligopolitizar para hacerle frente. Es probable que el aseguramiento privado acabe así dualizando, entre el seguro típicamente de reembolso y la que quiera construir una póliza privada de seguro sanitario, complementaria, gestionada por encima de la póliza pública conveniada (por ejemplo, tipo Muface óro´) .**

prescripciones

- **El sector del medicamento necesita integrarse hacia adelante en la cadena de producción de salud mostrando sus activos en estos términos: salud lograda, coste alternativo ahorrado. Por eso las fórmulas organizativas consorciadas que animan a la asistencia integral de todos los proveedores sobre un territorio pueden suponer una oportunidad. El ir tirando de innovaciones marginales para entrar en autorizaciones nuevas con precios más altos que compensen las marcas que con precios congelados pierden interés, empujadas por una tropa de visitadores médicos que den la supuesta 'buena nueva' de la innovación, es probable que sea una vía muerta. Cuando se recuperen, claro está, de los estragos de la crisis de las finanzas públicas.**
- **En la farmacia de la atención primaria, todo aquello que no está 'explícitamente permitido' está hoy 'prohibido'. En la farmacia hospitalaria, todo aquello que no está 'expresamente prohibido', está 'permitido'. De modo que se entiende que algunas compañías busquen la segunda y no la primera vía de entrada al sistema. Pero la mayor capacidad de gestión que posibilita la dispensación hospitalaria, las sitúa en un canal que acaban más expuesta a una utilización más racional del medicamento. No hay que esperar demasiado de las compras hospitalarias mancomunadas**

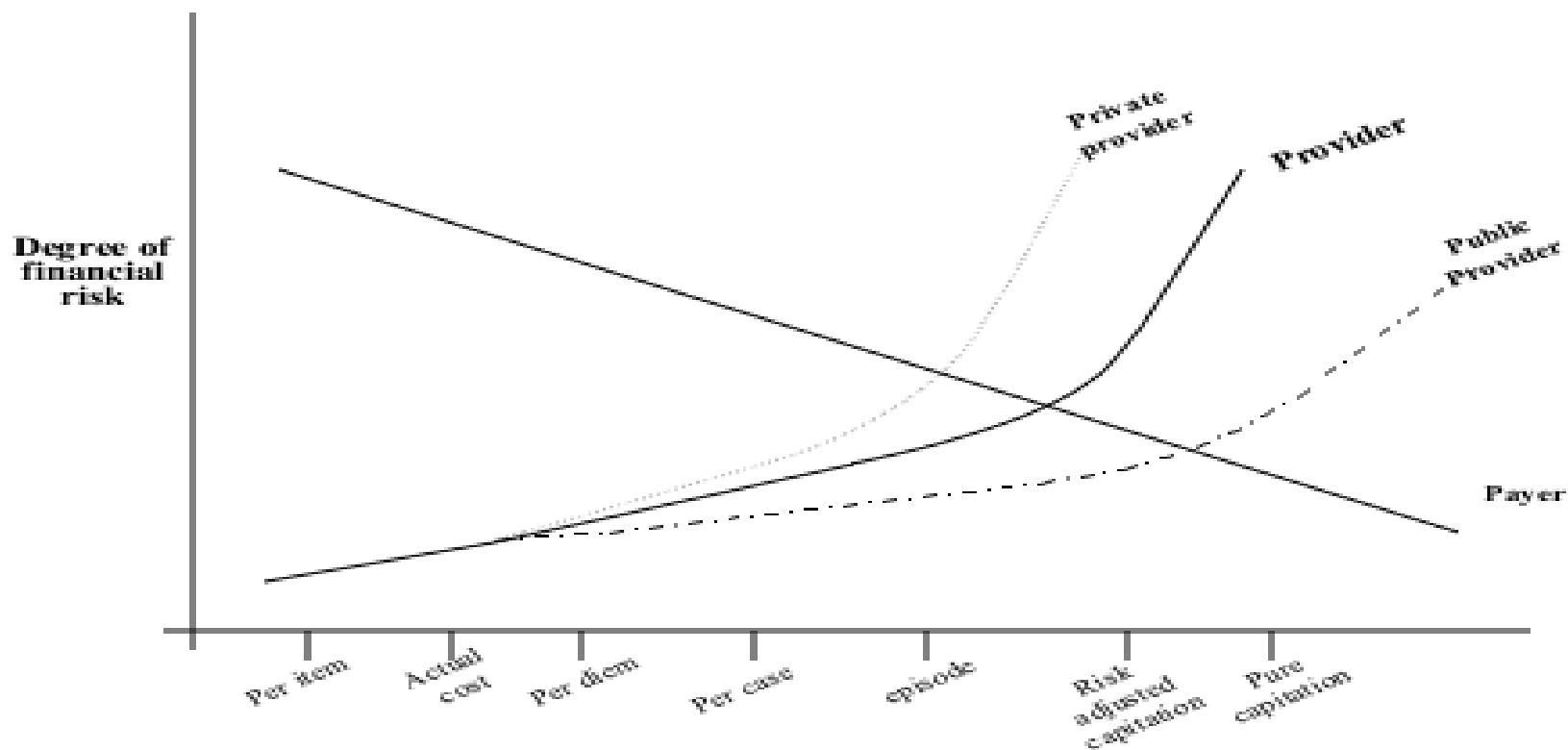
TENDENCIAS

TRANSFERENCIA DE RIESGOS de los aseguradores a los proveedores (riesgo-calificación, pagos de case-mix prospectivos, presupuesto global ...)

INCENTIVOS A LA COORDINACIÓN mediante la inserción en el sistema de nuevos "intermediarios" en la atención de los individuos

NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA GESTIÓN DE LOS EPISODIOS DE LA ENFERMEDAD: la importancia de ser parte de la cadena en lugar de último recurso "comprada" en tiempos de restricciones presupuestarias.

TRANSFERENCIA DE RIESGO- Averhill (DE FINANCIADORES A PROVEEDORES)



BALANCE

- EFICIENCIA (mejor coordinación) / EQUIDAD (contra la selección de riesgos)
- UNA TERCERA OLA DE “DEVOLUCION” DE RESPONSABILIDADES: a los proveedores de forma funcional (acuerdos planificados con equipos clínicos) o sobre una base geográfica (a consorcios de proveedores locales)
- NUEVAS POSIBILIDADES DE FINANCIACIÓN: copagos individuales por servicios adicionales o para asegurar una responsabilidad complementaria frente a responsabilidad social social (recargos e impuestos adicionales). Más solidaria una prima que un pago directo. Primas reguladas mejor que actuariales.

(...)

- De la sostenibilidad de SILO (es decir, sólo para los medicamentos en España en la actualidad) a una estrategia más global para financiar la atención de salud pública.
- Una tercera generación de descentralización (a grupos funcionales o geográficos de proveedores) para mejorar los incentivos para la eficiencia a nivel de gestión micro-clínica
- Una ventana de oportunidad para los medicamentos en un marco mejor integrado para mejorar el valor de la atención de la salud.
- Un nuevo enfoque para evaluaciones más flexibles bajo consideraciones de equidad
- Todas las piezas juntas pueden abrir nuevas corrientes para financiar el cuidado de la salud de una manera más ordenada

- El énfasis excesivo en los costes reduce la atención a la eficacia (mejores tratamientos de selección / marcaje, biomarcadores, seguimiento post ...) para reducir parte de la incertidumbre en una forma bayesiana, multiplicativa.
- Más énfasis en el lado de la implementación, desde la eficacia teórica hasta la efectividad real
- Reto de traducir la consolidación fiscal a la internalización de responsabilidades financieras a los proveedores sanitarios

MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCION

EMPIRICS. DISTRIBUTION AND REDISTRIBUTION IN HEALTH CARE: GINI changes in income: market, disposable and after health care in kind benefits 2005/10

CUADRO N.º 6

CAMBIOS EN EL EFECTO REDISTRIBUTIVO GENERADO POR EL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE 2005 A 2010

	2005	2010
Índice de <i>Gini</i> antes de las prestaciones públicas monetarias ...	0,453	0,5040
Índice de <i>Gini</i> de la renta disponible.....	0,312	0,3365
Índice de <i>Gini</i> después de las prestaciones sanitarias en especie	0,265	0,2991

CUADRO N.º 5

CAMBIO (%) EN LOS INDICADORES DE DESIGUALDAD DESPUÉS DE INCLUIR LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DE SANIDAD Y DE LOS OTROS CUATRO SERVICIOS PÚBLICOS*

Indicador de desigualdad	Renta monetaria disponible			Después de ajustar por prestaciones sanitarias en especie			Después de ajustar por todas las prestaciones en especie		
	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27**	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27(*)	España	OCDE-27	Porcentaje de sanidad sobre total gasto en especie España
Índice de Gini	0,31	0,298	12	-11,60%	-11%	9	20,6%	-21,8%	53%
S80/20	5,33	4,95	10	-22,70%	-18,40%	5	-40,7%	-35,3%	64%
P90/10	4,38	3,94	8	-21,30%	-17,00%	4	-34,0%	-31,5%	68%

Notas:

* Sanidad, educación, vivienda, atención a la infancia y a los mayores.

** Ordenados los 27 países en orden decreciente de redistribución.

Fuente: Verbist et al. (2012) tabla A6 (reproducido de Urbanos y G López-Valcárcel (2015).

Reducción de la desigualdad (en%) de los ingresos una vez se tiene en cuenta la utilización no estandarizada de servicios públicos (OCDE 2007). España: menos efectivo el acceso "universal" en el cuidado de la salud más redistributivo?

Tabla 2. REDUCCIÓN DE LA DESIGUALDAD DE INGRESOS MONETARIOS AL TOMAR EN CONSIDERACIÓN DISTINTOS SERVICIOS PÚBLICOS, OCDE 2007
(En porcentaje sobre la desigualdad de ingresos medida a través de cada indicador)

	Dinamarca	Alemania	Italia	Portugal	España	R. Unido	OCDE-27
Gini							
Ingresos monetarios	0,250	0,300	0,320	0,370	0,310	0,330	0,298
Educación	-5,7	-5,1	-7,8	-8,0	-6,4	-7,0	-7,0
Sanidad	-10,0	-10,4	-9,2	-13,6	-11,6	-12,5	-11,0
Vivienda social	0,0	-0,3	-0,5	-0,5	-0,4	-4,6	-0,8
Educ. preescolar y apoyo al cuidado de niños	-1,1	-1,2	-1,5	-0,9	-1,4	-0,7	-1,2
Atención a la tercera edad	-5,0	0,1	0,0	-	-0,8	-1,6	-1,8
S80/S20							
Ingresos monetarios	3,68	4,88	5,53	6,61	5,33	5,59	4,95
Educación	-7,5	-8,7	-14,2	-13,6	-11,7	-11,2	-10,6
Sanidad	-14,5	-18,7	-19,4	-26,5	-22,7	-22,8	-18,4
Vivienda social	-	-0,7	-1,0	-1,3	-1,0	-8,9	-1,6
Educ. preescolar y apoyo al cuidado de niños	-1,3	-2,0	-3,2	-1,7	-3,1	-1,3	-2,3
Atención a la tercera edad	-5,8	-0,7	-0,4	-	-2,2	-3,6	-2,4
P90/P10							
Ingresos monetarios	2,88	3,80	4,32	5,29	4,38	4,38	3,94
Educación	-2,2	-6,6	-10,5	-11,4	-7,8	-9,4	-8,2
Sanidad	-14,1	-16,0	-18,3	-22,3	-21,3	-20,7	-17,0
Vivienda social	0,0	-0,6	-1,1	-1,6	-0,7	-8,8	-1,7
Educ. preescolar y apoyo al cuidado de niños	-0,6	-1,4	-2,0	-2,5	-1,1	-1,1	-1,8
Atención a la tercera edad	-6,8	-0,6	-	-	-3,1	-3,7	-2,6

Fuente: OCDE, *Divided we Stand: Why Inequality Keeps Rising*, 2011.

AUSTERIDAD Y DESIGUALDAD

OECD Data: Despite the evidence that in general when transfers are precisely targeted cutting spending is more likely to hurt the poor, in Spain is clearly not the case since the share of the transfers received by the higher and the lower 30% income group is minor, below OECD average, proving that targeting in Spain is very low if we compare it with other redistributive regimes such as a Denmark, Sweden, UK or Netherlands. This goes moreover against the idea that fiscal consolidation should not hurt so much in Spain. Indeed, freezing wages of public employees and general expenditure cuts must not make a more pro poor biased welfare reduction.

LA AUSTERIDAD EN ESPAÑA HA AUMENTADO LA IGUALDAD (trabajo citado por Marti y Perez pág 18, BdE, 2016)

- Notemos la paradoja de que incluso con una reducción de fondos públicos, la austeridad impuesta puede mejorar la equidad del sistema conjunto de protección social
 - Este es el caso al parecer de España cuando algunos autores encuentran que con los recortes del 2008-2013, a resultas de la doble recesión de la economía española y de sus finanzas públicas, los cambios en la política social protegieron fuertemente a las pensiones, y junto a la subida de algunos impuestos, generaron un impacto redistributivo progresivo, de mayor equidad global a pesar de las reducciones de algunas partidas del gasto social.

La paradoja de la redistribución

Existe una extensa controversia sobre la cuestión de si la orientación de las transferencias sociales hacia la parte inferior de la distribución del ingreso en realidad mejora o debilita su impacto redistributivo. Korpi y Palme han afirmado en un influyente trabajo que ‘cuanto más dirigimos los beneficios a los pobres, menos probable es que tengamos éxito en reducir la pobreza y la desigualdad’

El fundamento empírico de esta afirmación es una fuerte relación inversa entre la orientación de la transferencia y el impacto social redistributivo. *“Un estado de bienestar para pobres acaba siendo un pobre estado de bienestar”*

- En su informe de 2011 sobre la desigualdad *Divided We Stand*, la OCDE insta a "políticas de apoyo a los ingresos bien enfocadas", aunque sin especificar claramente qué forma y fuerza esto debe tomar.

(...)

- Por la misma razón, la Comisión Europea ha puesto en marcha un 'paquete de Inversión Social también pidiendo una mayor focalización y condicionalidad'. La ayuda se debería enfocar mejor a los más necesitados y en el momento que más lo necesitan.
- Organizaciones como el FMI y el Banco Mundial han defendido durante mucho tiempo los beneficios específicos por colectivos, concretamente en forma de redes de seguridad con comprobación de medios.
- En el contexto de crecientes demandas sobre los sistemas de asistencia social, es probable que se convierta aún más relevante la demanda de una mayor focalización. En la misma corriente de opinión, Goodin y Le Grand estiman que "la participación beneficiosa de los no pobres en el estado del bienestar no es simplemente un desperdicio; en realidad es contraproducente si se pretende reducir la desigualdad entre pobres y no pobres. Cuanto más se benefician los no pobres menos redistributivo será el impacto del estado del bienestar".

Aún así, otros estudios concluyen que el gasto público sanitario sí puede actuar progresivamente sobre la distribución de la renta y puede ser efectivo en la reducción de la pobreza y desigualdad.

- ello ha de depender de cómo la oferta ordene la necesidad relativa, de cómo se ordene la efectividad de los tratamientos (marcadores, indicaciones, cumplimientos) y cuál sea el mecanismo específico de su financiación. Lo que resulta contrario al universalismo de barra libre, 'a demanda' y sin otra priorización que el acceso.
- Sin embargo, la implantación de sistemas vinculados a la prueba de medios no resulta sencillo. Los mayores costos administrativos, problemas de estigmatización y de potenciales discontinuidades derivadas de las trampas de dependencia están en el lado oscuro de esas proposiciones que buscan una mayor priorización por el lado de la demanda de tratamientos, indicaciones o colectivos.

Una cuestión más sustancial a la anterior es la cantidad de recursos que en realidad pueden estar disponibles para su redistribución en virtud de los sistemas de bienestar selectivos. Si menos fondos son la respuesta, ello sin duda puede afectar en positivo la necesidad de discriminar. Más dudoso es si se disponen de mayores fondos debiendo de atender en este caso a los impactos redistributivos de su financiación.

- La discusión acerca de aquellas priorizaciones en el gasto parece a todas luces necesario a la vista de la naturaleza tendencialmente regresiva de los ingresos que financien dicho gasto. En situaciones de 'dualidad fiscal' en las que gana peso la imposición indirecta (regresiva ciertamente ya que en proporción pagan más los pobres que los ricos, dada la dedicación de los primeros al consumo de prácticamente toda su renta) y que entre los impuestos directos las rentas de capital acaban siendo mejor tratadas fiscalmente que las del trabajo (por aquello de su más fácil deslocalización en el mercado global), no puede haber duda de que, en los márgenes al menos, hace falta poner más énfasis en recuperar por la vía del gasto redistributivo la progresividad perdida por la de los ingresos.

Nuestra contribución: CRISIS ECONOMICA Y CAMBIO EN PATRONES DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS UNIVERSALES (SANIDAD) POR GRUPOS DE RENTA (I Abasolo; G López-Casasnovas, M Sáez, 2016)

Normalmente se asocia universalidad en los servicios públicos al principio de que todos los ciudadanos con la misma necesidad tengan acceso al uso de dichos servicios en condiciones de igualdad, independientemente de su capacidad económica

La reciente crisis económica ¿ha modificado el patrón de utilización de los principales servicios?

Variando los costes de oportunidad del acceso a los servicios (así en educación), puede resultar mas o menos atractivo el uso de servicios privados en función del deterioro de la calidad de los públicos (así en cuidados de dependencia), o el retorno por efecto renta a la utilización pública a la que antes habían renunciado descongestionando de este modo los servicios públicos.

Específicamente en el caso de la sanidad

¿qué efecto producen las reducciones marginales del gasto público sanitario –consecuencia de la crisis económica- por grupos de ingreso (cuartiles de renta)?

Para cada uno de los servicios sanitarios públicos analizados, ¿se introduce un efecto regresivo o progresivo tras el inicio de la crisis?

-¿se pueden ver más perjudicados los grupos de renta baja porque los más ricos abandonan la doble cobertura sanitaria y/o la utilización privada, incorporándose a un sistema sanitario con menos recursos?

-ante el deterioro de la sanidad pública ¿aumenta el número de individuos de los cuartiles de renta más altos con seguro privado, beneficiando relativamente más a los cuartiles inferiores de renta que son mayormente usuarios?

El resultado dependerá en buena medida de las “preferencias” de los individuos (esto es que sean ‘normales’ y no bimodales: de mucha sanidad pública a menos con gradiente intermedio), y de cómo dichas preferencias varíen según el tipo de servicio sanitario de que se trate (atención primaria, especializada, hospitalaria, urgencias, medicamentos).

La calidad público/privada percibida por el ciudadano puede variar de un servicio a otro; además, institucionalmente, el acceso del usuario a los distintos servicios es distinto (visitas a atención primaria y urgencias –iniciadas por el paciente- versus servicios de atención especializada y hospitalaria –indicados

(...)

Nótese que nuestro objetivo es analizar el efecto redistributivo y por tanto nos interesa la utilización sanitaria pública por cuartiles de renta.

Hasta ahora prácticamente la totalidad de la literatura ha considerado el efecto conjunto no sólo de la renta sino de otras variables (educación, ocupación, situación laboral, etc.) de manera que –aparte de los posibles problemas de multicolinealidad entre dichas variables-, el efecto redistributivo (efecto renta) puede haber quedado oculto o haberse difuminado sin, con ello, poder llegarse a medir.

Por todo ello, controlamos por distintos factores que asumimos que podrían influir la utilización sanitaria: ¿Ha cambiado la composición demográfica de los cuartiles de renta (edad/sexo)? (género y seis tramos de edad –a partir de los 15 años). ¿Ha cambiado la distribución de la necesidad sanitaria aproximada por problemas de salud mental de los cuartiles de renta? ¿Ha habido algún cambio significativo en la demanda de seguros sanitarios privados tras el comienzo de la crisis económica?

Además, dado el elevado coste de las prestaciones sanitarias no sólo consideramos la probabilidad de utilización de los distintos servicios sanitarios –como venía haciéndose hasta ahora en la literatura- sino que también incluimos su frecuentación.

Nuestra contribución

Análisis del impacto en el gasto social, y en sus efectos redistributivos, de un *shock* exógeno (la crisis económica) en la prestación sanitaria universal. En el caso del Sistema Nacional de Salud español contamos con microdatos relativos a la utilización sanitaria pública (además de privada) y otras características socioeconómicas para los años 2006 y 2011 (antes y después del *shock*), período en el que, por lo demás, no ha habido otros cambios regulatorios significativos, lo que lo convierten en un cuasi-experimento natural propicio para analizar dicha cuestión.

Estudio del cambio en patrones de utilización ajustando por necesidad sanitaria (aproximada por la edad, género y personas con problemas de salud mental: la estructura de edad, sexo y proporción de personas con problemas de salud mental ha cambiado tras el inicio de la crisis), cambio que podría además ser distinto por cuartiles de renta)

Y de cambios en la utilización de servicios sanitarios públicos por niveles de renta ante el hecho de tener o no doble cobertura sanitaria de aseguramiento (y su evolución diferencial en el tiempo por grupos de renta).

Método de estimación

- Se estimó un modelo econométrico en dos partes, un modelo 'de valla' (*hurdle*), se especifica de manera tal que se reúnen los dos procesos de toma teóricamente implicados en el uso de la atención médica
- La primera parte del proceso de decisión, la decisión de buscar atención (proceso realizado por el sujeto), fue modelada utilizando una regresión logística (mixta)
- En la segunda parte del modelo, la frecuencia de los contactos (determinado principalmente por el médico), la distribución de uso (condicional a algún uso) fue un (mezclado) truncado binomial negativa

(...)

- Debido a la relativa complejidad del modelo, las inferencias se realizaron utilizando un marco bayesiano.
- Este enfoque se considera el más adecuado para el modelo que tenga en cuenta la incertidumbre en particular la relacionada con la estimación de los ingresos -nuestra principal variable explicativa- y la existencia de heterogeneidad individual.
- Además, en el enfoque bayesiano, es útil para especificar una estructura jerárquica de los datos (observable) y los parámetros (no observables), todas ellas consideradas aleatorias.
 - Es importante tener en cuenta este hecho, ya que implica que incluso cuando se correlacionaron los efectos aleatorios y los regresores, estimadores son consistentes. En el marco bayesiano (puro), seguimos el enfoque integrado anidada de la aproximación de Laplace

Resultados

- Los resultados evidencian que la universalidad en la provisión de la sanidad pública no impide que una crisis económica afecte más a unos grupos de renta que a otros a la hora de utilizar los servicios sanitarios públicos.
- A ello no es extraña la utilización relativa de los más ricos en favor del sistema público y su abandono del privado en servicios de coste significativo, una mayor proporción de individuos de renta baja en seguro privado, y por supuesto, una variación en las necesidades sanitarias relativas a nuevos condicionantes socioeconómicos.
- En el caso español, la crisis económica ha perjudicado relativamente más a los grupos de renta baja en los casos de las visitas al especialista y de las hospitalizaciones, beneficiándolos relativamente en los casos de las urgencias y visitas al médico general.

(...)

- Nuestros resultados sugieren que las autoridades sanitarias deberían monitorizar más los efectos de la crisis económica sobre el acceso a los servicios sanitarios públicos por niveles de renta, especialmente si como consecuencia de un empeoramiento del mismo se derivan consecuencias negativas para la salud de los ciudadanos.
- Además, los resultados sugieren que el abordaje de los tipos de desigualdades que surgen tras la crisis debe ser distinto:
 - En especializada, corregir la desigualdad que perjudica a los más pobres requeriría algunas medidas que modifiquen las pautas de los profesionales sanitarios (al ser la demanda de servicios de especialista o de internamiento hospitalario iniciada por los profesionales sanitarios)
 - Para el resto, preservar la desigualdad que beneficia a los más pobres requeriría de medidas que contemplen los incentivos de los propios pacientes (siendo la demanda de los servicios de urgencias y visitas al médico general iniciada por los pacientes), y en particular los costes de oportunidad del acceso a los servicios.

EN RESUMEN: PAPEL REDISTRIBUTIVO PRO-POBRE EN GENERAL DE LA SANIDAD PÚBLICA, PERDIENDO PESO EN TÉRMINOS ABSOLUTOS, AUMENTANDO SIN EMBARGO SU IMPORTANCIA RELATIVA Y SIENDO MÁS RELEVANTE A LA VISTA DE LA MAYOR DESIGUALDAD IMPERANTE

Y CON EVOLUCIÓN FUTURA DEPENDIENDO DEL GASTO PÚBLICO EN CADA UNA DE LAS FUNCIONES ASISTENCIALES, LA VARIACIÓN EN LA NECESIDAD RELATIVA, Y LA RESPUESTA EN TÉRMINOS DE UTILIZACIÓN EFECTIVA DE LOS SERVICIOS A LA VISTA DE PREFERENCIAS Y COSTES DE OPORTUNIDAD DE ACCESO