

CRITERIOS PARA LA REVISIÓN DE ALGUNOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA

por el Académico de Número
Excmo. Sr. D. Julio SEGURA SÁNCHEZ*

INTRODUCCION

A lo largo de las dos últimas décadas, y desde muy distintas perspectivas que cubren el abanico que va de las posiciones neoliberales a las neomarxistas, el estado del bienestar ha sido objeto de un análisis fuertemente crítico.

Frente al consenso entre socialdemócratas y conservadores sobre el tema, característico de las décadas de los años 50 y 60, las críticas al estado del bienestar abarcan desde comienzos de los años 70 a multitud de aspectos de carácter político, social y económico, que han llegado a cuestionar, en parte, su función de legitimación política, el pacto social entre clases que subyace tras el mismo, el papel del sector público en las economías capitalistas desarrolladas, y un largo etcétera. Las críticas mencionadas han sido desarrolladas por autores muy diversos —que van de Buchanan y Nozik hasta O'Connor, Gaugh y Offe—, y aunque su contenido y propuestas de reforma son, como cabría esperar, dispares, apuntan con frecuencia al mismo tipo de problemas.

Simultáneamente, y desde una perspectiva más limitada a los efectos económicos del estado del bienestar, se ha señalado con reiteración la generación de incentivos negativos a la actividad de algunas prestaciones sociales; la existencia de un exceso de protección ante ciertas contingencias individuales; la tendencia incrementalista del gasto social que, en situaciones depresivas, agudiza los pro-

* Sesión del día 19 de abril de 1994.

blemas del equilibrio financiero público; el carácter redistribuidor no equitativo de algunos programas protectores; o la discutible eficacia con que se gestionan ciertas prestaciones.

Una forma sintética de mostrar la evolución gradualista de los sistemas protectores y la progresiva ampliación de sus objetivos, a veces contradictoria con el diseño inicial de los mismos, es comprobar la convergencia que se ha producido entre los dos modelos originales de protección social.

Como es bien sabido, el primero, llamado *bismarkiano* o *continental*, se caracterizaba por ser profesional: los colectivos protegidos pagaban contribuciones para poder hacer frente a contingencias concretas (sobre todo enfermedad y desempleo-jubilación, es decir, situaciones de inactividad laboral), siendo los beneficios proporcionales a los ingresos obtenidos en situación de actividad normal. El segundo, derivado del *Informe Beveridge*, y denominado con frecuencia *anglosajón*, era un sistema universal, financiado con cargo a impuestos no finalistas, cuyos beneficios eran fijos e idénticos para todos los ciudadanos. En pocas palabras, el primero era en lo esencial un sistema de seguro profesional y el segundo un programa de lucha contra la pobreza.

Sin embargo, el desarrollo experimentado en las décadas de los años 50 y 60 hizo que la separación de ambos sistemas se diluyera, hasta el punto de que hoy en día todos los sistemas son mixtos. Los continentales han recurrido en forma creciente a la financiación genérica ante la insuficiencia de las cuotas, y han universalizado muchas prestaciones. Los sistemas anglosajones, por su parte, han tendido a pagar beneficios proporcionales a los ingresos mantenidos en situación de actividad normal, han eliminado el requisito de necesidad (la prueba de ingresos insuficientes) para ciertas prestaciones e, incluso, han instituido el pago de cuotas para determinadas contingencias.

En suma, y con independencia de la valoración que pueda hacerse de este proceso de convergencia, lo cierto es que los diseños iniciales se han desvirtuado, produciéndose una amalgama, por una parte, entre enfoques universales/profesionales y por otra entre objetivos de seguro/lucha contra la pobreza, que han alterado sensiblemente los objetivos y el contenido redistribuidor de las prestaciones sociales.

Pese a que el debate ha sido dilatado en el tiempo, y con frecuencia rápido en su contenido, debido a que en el fondo se plantean visiones difíciles de reconciliar sobre el equilibrio entre la economía social y el mercado, las modificaciones prácticas que han experimentado los sistemas protectores de los países occidentales han sido muy modestas, orientándose básicamente en tres líneas que tratan de hacer frente, sobre todo, al incrementalismo progresivo de los gastos públicos. Estas tres líneas son:

I.^a La obtención de recursos adicionales para financiar los programas protectores, tales como los aumentos de cuotas o tipos impositivos, la creación de

algunas figuras fiscales finalistas, el pago parcial por el usuario de ciertas prestaciones o el aumento de la contribución individual ya existente, y el gravamen de algunos beneficios sociales antes libres de impuestos.

2.^a El endurecimiento de los requisitos para acceder a ciertas prestaciones, tales como el aumento de los períodos mínimos de cotización, la exigencia de demostración de ingresos insuficientes, o la prohibición de acumular varios tipos de beneficios si con ello se supera un cierto valor umbral de ingresos.

3.^a Las reducciones de la cuantía y duración de algunos beneficios, tales como acortamientos de los períodos del seguro de desempleo, limitaciones a los beneficios por incapacidad laboral, o eliminación de la indiciación con la inflación (o la renta) de ciertos beneficios.

Por otra parte, los procesos de privatización han sido prácticamente inexistentes. Basta para comprobarlo observar la experiencia del Reino Unido bajo los Gobiernos conservadores de Thatcher, en que sólo se han privatizado las residencias de ancianos y enfermos crónicos —es decir, aquellos aspectos de la prestación sanitaria que tienen mayor contenido de hostelería y menores requerimientos de equipamiento y especialistas médicos— y ciertos servicios auxiliares como el transporte, las cafeterías, o la limpieza en los hospitales y escuelas públicas.

El resultado global de todo ello ha sido que, pese a las críticas y exigencias de recorte de los déficit públicos, en la década de los años 80 los gastos medios en protección social de la OCDE han aumentado en 1,5 puntos porcentuales del PIB (el gasto público total en 3,5 puntos), con comportamientos muy expansivos en Italia (7,9) y España (7,0); significativamente crecientes en Noruega (3,7), Canadá (3,5), Francia (3,3) o Estados Unidos (3,2); más moderados en el Reino Unido (0,6); y contractivos sólo en Bélgica (-8,6), Irlanda (-6,6), Alemania antes de la reunificación (-2,6) y Suecia (-1,7).

Como habrá podido observarse de esta relación por países, España es, tras Italia, la economía que en mayor medida ha expandido sus gastos sociales en la década de los años 80. Ello ha sido así en gran medida por la posición de partida, ya que en la década considerada en nuestro país se ha producido la universalización de la sanidad pública (por mandato constitucional), la gratuidad total de las enseñanzas primarias y medias, la creación de un sistema de pensiones no contributivas —complementado con programas de salario de inserción social en algunas Comunidades Autónomas—, el aumento en más de 35 puntos porcentuales de la cobertura de las percepciones por desempleo, y la indiciación con el IPC de la práctica totalidad de las prestaciones.

Pese al considerable esfuerzo realizado, que presenta indudables aspectos positivos desde el punto de vista de la equidad y la solidaridad, España aun se encuentra 4 puntos porcentuales del PIB por debajo de la media de los países de la Unión Europea —aunque el gradiente del gasto sea muy acusado— lo que, en

todo caso, muestra un déficit relativo de protección social. Pero precisamente esta combinación de factores —esfuerzo absoluto realizado, gradiente del gasto, e inicio de la consolidación del estado del bienestar— es lo que hace aun más importante en nuestro caso el análisis crítico de los programas protectores.

Toda la evidencia comentada señala la dificultad política, social y técnica de introducir modificaciones radicales en los sistemas de protección social y la conveniencia, por tanto, de examinar con cuidado cada uno de los distintos programas, tratando de identificar los problemas más relevantes que, en su caso, puedan plantear, y de aportar soluciones parciales y factibles a los mismos. Este enfoque limitado y fraccionado es el que seguiré en mi exposición, pasando revista, con énfasis muy distinto, a los programas protectores básicos. En concreto, dedicaré pocas palabras al sistema educativo, las prestaciones por desempleo y la ayuda familiar, centrando mis comentarios sobre todo en los programas de pensiones de jubilación y de salud.

La elección es, por supuesto, arbitraria, pero sigue dos criterios. El primero es la importancia cuantitativa de los programas protectores: el sistema de pensiones se encuentra en nuestro país en torno a los 6 billones anuales de gasto, y el sistema nacional de salud ronda los 2,5 billones, representando entre ambos el 15% del PIB; mientras que el desempleo apenas sobrepasa los 1,5 billones en condiciones fuertemente depresivas, la educación —incluyendo investigación— supera levemente el billón y cuarto y la ayuda familiar apenas sobrepasa los 100.000 millones. El segundo criterio de selección me ha conducido a excluir aquellos programas sobre los que existe un consenso social razonable (como la educación), o son muy complejos en la definición de sus instrumentos y se mezclan con consideraciones relativas a otras políticas (como la ayuda familiar y la política de familia).

Existe un tercer criterio, aunque por su carácter pedagógico no sea relevante para el colectivo al que hoy me dirijo: el análisis de las pensiones y la sanidad permite ejemplificar, respectivamente, los límites de las acciones públicas en el campo de la protección social, y los límites de la iniciativa privada en la solución de este tipo de problemas.

Terminaré esta introducción señalando las tres razones por las que creo que no es posible la llamada *opción cero*, es decir, congelar los programas en sus valores actuales de gasto, sin modificar en mayor o menor medida su forma de financiación, el tipo de beneficios que proporcionan y la eficacia de su gestión y provisión.

La primera razón es empírica: no es posible, ni en España ni en ningún otro país, fijar unos topes rígidos al máximo gasto efectivo anual de algunos programas. Una vez definidas las prestaciones y las condiciones de acceso a los beneficios, el gasto es el resultado de cómo evolucione la situación económica y de los comportamientos individuales. Esto es algo obvio en el caso de la prestación

por desempleo, pero también sucede en educación —por variación en las cohortes poblacionales—, en sanidad —por aparición de nuevas enfermedades—, o en programas de lucha contra la pobreza —por la incorporación progresiva de nuevos colectivos.

La segunda razón es de carácter lógico. Si la reducción del déficit presupuestario constituye una prioridad básica de la política económica, no plantearse la reforma de los programas de protección social conducirá, antes o después, a una solución ‘quirúrgica’, es decir, a su reducción por razones del gasto. Un recorte de estos programas derivado exclusivamente de las limitaciones presupuestarias puede desvirtuar el objetivo perseguido por los mismos.

La tercera razón es de solidaridad. En la medida en que la opción cero termina implicando el recurso al déficit público, se produce una creciente insolidaridad intergeneracional. En la medida en que no se reforme el sistema, una posibilidad de mantener la restricción presupuestaria es congelar los beneficios y sus perceptores. Pero esta es una solución insolidaria con las nuevas formas de pobreza y marginación social, o con las nuevas enfermedades o necesidades educativas que aparezcan en el futuro.

COMENTARIOS MARGINALES SOBRE DESEMPLEO, EDUCACION Y AYUDA FAMILIAR

Pese a ocuparme con mayor detalle de los programas sanitario y de pensiones, haré algunos breves comentarios sobre las prestaciones por desempleo, el sistema educativo y la ayuda familiar.

Respecto a las *prestaciones por desempleo*, la propuesta más radical de cambio es la que sugiere sustituir el principio de universalidad por el de necesidad. No creo, sin embargo, que dicha alternativa sea posible en nuestro caso, por dos razones. La primera es que, al menos en teoría, el *seguro* de desempleo es de carácter contributivo, por lo que el pago de cuotas genera derechos subjetivos exigibles ante los tribunales. Otra cosa es el *subsidio*, que es en sentido estricto un programa de lucha contra la pobreza y que, por tanto, es un candidato idóneo al principio de necesidad. Sin embargo, existe una dificultad importante para la aplicación del principio de necesidad en España: para que sea automática y no requiera un acto de voluntad expresa del beneficiario: la única información disponible es la fiscal. Dado que el fraude en rentas de trabajo por cuenta ajena es muy moderado, pero en rentas de comerciantes, profesionales, autónomos, agricultores y rentas de capital es muy elevado, el sistema resultante sería notoriamente injusto.

La percepción del subsidio previa demostración por parte del interesado de encontrarse por debajo de una línea definida de pobreza, plantea problemas de

rechazo individual que es preciso tener en cuenta. Y aun quedaría por resolver si la necesidad se define en función de los ingresos del individuo, de la unidad familiar o de la unidad efectiva de convivencia.

Un segundo aspecto relativo a las prestaciones por desempleo es su importante nivel de *fraude*, agravado por el fuerte aumento de la cobertura experimentado en el último lustro —que ha pasado del 30 por 100 a más del 70 por 100. Aquí el tema principal es el de la *disponibilidad* del perceptor, tanto para comparecencias como para la realización de actividades formativas. Y, también para la realización de trabajos cuya rentabilidad de mercado es muy pequeña, pero la social alta: actividades relacionadas con asistencia domiciliaria a ancianos, defensa del medio ambiente, acompañamiento de escolares, y un largo etcétera.

Por último, una posibilidad de carácter más estratégico. No estoy nada seguro de que la percepción por adelantado en forma acumulada de la totalidad del seguro de desempleo condicionada a la creación de una actividad haya dado los resultados esperados. Sin embargo, sí merece la pena plantearse el hecho de que sí, por media, un parado cuesta el erario público un millón de pesetas, esta cuantía podría destinarse mejor a subvencionar la contratación de parados de larga duración por un período, por ejemplo, no inferior a dos años. Ello repercutiría tanto en una reducción de los costes por desempleo, al menos de igual cuantía a la de la subvención, y favorecería la creación de empleo (o, al menos, no la perjudicaría).

Unas pocas palabras sobre el *sistema educativo*. España goza de un más que aceptable consenso social en lo que se refiere al bloque de enseñanza obligatoria y gratuita (enseñanzas primaria y media), por lo que sólo los dos extremos del sistema pueden presentar problemas: la enseñanza preescolar y la universitaria. Y, desde el punto de vista que nos ocupa, el tema crucial es el de la financiación. Mi posición sobre el tema es que el objetivo debería ser llegar a una situación en que la *enseñanza preescolar fuera gratuita y la universitaria se financiara con cargo al usuario en su práctica totalidad*.

La gratuidad de la enseñanza preescolar se basa en el argumento de igualdad de oportunidades. Esta se gesta en los períodos iniciales de la vida de las personas, donde el tipo de familia en que se nace, su nivel cultural y económico, condiciona fuertemente el ejercicio efectivo de dicha igualdad. Además, la enseñanza preescolar tiene un contenido de bien preferente o público significativo. Esto, sin embargo, no sucede con la enseñanza universitaria.

Si existe de hecho igualdad real de oportunidades educativas desde el nacimiento hasta los 18 años, un razonable sistema de becas universitarias, ciertamente menos costoso y más equitativo que el actual, permitiría mantener dicha igualdad. Las tasas académicas deberían acercarse a los costes efectivos de la enseñanza, ser distintas por centros y titulaciones para evitar las subvenciones cru-

zadas, penalizar a los malos alumnos y generar incentivos al escaso porcentaje de estudiantes que pueden considerarse 'profesionales' en las condiciones actuales de nuestro país, donde un 30 por 100 de alumnos abandonan antes de terminar sus estudios superiores tras haber dilapidado cuantiosos recursos públicos, y sólo un 5 por 100 tiene expedientes medios de notable o superiores.

Para terminar este recorrido telegráfico por los programas protectores que no constituyen el núcleo de esta exposición, unas reflexiones sobre la *ayuda familiar*. El problema fundamental se encuentra en que *los beneficios están definidos en función del tipo de familia típica de las décadas de los años 50 y 60*: pareja de duración indefinida, con un único perceptor de renta, mujer dedicada a la administración doméstica y cuidado de los hijos y una media de tres hijos, con obligaciones en ciertos casos respecto a los ascendientes de algún cónyuge.

El proceso de incorporación de la mujer al trabajo, la normalización del fenómeno del divorcio y el aumento de su número, el crecimiento de la vida en pareja no matrimonial y del número de familias monoparentales, ha hecho obsoleto el sistema protector existente. Los temas centrales son, en suma, cómo hacer frente a las necesidades generadas por un número creciente de mujeres incorporadas tardíamente —en términos de su historia contributiva— al mercado de trabajo; el tratamiento de la interrupción de las carreras profesionales por cuidados familiares (no sólo hijos, sino también ancianos y disminuidos); y, por último, la protección de familias monoparentales que no perciben pensiones por alimentos.

El tema es poco relevante desde el punto de vista cuantitativo en los Presupuestos actuales, pero si se tiene en cuenta que los sistemas de protección «dura» sólo son accesibles desde el mercado de trabajo, no estaría de más apuntar en la agenda de cualquier Gobierno sensato una modificación sustancial de los objetivos e instrumentos de la ayuda familiar en un marco integrado de programas protectores.

EL SISTEMA DE PENSIONES

Expresado en forma simplificada, el problema del sistema de pensiones español es que los objetivos fijados en 1973 implican un déficit público a todas luces insostenible dada la evolución demográfica y económica. Por ello, en este caso, es preciso —en ausencia de una recuperación impensable, en mi opinión para siempre, de antiguos niveles de empleo— optar por una reducción neta de las cargas del sistema público de pensiones.

Para analizar esta posibilidad, es conveniente separar con nitidez dos partes del sistema: la *contributiva* y la *no contributiva*. La segunda constituye un pro-

grama de lucha contra la pobreza encaminado a garantizar a todo ciudadano unos *ingresos mínimos*, cuya financiación ha de correr a cargo de los ingresos fiscales del Estado. Por tanto, nuestro interés se centra en el sistema contributivo.

La primera pregunta que surge es: ¿por qué tiene el sector público que organizar un sistema de pensiones contributivas obligatorio?. La contestación es muy simple: de no hacerlo así se plantearía un claro problema de riesgo moral que pondría en peligro las finanzas del Estado. La expectativa cierta de que ningún Gobierno dejará en la indigencia a los jubilados que no hayan querido o podido asegurar sus ingresos futuros, sobre todo si su número es elevado, conduciría a un aseguramiento subóptimo y a unos costes netos enormes para el erario público.

En consecuencia, el objetivo de un sistema público de pensiones obligatorio y contributivo, no es redistribuir la renta entre generaciones o entre clases sociales, sino garantizar una cierta redistribución de la renta personal dentro del ciclo vital de cada individuo. Si esto es así, cualquier reforma debe girar en torno a dos temas:

- (i) Aproximar la financiación del sistema a un modelo actuarialmente equilibrado, y
- (ii) Determinar qué tipo de beneficios debe proporcionar el sistema.

Respecto al primer punto, existen dos modelos polares de financiación: el de reparto y el de capitalización. En el primero, las cuotas ingresadas hoy por los activos se utilizan para pagar las pensiones de los hoy jubilados. En el segundo las cuotas de cada individuo se acumulan en un fondo cuyos rendimientos tras la jubilación constituyen la pensión. No es difícil comprender el porqué de que los sistemas públicos de pensiones sigan, en todos los países, el modelo de reparto. Un sistema que cuando la proporción cotizantes/beneficiarios se encuentra por encima de 2 es saneado, pero cuando cae hasta proporciones de 1,5 es fuertemente deficitario. Cabe, por supuesto, preguntarse por qué cuando el sistema arrojaba fuertes superavit no se utilizaron estos para constituir fondos que introdujeran elementos de capitalización, pero tiene poco interés en este tema evacuar responsabilidades políticas de hace décadas.

Respecto al tema de los beneficios, dos son las preguntas clave. La primera, la cuantía de las pensiones que debe garantizar el sistema público: ¿proporcionales a los ingresos en activo?, ¿iguales para todos?, ¿mínimas?, ¿con máximo limitado?. La segunda es la relativa a los requisitos exigibles para ser beneficiario del sistema.

Identificados los problemas, me atreveré a proponer las líneas básicas de un esquema de pensiones públicas articulado en cuatro niveles, que es una ligera variante del que propuse hace ya 7 años.

Nivel 1 (no contributivo)

Todos los ciudadanos tienen derecho a una *pensión mínima* como parte de un programa de lucha contra la pobreza. Su financiación correría a cargo de los ingresos generales del Estado y su percepción exigiría una prueba de ingresos insuficientes.

Nivel 2 (contributivo)

Todo trabajador en activo pagaría una cuota sobre sus ingresos salariales calculada de forma tal que permitiera, como mínimo, financiar una *pensión básica* tras, por ejemplo, 25-30 años de cotización.

Nivel 3 (semicontributivo)

Todo trabajador que cotizara menos de 25-30 años tendría garantizada la pensión mínima del Nivel 1, más una parte de la diferencia entre ésta y la básica en función de su historia como cotizante.

Nivel 4 (privado complementario)

Un sistema desarrollado de fondos de pensiones privado regulado, con incentivos fiscales que favorezcan más a los niveles inferiores de renta.

Un sistema de este tipo se caracteriza porque el sector público gestiona sólo pensiones básicas, iguales para todos los ciudadanos y mayores que la mínima. ¿Por qué iguales para todos?, ¿por qué básicas y no mínimas?, ¿por qué un nivel complementario privado?

Igual para todos porque el objetivo que persigue el sistema público contributivo es garantizar una pensión suficiente para no generar incentivos a no ahorrar (el problema de riesgo moral antes señalado). Para ello es preciso que la pensión básica sea superior a la que define la línea de pobreza, la mínima. Por último, podría defenderse la existencia de un nivel 5: un sistema complementario público y voluntario. Mi opinión, sin embargo, es contraria a ello porque ni creo que sea una función del sector público ofrecer pensiones a la carta, ni se obtendría beneficio social alguno de la gestión pública del sistema complementario.

Este esquema de propuesta plantea un problema típico de cualquier cambio de sistema: el tratamiento de las generaciones intermedias. Expresado en otros términos, mientras que los entrantes en el nuevo sistema van formando su fondo de pensiones público, es preciso seguir pagando las pensiones vivas. Esto requiere un conjunto de medidas diversas que pudieran aliviar la carga del período transitorio, entre las cuales cabe mencionar:

- Retrasos de la edad de jubilación.
- La posibilidad de, a partir de cierta edad, mantener situaciones mixtas de pensión parcial y salario parcial.
- La congelación durante cierto tiempo de las cuotas en sus niveles actuales, más que suficientes para garantizar pensiones básicas, aunque no proporcionales a los ingresos en activo.
- La posibilidad de que las contribuciones individuales tuvieran un componente de progresividad, en el sentido de que los salarios más altos estuvieran gravados con cuotas que, capitalizadas, permitieran pagar pensiones superiores a la básica.

Un último problema se relaciona con el hecho de que los fondos privados de pensiones no permiten defender el poder adquisitivo ante inflaciones no esperadas una vez que se ha empezado a percibir la pensión. Un problema que también presenta un sistema público no indiciado con el IPC.

La propuesta comentada no es compatible con que la pensión básica se encuentre indiciada con la inflación realmente experimentada, aunque sí con la que se considere como 'normal' o 'media'. Esto implica que las cuotas deben calcularse en función de una pensión básica de poder adquisitivo constante para una tasa media dada de inflación, que existen posibilidades de ajuste a inflaciones medias no previstas durante el período de cotización (mediante el cambio en las cuotas), pero que el ajuste no es posible una vez iniciada la percepción de la pensión. Esto también tiene un aspecto positivo: hacer más sensibles a los pensionistas respecto a la conveniencia de una economía que trate de defender el poder adquisitivo luchando contra la inflación y no indiciando las rentas nominales a posteriori.

Unos comentarios finales sobre el concepto de pensión mínima. Creo que uno de los objetivos esenciales del estado del bienestar es la *lucha contra la pobreza* en el sentido pasivo de garantizar ingresos de supervivencia a todos los ciudadanos de un país (y en el activo también, pero este es otro problema externo al estado del bienestar). En primer lugar, porque cualquier sociedad desarrollada debe perseguir esta finalidad. En segundo lugar, por el carácter claramente redistribuidor de rentas de esta actividad que garantiza el mismo en el sentido adecuado —de ricos a pobres— y no en el menos defendible de redistribución entre clases medias. Pero el objetivo señalado tiene un ámbito muy limitado: evitar situaciones de pobreza extrema. Por ello, la definición de pensión mínima, que es en esta concepción realmente un sistema de ingreso mínimo garantizado, debe lograr que el individuo no caiga por debajo de una línea de pobreza, no que la supere con amplitud, y ello exige:

- (i) Una definición estricta de pobreza, a actualizar con un índice de inflación adecuado, que refleje la estructura de consumo de las decilas inferiores de renta.

(ii) El cómputo dentro de esta pensión mínima de cualquier beneficio percibido por el individuo, tanto en metálico como en especie, de otros programas protectores, y otras rentas.

(iii) La petición expresa del interesado que incluya la prueba de que sus ingresos no alcanzan el mínimo.

Creo que un sistema de estas características cumpliría, con la mayor economía de recursos financieros y de gestión, los objetivos de un sistema de pensiones: evitar las situaciones de pobreza extrema; redistribuir los ingresos individuales dentro del ciclo vital en la cuantía precisa para evitar comportamientos estratégicos de los ciudadanos; y fomentar decisiones responsables de ahorro, dificultadas por la expectativa de que el sistema de pensiones garantiza unos ingresos proporcionales a los obtenidos en el período activo relativamente autónomos respecto a la historia individual de cotización y a la tasa de inflación.

EL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD

Los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) empezaron a crearse cuando el acceso a la salud era poco costoso, sus efectos externos marginales muy positivos, y la medicina privada no era un negocio mas que para una parte insignificante de la población. En estas condiciones cualquier análisis coste-beneficio tenía que dar resultados muy halagüeños.

Sin embargo, la progresiva universalización de los SNS, el fuerte progreso técnico —en parte redundante— en diagnóstico y prevención, el aumento de la demanda de servicios de salud derivada del fuerte aumento de los niveles de renta en las décadas centrales de este siglo, y el propio éxito de los SNS disminuyendo la tasa de morbilidad y aumentando la esperanza de vida de las poblaciones, han tendido a crear fuertes presiones sociales sobre el gasto público sanitario (el único, junto con la educación, que los ciudadanos se encuentran dispuestos a expandir a costa de mayores impuestos), y han hecho que el mero mantenimiento de las prestaciones exija mayor gasto por unidad de producto.

Además, el *producto salud* es muy complejo (educación, prevención, vacunación, diagnóstico, curación o sostenimiento digno), los inputs numerosos y muy heterogéneos (servicios profesionales, medicación, equipamiento hospitalario, hostelería), y su gestión, por ello mismo, compleja.

Se trata, en suma, de un programa de gasto muy importante, que se encuentra en nuestro país en período de consolidación (aunque la universalización sea ya un hecho), por lo que la garantía del objetivo de equidad y la mejora de su eficiencia son tareas de prioridad indiscutible.

Trataré, en consecuencia, los tres tipos de problemas básicos de un programa de estas características: su financiación, su eficiencia y la provisión de los servicios de salud.

Me resulta fácil empezar con una afirmación en apariencia radical: *el principio de equidad exige la financiación pública*. El acceso a la salud es un derecho universal, y la existencia de una correlación negativa entre salud y nivel de renta hace necesaria la financiación pública del SNS. Además, un sistema no público daría lugar a un efecto redistribuidor regresivo habida cuenta del problema de selección adversa de riesgos inherentes a un SNS: la financiación privada se haría cargo de los buenos riesgos, entendidos como procesos sanitarios de bajo coste en relación al resultado terapéutico, y la financiación pública tendría que hacerse cargo de los altos riesgos, es decir de las prestaciones de alto coste de los perceptores de rentas altas y de los servicios de los grupos de alto riesgo. Teniendo en cuenta que, en España, el 4 por 100 de la población realiza casi el 50 por 100 del gasto sanitario total, la importancia del fenómeno de selección adversa es difícil de exagerar.

Por otra parte, este es el mecanismo que rige para el sistema educativo en su tramo obligatorio y gratuito universal, donde la financiación es pública, lo que no es óbice para que quienes no quieran obtener la provisión de servicios educativos de centros públicos o privados concertados, recurran a la enseñanza privada no subvencionada. Pero ello no les exime de contribuir, a través del pago de impuestos, a la financiación del sistema público universal y gratuito.

La segunda hipótesis fundamental de mi análisis es que la *eficiencia exige que la provisión no tenga lugar por medio de mercados desregulados*. Esto se debe a la presencia en la prestación sanitaria tanto de comportamientos estratégicos como de fallos de mercado.

Como ejemplos de comportamientos estratégicos, que hacen que los equilibrios de mercado no sean competitivos, bastará con citar el de los facultativos que persiguen el mantenimiento de sus ingresos, el de las empresas suministradoras de equipamiento hospitalario, o el de las multinacionales farmacéuticas.

Como ejemplo de fallos de mercado, comentaré sólo uno de los varios existentes: la información asimétrica. El demandante de servicios de salud tiene una información muy limitada frente al oferente de los mismos. Esto, unido al hecho de que la demanda se encuentra determinada por la oferta, hace del mercado libre un mecanismo de asignación ineficiente, y con problemas insolubles de falta de calidad en el servicio.

No obstante lo anterior, la ausencia total de mecanismos de competencia constituye una fuente indeseable de ineficiencias en la provisión de los servicios de salud, por lo que lo crucial desde el punto de vista de una administración eficaz de los recursos públicos es la introducción de competencia en dicha prestación.

Esto no es sino la aplicación de un principio bien conocido de que, en presencia de fallos de mercado y/o comportamientos no competitivos de los agentes, el mercado desregulado no puede asignar de forma eficiente: lo importante es la competencia —que es un objetivo— y no el mercado —que es un instrumento.

Por tanto *el tema central de la gestión y provisión eficiente es cómo introducir competencia en la prestación de los servicios de la salud*. Y para ello existen dos alternativas: la competencia entre aseguradoras y la creación de mercados internos.

La *competencia entre aseguradoras* —el sistema estadounidense— presenta diversos problemas que la convierten, en mi opinión, en una alternativa inadecuada para introducir competencia en el sector. Esto no implica que no puedan existir aseguradoras privadas en dicho ámbito y que, incluso, algunas de ellas puedan ser objeto de regímenes de concierto con la sanidad pública en un marco de prestación regulada de servicios. Pero veamos por qué la competencia entre dichas aseguradoras no es una solución eficaz.

Para que la provisión privada aumente la eficiencia de un bien de mérito financiado públicamente deben cumplirse cuatro características. Veamos como ello no es así en el caso de los servicios de salud:

a) Los costes de transacción del sistema han de ser reducidos. La experiencia del sistema de EE.UU con un 25 por 100 de gastos de administración frente a, por ejemplo, el 7 por 100 británico indican claramente que los costes de transacción y de la monitorización de contratos son altos.

b) El sector público debe recuperar una parte del excedente de los productores. De nuevo la experiencia demuestra que en un bien como la salud, la posibilidad de traspasar a mayores cuotas cualesquiera ineficiencias del sistema, impide la apropiación pública de parte del excedente.

c) Los proveedores han de ser diversos y, en particular, no coludir en sus ofertas, algo que se incumple en un mercado caracterizado por los comportamientos estratégicos de los agentes ya señalados.

d) El sistema, en todo caso, ha de ser regulado, entendiendo como tal la definición y garantía de cumplimiento de unos estándares determinados de servicio y calidad de las prestaciones, y la cobertura de costes sólo eficientes. Este es un problema al que, en cualquier caso, tiene que hacer frente cualquier SNS y sobre el que haré algunos comentarios enseguida.

Descartada por tanto la opción de mejorar la eficiencia del SNS por medio de la competencia entre aseguradoras, analicemos la propuesta de *creación de mercados internos*.

La idea central de esta propuesta es que los centros de salud compitan entre sí en la captación de clientes, y que la financiación siga a estos últimos y no se dirija a priori al centro. Esto implica, en forma sintética que:

1) El SNS defina unos objetivos de cantidad y calidad en los servicios y controle su cumplimiento efectivo en los centros de salud.

2) La gestión de los centros de salud sea discrecional, con responsabilidad de los gestores.

3) Existan unos incentivos adecuados para los colectivos que participan en la prestación sanitaria.

4) Los costes sean adecuados, y existan incentivos a su reducción.

El primer punto —el mantenimiento de niveles de calidad y cobertura—, es característico de cualquier SNA, y es razonable pensar en que el control y evaluación de los centros corriera a cargo de una Agencia Especializada independiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, como forma de evitar una excesiva proximidad entre regulador y regulado. Insisto en el hecho crucial de que con restricción presupuestaria efectiva e información asimétrica, se generan con facilidad situaciones en que se logra la cobertura exigida a costa de menor calidad en el servicio (un fenómeno obvio en la enseñanza).

La gestión discrecional implica un cambio jurídico importante. Los centros de salud no deberían regirse por el Derecho Administrativo, ni estar gestionados por funcionarios inespecíficos que terminan convirtiéndose en meros sancionadores a posteriori de las decisiones que se generan en el centro, con capacidad como máximo meramente interventora. Han de ser profesionales de la gestión sometidos a régimen laboral.

Esto último se relaciona con el tercer punto: el sistema de incentivos. Este debe ser consistente y, en el ámbito de la salud, existen muchas posibilidades de incentivos no directamente vinculados con los ingresos salariales: la estabilidad en el empleo de quienes son funcionarios, la promoción técnica, el tiempo de estudio, el acceso a tecnologías más modernas, etc.

Por último, el tema de los costes es crucial: la eficiencia debe repercutir en el logro de los objetivos definidos por el SNS a los menores costes posibles. Esto plantea el tema del resarcimiento de los costes a los centros de salud, que no puede guiarse por el principio administrativo de recuperación de los costes sobrevenidos, sino que ha de tener un carácter modular. La determinación de módulos adecuados es un aspecto técnico crucial del sistema porque la aplicación de módulos muy simples (v. gr: coste standard cama/día) desincentiva la aplicación de tratamientos potencialmente muy eficaces (v.gr: la cirugía ambulatoria, la asistencia domiciliaria). Pero este es un tema que tiene solución técnica.

No puede terminarse el análisis de la eficiencia del SNS en España sin una referencia explícita a los *costes farmacéuticos*, que en la última década han crecido a un ritmo anual el 16 por 100 y que, hoy día, representan el 20 por 100 del gasto sanitario total, frente al 12 por 100 de la media de los países de la OCDE.

La estructura media del precio de un producto farmacéutico es, en España, la siguiente: 58 por 100 la industria, 8 por 100 los mayoristas, 4 o 5 por 100 de IVA y 30 por 100 el margen de las oficinas de farmacia. Este último componente es revelador, máxime si se le compara con el 3 por 100 sueco o el 4 por 100 estadounidense. Por tanto, el núcleo del problema se encuentra en las oficinas de farmacia y, en segundo lugar, en la forma de recetar.

Respecto a las oficinas de farmacia es obvio que se trata de un negocio absolutamente protegido: márgenes del 30 por 100 fijados por ley; imposibilidad de instalación a menos de 250 metros de otra oficina; horarios de apertura y cierre fijos; prohibición de venta de específicos en otros establecimientos; precios de venta fijos sin posibilidades de descuento; prohibición de servicio a domicilio; prohibición de guardias voluntarias.

El argumento que se utiliza para sostener tan prolija regulación y el margen del 30 por 100 es que así se garantiza la instalación de farmacias en núcleos de población que no superen los 1000 habitantes. Pero resulta injustificable que, para lograr este objetivo, haya que proteger a todo un sector comercial, garantizándole unos ingresos extra de monopolio que, en las estimaciones más recientes y moderadas, se sitúa en torno a los 160.000 millones de pesetas anuales. Este problema se puede resolver por medios mucho más económicos, como botiquines ampliados municipales.

La prohibición de venta de específicos en otros establecimientos comerciales se defiende argumentando que la garantía del producto requiere su despacho por un profesional cualificado. Pero la garantía de un específico la proporciona la casa fabricante, la fecha de caducidad y, en su caso, las técnicas de conservación (no distintas de las del pescadero), y no el farmacéutico que, con frecuencia, no es quien expide las medicinas.

Esta situación de negocio sobreprotegido se refleja en los precios de traspaso de las farmacias (en media unos 100 millones en ciudades grandes, aparte el valor de los locales), que incorporan unas rentas monopólicas garantizadas. Por tanto, la primera línea de reforma tiene que venir de la *liberalización del comercio al por menor de productos farmacéuticos*.

El segundo y último aspecto que querría mencionar es el de la forma de recetar y de expedir las medicinas. Todos los antibióticos, las sulfamidas, los anti-piréticos, los antiistamínicos, sueros, y un largo etcétera, son idénticos desde el punto de vista terapéutico. ¿Por qué no se recetan genéricos y en la farmacia existe la obligación de servir el específico más barato?. Los tratamientos por enfermedades infecciosas más frecuentes suelen consistir en 21-24 pastillas (3 tomas diarias durante 7-8 días). Sin embargo, no es posible obtener 21 pastillas de un fármaco, porque los envases son, por ejemplo, de 12 o 36. Se financia con dinero público la adquisición de 36 unidades de las que se tiran un tercio o, lo que

es peor desde el punto de vista sanitario, se guardan para posteriores automedicaciones.

Para terminar, una breve nota sobre fármacos y enfermedades. Un SNS financiado con dinero público no debe permitir adquirir cualquier fármaco, sino sólo aquellos que garantizan la mejor relación coste/rendimiento, y, por supuesto, no debe tolerar la compra de placebos. De ahí la necesidad de una lista restringida de fármacos recetables por el SNS.

Un SNS debe cubrir las necesidades colectivas de salud (prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento), pero existen afecciones que no constituyen enfermedades en el sentido estricto de la palabra, o servicios que carece de sentido financiar con dinero público. Una gripe (si no se pertenece a un grupo de alto riesgo), los dolores de cabeza, el estreñimiento, y un largo etcétera son molestias, no enfermedades, y reflejan un hecho natural que ningún SNS puede tratar de resolver: la distribución desigual de las dolencias entre los ciudadanos. De ahí la importancia de catálogos sensatos de prestaciones positivas garantizadas por un SNS.