



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN DERECHO

Departamento: Economía Aplicada

Área de conocimiento: Economía Aplicada

Curso 2014/2015

TÍTULO

Privatización, Incentivos y Límites Morales al Mercado en la Sanidad

Nombre del/la estudiante: Daniel Domínguez Palomo

Tutor: Pablo Gutiérrez Junquera

Mes: Junio Año: 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN DERECHO

Departamento: Economía Aplicada

Área de conocimiento: Economía Aplicada

TÍTULO (en español)

**Privatización, Incentivos y Límites
Morales al Mercado en la Sanidad**

TITLE (en inglés)

**Privatization, Incentives and the Moral
Limits of the Market in Healthcare**

Nombre del/la estudiante: Daniel Domínguez Palomo
e-mail del/a estudiante: ddominguez333@usal.es

Tutor/a: Pablo Gutiérrez Junquera

RESUMEN

La sanidad es un bien valioso para el individuo y la sociedad en su conjunto. Su provisión se puede llevar a cabo a través de diversos modelos de producción y financiación, que en una perspectiva comparada ofrecen diferentes resultados de salud y gasto. Las consideraciones para optar por uno u otro modelo vienen a depender fundamentalmente de una tensión entre eficiencia y equidad. Las experiencias de países como EEUU señalan que los sistemas de salud cuyo método de producción y financiación es privado, ofrecen resultados pobres en equidad, quedando excluida una parte importante de la sociedad en el acceso a la cobertura sanitaria. Sin embargo, dicho modelo encuentra defensores en tanto que permite la libre competencia de agentes privados y apuesta por la eficiencia económica, la cual busca la maximización del beneficio económico. No obstante, lo cierto es que el mercado puede encontrar límites morales para comerciar con la salud y percibir beneficio económico a partir de ella. La donación de sangre y órganos o la compra de bebés son temas controvertidos que inducen al debate sobre la posibilidad de mercantilizar o no la salud.

PALABRAS CLAVE: Sanidad; salud; privatización; eficiencia; equidad; incentivos.

ABSTRACT

Healthcare is a priceless commodity for individuals and society as a whole. Its provision can be carried out through a variety of production and funding policies, which from a comparative perspective offer different results in terms of health and expenditure. Whether to choose one or another policy will depend fundamentally upon the tension between efficiency and equity. The study of experiences in countries with private funding and private production in healthcare, such as USA, has shown poor results in terms of equity. Still today in USA, an important sector of the population has no access to healthcare. However, proponents of this system argue that it enables competition between private parties and boosts economic efficiency. Therefore, it allows for maximization of the economic benefit. Nevertheless, it is likely to say the market can find moral limits when maximizing economic profit coming from healthcare and health goods. Donations of blood and organs, plus the selling of babies are controversial topics which brings to the fore the issue of whether health should be on sale or not.

KEYWORDS: Healthcare; health; privatization; efficiency; equity; incentives.

ÍNDICE.

Introducción.....	4
1. La privatización de la sanidad y la tensión eficiencia económica-equidad.....	5
2. La importancia de la equidad en los resultados de salud.....	10
3. La eficiencia asignativa, su papel en la gestión de los recursos y la satisfacción del usuario.....	12
4. Modelos de financiación de la sanidad.....	16
4.1 Financiación pública y producción pública	16
4.2 Financiación privada y producción privada.....	17
4.3 Los modelos mixtos. Financiación pública y producción privada, y el caso Suizo	19
4.4 Comparativa y conclusiones sobre los diferentes modelos	22
5. Los fallos del mercado en el sector sanitario ¿Justifican la intervención pública?.....	23
5.1 La información asimétrica	23
5.2 La competencia limitada.....	24
5.3 El papel de los seguros.....	24
5.3.1 Gasto excesivo, riesgo moral y participación en los costes	25
5.3.2 Selección adversa.....	26
5.3.3 Costes de transacción	27
6. Incentivos concretos en la sanidad y su relación con la tensión eficiencia-equidad.....	28
6.1 Consideraciones previas	29
6.2 Donación de sangre, ¿Altruismo o negocio?	31
6.3 Vientres de alquiler y la racionalidad social.....	34
6.4 Las colas, las listas de espera y la reventa de volantes médicos.....	37
Conclusiones.....	41
Bibliografía.....	44

INTRODUCCIÓN.

Este Trabajo de Fin de Grado, su tema y contenido fue seleccionado con el objeto de servir como un cauce de aprendizaje donde concentrar en la medida de lo posible, los aún superficiales conocimientos que un alumno de grado como yo puede portar sobre la economía política y el derecho. La sanidad, derecho reconocido dentro de nuestra Constitución Española, supone el paradigma de lo que el estado de bienestar ha sido y es fundamentalmente en los países de Europa. La crisis que ha azotado nuestra economía desde el estallido de la burbuja inmobiliaria en 2008 ha llegado a cuestionar la sostenibilidad de los mecanismos de protección social de los cuales España se había dotado desde el establecimiento de la democracia. Los continuos recortes y aleccionamientos económicos que poblaban los debates televisivos han motivado al pensamiento crítico y movilización de conciencias dentro de nuestra sociedad. Y dentro de ese panorama de convulsión política y económica se ha enmarcado el estudio de mi grado en una materia, el derecho, que permite una honda comprensión de las estructuras del estado, y con ello, aunque más superficialmente, de la relación que estas guardan con la economía.

La intención, por tanto, de este sucinto proyecto ha sido introducirme en un tema atractivo por su conexión política y social con la realidad, a la vez que trataba de plantearme preguntas respecto del modelo económico y político en el que vivimos. La privatización era un tema tan manido y descontextualizado por los medios que me interesaba conocer sobre él. ¿Qué ocurre en España, y qué sucede a nivel comparado con otros países? ¿Tan mal estamos? Para llegar a ciertas conclusiones, se ha hecho uso de bibliografía –mayoritariamente manuales de economía política– y de datos que se han cruzado a efectos de comprobar las bondades o maldades de los distintos sistemas y modelos sanitarios. De forma previa a esto, se ha acometido un breve análisis histórico sobre la misma privatización y la concepción que coyunturalmente hemos tenido de la propiedad. Más tarde se estudian los principales fallos del mercado sanitario y que justificarían en cierta medida la posibilidad de la intervención pública. Finalmente, y una vez extraídas ciertas conclusiones al respecto de los modelos sanitarios, se hace plantean y se tratan de responder una serie de preguntas relativas a la propia naturaleza de la privatización. Cuestiones que marcan los límites morales del mercado y la mercantilización de determinados bienes a través de las reglas fijadas por el mismo.

1. LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD Y LA TENSIÓN EFICIENCIA ECONÓMICA-EQUIDAD.

La sanidad es un bien de especial importancia para el individuo y la sociedad. Multitud de constituciones modernas hacen referencia a la misma, y en el caso de la española, entre sus principios rectores de política social y económica figura la protección de la salud y la promoción de la misma a través de los poderes públicos del estado¹. Los fundamentos del derecho administrativo², sólidos cimientos del Estado de Derecho español, afirman que la Administración Pública «sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización» entre otros. La equidad está estrechamente conectada con la proclamación del Estado social y es entendida como la búsqueda de un modelo de estado que alcance ciertos objetivos redistributivos y asegure ciertos bienes básicos como la salud a toda la población. El sistema nacional de salud pretende así, asegurar unas condiciones sanitarias óptimas al conjunto de la sociedad. Sin embargo, y cuando se pondera este objetivo de equidad, entra en juego un factor de crucial importancia para la Administración Pública –y para cualquier actor privado– cuando trata de alcanzar un conjunto de objetivos: La eficiencia económica³.

Las personas, como seres racionales, asumimos la eficiencia como un valor determinante a la hora de realizar cualquier actividad. La racionalidad en el pensamiento, buscando el mayor beneficio neto marginal posible –siendo éste la diferencia entre el beneficio marginal y el coste marginal en la toma de nuestras decisiones–, dirige en buena medida nuestro comportamiento individual y colectivo⁴; y compone una parte amplia de la discusión económica y política. Sin embargo, la eficiencia entendida como lograr la maximización del beneficio económico por diferencia entre la disposición al pago y el coste del servicio⁵ entra en grave conflicto con los valores de la equidad y justicia social que propugna nuestra Constitución. Es

¹ Así reza el artículo 43 de la Constitución Española de 1978.

² Reflejados en el artículo 103.1 de la Constitución.

³ Para entender el desarrollo constitucional y administrativo en la gestión pública de los principios de eficacia y eficiencia, ver: BAREA TEJEIRO, JOSÉ y GÓMEZ CIRIA, ANTONIO, *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, 1ª ed., Instituto de Estudios Económicos, 1994, Capítulo II, pp. 53.

⁴ MANKIW, GREG, *Principios de Economía*, 5ª ed., Cengage Learning, 2011, viene a presentarnos esta racionalidad como el fundamento del pensamiento económico y uno de los principios fundamentales en la toma de decisiones: «Un individuo racional emprende una acción sí y sólo sí el beneficio marginal es mayor al costo marginal», p. 6.

⁵ GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, *Curso de Economía Pública*, Madrid, ed. Delta, 2015, p. 210.

decir, prestar un servicio atendiendo principalmente a la maximización del beneficio económico parece tornarse inadecuado cuando se está analizando el acceso a servicios sociales básicos con los que se pretende preservar principios de justicia social. En virtud de estos principios, se busca ofrecer cobertura al número más amplio posible de ciudadanos, aspirando a obtener un servicio de acceso universal. De este simple planteamiento, oponer y preservar la equidad frente a la eficiencia, parecen emanar múltiples controversias en torno a quién debe gozar de la propiedad de los sistemas de salud, bien sea en España o en otros muchos países, y si debe cada usuario pagar la sanidad que recibe o tiene ésta que ser financiada públicamente. Es decir, ¿cuál es el modelo de producción y financiación a seguir a la hora de facilitar servicios sanitarios?

Se puede llegar a la conclusión de que el desarrollo económico del último cuarto del siglo XX propició una época especialmente turbulenta en relación a la privatización, por cuanto mostró un contundente choque de ideologías dentro del marco occidental. Pero lo cierto es que el desarrollo de las civilizaciones antiguas ya vino fuertemente marcado por el desarrollo de ideologías económicas en torno a la propiedad. Ejemplo de ello resulta la consolidación del sentido de una propiedad pública, siendo común que los molinos y labores de metal –esto es, los medios de producción– fueran propiedad del estado en Oriente Próximo. Incluso, esta dicotomía entre propiedad pública y privada ya aparece en «La República de Platón»⁶ (que data del 380 a. C.); y es que en la antigua Grecia, el gobierno poseía la propiedad sobre tierras, bosques y minas⁷. Otro ejemplo lo encontramos en la antigua República Romana, donde los valores republicanos del buen ciudadano romano fueron ensalzados de la mano de los tribunos de la plebe – magistratura romana de origen plebeyo⁸– que consiguieron promulgar la *lex Claudia* (218 a. C.), prohibiendo a senadores e hijos el desarrollo de la actividad comercial⁹. Esto es, existen evidencias de que los Senadores romanos se hallaban limitados en sus facultades como comerciantes en el tráfico marino, al uso de 300 ánforas¹⁰, ya que se

⁶ MONTES, JOSÉ LUIS, «Hasta donde puede llegar la privatización», *Teoría y política de privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004, p. 221.

⁷ MEGGINSON, WILLIAM L., «Privatization in perspective: the last twenty years», *Teoría y política de privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004, p. 18.

⁸ Aunque no gozaban del *imperium* propio de las magistraturas patricias, sí gozaban de *potestas* que limitaba el poder del resto de magistraturas durante la República y que viraba en favor del estrato plebeyo, a través de las competencias de *auxilium* o veto y la *coercitio*.

⁹ ESCOHOTADO, ANTONIO, *Los enemigos del comercio. Volumen I*, 2ª ed, Espasa, p. 77.

¹⁰ Cantidad que *a priori* permitía al buen ciudadano romano tener tiempo para trabajar la tierra y atender sus obligaciones políticas en el Senado, sin la tentación de verse corrompido en el ejercicio de sus funciones.

creía incompatible el honroso desenvolvimiento de la vida política con los usos del comercio. A lo largo de la historia ha existido por tanto, una conciencia de lo público en el desarrollo de las naciones y de sus instituciones, marcado por diferentes ideologías desarrolladas en base a diversos contextos sociales, históricos y filosóficos; destacando por encima de todo las constantes tensiones estamentales surgidas por el desigual desarrollo económico de las clases sociales. Desde la república romana, con los estamentos del esclavo, el plebeyo, el patricio, la *nobilitas* o el acaudalado *ordo equester*¹¹, pasando por las sistemáticas diferencias del feudalismo medieval. Lo que desde una perspectiva marxista podríamos denominar como una «lucha de clases»¹².

Se profundizó en la idiosincrasia colectivista tras finalizar la segunda guerra mundial, y no fue hasta el gobierno de Margaret Thatcher cuando existió una ruptura frente al paradigma keynesiano de la década de 1930 en el siglo XX. La respuesta a las tendencias privatizadoras expresaba que el gobierno debía poseer, tener en propiedad como mínimo, los denominados «sectores estratégicos»¹³. Es más, fue la propia Thatcher quién adoptó el término *privatization*, frente a lo que hasta entonces había sido considerado como *denationalization*¹⁴. Se dio la creación de un nuevo «paradigma», en contraposición al paradigma socialdemócrata pujante. Esto tuvo su claro reflejo en la confrontación de políticas públicas entre Reino Unido y Francia, el dilema «Thatcher-Mitterrand»¹⁵, privatización *versus* nacionalización.

Si bien, parecen existir ciertas evidencias de una mayor eficiencia en la administración de recursos por parte de la empresa privada. Así, un estudio realizado

¹¹ En BRETCH, BERTOLT, *Los negocios del Señor Julio César*, Ediciones Siglo veinte, Buenos Aires, 1968, se puede ver en como la toma de decisiones de política económica tal y como la entendemos hoy, venía dependiendo en buena medida de los intereses del estamento plebeyo o de las posibilidades de la existencia de insurrecciones en el seno de la República. ESCOHOTADO, ANTONIO, «La república aparente», op. cit., se atreve a denominar como «demagógico» o «populista» a buena parte de las políticas públicas del bando popular (en oposición a la bancada conservadora u *optimates*). La magistratura del «Tribuno de la plebe» antes mencionada, surgió precisamente como contrapeso institucional frente a los estamentos privilegiados en el siglo V a. C.

¹² MARX, KARL y ENGELS, FRIEDRICH, *El manifiesto del partido comunista*, 1848, ya en el primer capítulo «Burgueses y Proletarios» se exponía con claridad la dialéctica de clases y las tensiones estamentales a lo largo de la historia. URL: <http://www.pce.es/descarga/manifiestocomunista.pdf>

¹³ MEGGINSON, WILLIAM L., op. cit., p. 51.

¹⁴ Término originalmente acuñado por el administrativista Peter Drucker.

¹⁵ GÁMIR, LUIS, «Política de privatizaciones y su marco de política económica. Coherencia, credibilidad y análisis coste-beneficio», *Teoría y política de privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004, p. 163.

por Meggison y Netter¹⁶ destaca los resultados de 74 experiencias sobre valoración de efectos de la privatización. Es decir, las consecuencias que desde un plano económico conllevó la privatización de empresas que con anterioridad eran de dominio público. Del estudio se aprecia una conclusión que pudiera parecer clara; las empresas privadas son significativamente más rentables, productivas y eficientes. Quizás, por tanto, la privatización encuentra aquí su razón de ser. La eficiencia, ciertamente, parece alcanzar cotas más altas en las experiencias privatistas frente a las públicas, lo que a su vez contribuye a un aumento de la competitividad en el conjunto de la economía. Así, en un sintético análisis de los datos empíricos suministrados por Meggison y Netter, Antonio Pulido realiza los siguientes cálculos: en virtud de tres experiencias distintas que acumulan datos de entre 106 y 218 empresas, y cuantificando los datos en relación a la situación precedente y posterior a la privatización –tres años antes y tres años después–, la rentabilidad de dichas empresas aumentó en un 46% (Ingreso neto ÷ Ventas), su eficiencia en un 20% (Ventas reales ÷ Empleados), su inversión en un 35% (Gastos de capital ÷ Ventas) y su producción en un 89% (Ventas deflactadas)¹⁷.

A mayor abundancia, las políticas de privatización suponen un desahogo presupuestario gubernamental –en el caso de que existieran pérdidas– al no seguir soportando el gasto que la empresa pública privatizada suponía. Este compromiso con la competitividad y la eficiencia, para algunos autores incluso, puede implicar una coherencia y compromiso del gobierno con las políticas más «ortodoxas», contribuyendo a un aumento de confianza y credibilidad en la política económica, cuyos efectos vendrían a notarse, incluso antes de comenzar el proceso privatizador¹⁸. Lo cierto es que a nivel teórico, el hecho de que la propiedad privada demuestre una cierta «supremacía» económica viene dado por el cumplimiento de una serie de hipótesis: la no existencia de externalidades de producción o consumo, que no se trate de bienes públicos, que el mercado no tenga una estructura monopolística o que los costes de información sean reducidos¹⁹. Lo que redundaría en que la privatización en función del autor consultado, no resulta un dogma infalible. Si bien es cierto que Meggison y

¹⁶ MEGGINSON, WILLIAM L. y NETTER, JEFFREY M., «From state to market: a survey of empirical studies on privatization», *Journal of Economic Literature*, 2000, citado en PULIDO, ANTONIO, «Innovación, competitividad y privatización», *Teoría y política de privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004, p. 195.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ GÁMIR, LUIS, op. cit., p. 174.

¹⁹ PULIDO, ANTONIO, op. cit., pp. 185-186.

Netter, nos dejaron en su *survey* seis argumentos que desde un punto de vista teórico pareciera que vencen la balanza en favor de la privatización y de los cuales destacaré tres: (1) el impacto de la privatización depende del grado de fallos del mercado –de manera que la privatización también encuentra obstáculos–; (2) la capacidad para comprometerse con unos objetivos afecta a la eficiencia, ocurriendo que muchos gobiernos encuentran objetivos de maximización del bienestar social inconsistentes con la eficiencia; (3) a nivel macroeconómico, la privatización ayuda al desarrollo de productos y a la seguridad de los mercados, gracias a su mayor eficiencia y competitividad²⁰.

Es decir, y a partir de los tres puntos teóricos señalados, la política de privatizaciones encará una manifiesta tensión entre la equidad y la eficiencia, o lo que algunos autores denominan como una «disyuntiva»²¹. Disyuntiva, precisamente, porque se plantea una confrontación entre estos dos conceptos; debiendo renunciar a cierta eficiencia para lograr una mayor equidad, esto es, un mejor resultado en términos redistributivos²² o de maximización en términos de salud. Debido a la naturaleza del servicio prestado y objeto de estudio, las principales razones por las que interviene el Estado se alejan de la eficiencia. Esto es porque la sanidad considerada como un bien, es muy diferente de cualquier otro bien de consumo como puede ser la ropa, los automóviles o los cosméticos. Esto es, los gobiernos intervienen activamente en la prestación de este servicio en multitud de países bajo la premisa de que toda persona debe tener derecho a un tratamiento médico, y de forma indirecta derecho a la vida, con independencia de su nivel de renta o condiciones sociales; lo que se conoce como igualitarismo específico²³. Al centrar la atención en la prestación de los servicios sanitarios, toda prerrogativa a favor de la eficiencia, como servicio prestado bajo la premisa de obtener rendimientos económicos, decae. Pero no solo podría decaer en términos jurídicos o constitucionales –en el caso de España, hacemos referencia de nuevo al artículo 43 de la Constitución de 1978–, sino que también se pueden encontrar justificaciones económicas.

²⁰ Ibid, p. 186.

²¹ STIGLITZ, JOSEPH, *La economía del sector público*, 3ª ed., Antoni Bosch Editor, 2000, p. 112.

²² Ibid, p. 111.

²³ Ibid, p. 363.

Y es que con todo, hay autores que si defienden la mejora de la eficiencia productiva de la empresa pública en un entorno competitivo, muchas veces derivado de la utilización eficiente de una única red o monopolio natural²⁴. Existen de esta forma experiencias de fracaso en relación a la privatización de la producción de sectores tradicionalmente públicos. Bien podría ser el caso de las privatizaciones en Rusia, la privatización de ferrocarriles en Reino Unido o la privatización de la energía eléctrica en California²⁵. De hecho, es observable desde una perspectiva comparada y con la ayuda del análisis de diversos *surveys* académicos referentes a la eficiencia en el sector público o privado, como los resultados arrojados a favor de la producción privada no son tan esclarecedores o mayoritarios como en un primer momento la literatura económica nos hace creer. Así, encontramos que en ciertos sectores como el agua, la electricidad o en la propia sanidad, las diferencias en eficiencia entre la producción pública o privada son anecdóticas, y podrían no responder necesariamente a la naturaleza de la propiedad de los servicios. En otros supuestos, sin embargo, como son las aerolíneas o las recogidas de basuras, la mayor eficiencia de la producción privada es clara. Aún con todo, podríamos concluir que en la mayoría de las experiencias el resultado «no hay diferencia» en términos de eficiencia es muy abultado²⁶. Ello demuestra que la propiedad de la producción en un sentido u otro –pública o privada– no condiciona de manera necesaria la eficiencia de la misma, para lo que habrá que atender a múltiples factores y las circunstancias concretas del caso.

2. LA IMPORTANCIA DE LA EQUIDAD EN LOS RESULTADOS DE SALUD

Lo cierto es que el gasto sanitario genera rendimientos decrecientes en salud, lo que se traduce en que un gasto bien repartido entre la población –dando satisfacción a la prioridad equitativa–, puede conseguir mejores resultados medios de salud. Una muestra de ello puede extraerse al observar el gasto sanitario de dos países cuyos modelos de

²⁴ SHIRLEY, MARY y WALSH, PATRICK, «Public versus private ownership», *The World Bank Policy Research Working Paper*, 2000, p. 53. Viene a resumirse la ambigüedad declarada por los autores en relación a la eficiencia y la propiedad bien pública o privada de los bienes a lo largo de todo el artículo. Ejemplos claros de monopolio natural serían las carreteras, el ferrocarril, las telecomunicaciones o la electricidad.

²⁵ GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, «Eficiencia Pública», op. cit., epígrafe 6.3.

²⁶ Ibid, Cuadro 7.2, «Resultados de eficiencia producción pública vs privada». Se hace uso de *surveys* relevantes de distintos y reconocidos autores.

producción y financiación de los servicios sanitarios son opuestos –España y Estados Unidos–, y comparar sus resultados en salud²⁷:

Datos relativos al año 2011	España	EEUU
Esperanza de vida en años: Hombres	79,4	76,3
Esperanza de vida en años: Mujeres	85,4	81,1
Tasa de mortalidad infantil %	0,32	0,61

Estos datos, además de arrojar unos mejores resultados para España en términos de salud, nos permiten apreciar las graves deficiencias del modelo sanitario estadounidense, el cuál realiza un gasto en salud mucho más cuantioso en términos absolutos. Mientras que España gasta en sanidad un 9,3% de su PIB; EEUU alcanza un porcentaje del 17,7% de gasto sobre el mismo. Sin embargo, más sorprendente todavía resulta el gasto per cápita en términos comparados, puesto que mientras que los ciudadanos de EEUU asumieron un gasto per cápita total en el año 2013 de 9.146 dólares, España apenas alcanzó los 2.581 dólares²⁸. Prácticamente se cuadruplica el gasto por habitante en servicios sanitarios, y aún así los resultados en salud son inferiores.

Una posible explicación a estas grandes diferencias entre ambos Estados en términos de salud recaería sobre la importancia del principio de equidad mencionado con anterioridad, y su afán redistribuidor. Así, observamos que mientras el Sistema Nacional de Salud Español (SNS) tiene como elementos rectores la universalidad, la solidaridad y la equidad²⁹, y aspira a ofrecer una cobertura total de la población; el modelo de financiación estadounidense excluye a una buena parte de la población del sistema sanitario. En el año 2011, solo un 84,3% de la población estaba cubierta, bien fuera por seguros privados o programas públicos, quedando un 15,7% sin cobertura de

²⁷ OECD Health Statistics 2014, datos relativos al año 2011.

²⁸ The World Bank data, *Health indicators*, URL: <http://data.worldbank.org/indicator>

²⁹ FEDEA, Observatorio de la sanidad, «El sistema de salud en España en perspectiva comparada», diciembre 2014, p. 14.

ningún tipo³⁰. Pero además existe la problemática de que incluso una vez asegurados, los enfermos pueden verse impedidos para adoptar el tratamiento médico necesario al negárseles la financiación del mismo. A un 20% de los asegurados se les deniega dicha financiación por una condición preexistente al seguro, y cerca de 650.000 familias en 2013 se declararon en bancarrota al no poder pagar sus facturas médicas, siendo de entre ellos un 75% usuarios con cobertura parcial. Es más, se estima que 15 millones de estadounidenses en el año 2013 agotaron todos sus ahorros para poder pagarse sus tratamientos médicos³¹.

Esto evidentemente, guarda su reflejo en unos peores datos en términos de salud, de los cuales podemos extraer una serie de conclusiones: no importa cuan grande sea un gasto en salud per cápita si los recursos no están organizados de tal forma que permitan maximizar la calidad de vida de los ciudadanos. Y esta maximización puede ciertamente encontrar su baluarte en las políticas redistributivas, basadas en los principios de equidad y justicia social, y los modelos de financiación y producción que se guían por estos conceptos. Este principio de equidad, en cierto modo utilitarista o incluso rawlsiano para alguno³², bajo el que se sostiene el intervencionismo en materia sanitaria; obviando quizás las tesis postuladas a favor de la eficiencia económica, puede así ofrecer argumentos contundentes para su consecución, incluso más allá de evitar la bancarrota de cualquier ciudadano a causa de sus facturas médicas.

3. LA EFICIENCIA ASIGNATIVA, SU PAPEL EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

Sin embargo, y una vez dilucidado dentro de un plano teórico por qué un estado entraría a participar, al menos en cuanto a la financiación –punto que detallaremos más

³⁰ Destacar que esta falta de cobertura no se debe exclusivamente a causas estrictamente económicas, sino también burocráticas.

³¹ GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, op. cit., p. 205.

³² ARNESON, RICHARD J., «Rawls versus utilitarianism in the light of political liberalism», *The Idea of a Political Liberalism: Essays on Rawls*, Rowman & Littlefield, Lanham, 2000, p. 5: «Rawls's rejection of utilitarianism is structurally complex (...). It holds that the major institutions of society should be set so as to make the worst off representative person as well off as possible, with benefits measured in terms of primary social goods (...). Rawlsian justice so conceived differs from utilitarianism in two respects: we are to maximize rather than maximize, and the basis of interpersonal comparison for social justice is primary social goods not utility». Puede decirse que Rawls va más allá de la «equidad utilitarista», entendiendo la justicia social como la mejora del más «pobre» o más «enfermo», incluso a expensas de los resultados de utilidad global.

adelante— en la provisión de la sanidad, asegurando la equidad y un acceso universal que repercuta directamente en unos mejores resultados de salud, queda advertir que incluso dentro de la gestión pública, la necesidad de ajustarse a un presupuesto resulta imperativo. Es por ello que el concepto de eficiencia, aunque para multitud de estados en no deba ser óbice de cara a ofrecer o no asistencia sanitaria a los grupos más desfavorecidos de la sociedad, no puede ser ignorado en todas sus vertientes. Esto es porque incluso en términos de maximización de salud, la gestión de los recursos importa. La «eficiencia asignativa», que busca obtener los mejores resultados de bienestar, salud o educación entre otros, —y alejándonos del concepto de eficiencia económica— juega un papel fundamental para la prestación de un servicio; esto es, que en sanidad se maximicen los resultados obtenidos de los recursos disponibles con el fin de que el beneficio obtenido en términos de salud sea el mayor posible para un coste dado; no debiendo las políticas sanitarias, por tanto, quedar reducidas rigurosamente al «tratamiento médico»:

«Allocative efficiency» aims to produce the quantity, quality, and mix of health interventions that bring about the greatest improvement in health. (...) Efficiency therefore matters. If health resources are used inefficiently, they will fail to produce the maximum health gain³³.

La utilización eficiente de los recursos para maximizar los resultados de salud, obliga a distinguir entre «prevención» y «curación», debiéndose considerar todas las fuentes posibles de «salud». Es por esto, que además de la estricta «asistencia sanitaria primaria» o los hospitales, las políticas públicas sanitarias deben distribuir su gasto de la manera más eficiente posible entre medidas de prevención —como pueden ser los planes de vacunación—, campañas informativas o educativas, o incluso de incentivos —y castigos— para adoptar ciertas conductas más saludables. Respecto a esto último, nos podríamos estar refiriendo a casos tan recurrentes como son la obesidad y el tabaco, y los posibles sistemas de incentivos o castigos que pueden introducirse³⁴. Ni que decir tiene, que en países en vías de desarrollo y sin unas infraestructuras adecuadas, quizás el gasto mayoritario de las políticas públicas de salud debería dirigirse precisamente a ofrecer condiciones mínimas de salubridad a través de infraestructuras de agua potable

³³ BARR, NICHOLAS, *The welfare state as piggy bank*, Oxford University Press 2001, pp. 51 y 52.

³⁴ <http://www.elmundo.es/salud/2014/12/07/54835b8d22601dad228b4587.html>

y alcantarillado, por ejemplo. Por tanto, las políticas públicas deberán diseñarse adecuadamente según cual sea la asignación más eficiente de los recursos para cada caso. Una «eficiencia asignativa», en la cual y curiosamente puede encontrar su justificación la consecución de políticas redistributivas que busquen reducir la inequidad; pues a través del ejemplo mostrado –el gasto y resultados de salud de España y EEUU– puede inferirse que a través de la utilización de recursos más escasos –mucho más escasos, de hecho– pueden lograrse mejores resultados en cómputos globales de salud. Esto, siempre y cuando la utilización de los recursos sea la adecuada, incidiendo eficazmente en la planificación pública.

En esta misma línea argumentativa y de manera controvertida, Vincenç Navarro asegura que la intervención de los servicios médicos juega, de hecho, un papel poco decisivo en la reducción de la mortalidad de un determinado país. Lo cuál vendría a explicar la escasa variabilidad de tan sólo un 5% en la tasa de mortalidad entre distintos países –desarrollados todos ellos, se entiende– en paralelo a la consideración de las enormes diferencias presupuestarias, interviniendo tal y como se han mencionado otros factores como las infraestructuras, la dieta o el ejercicio. Es por ello este autor es muy crítico con los elogios que genera el sistema público de salud español, en referencia por ejemplo a los resultados arrojados en nuestra comparativa con el sistema sanitario de EEUU:

La OMS concluye (...) que el sistema español es muy bueno y eficaz porque, con un gasto sanitario relativamente bajo, está proveyendo servicios sanitarios a toda la población lo cual se considera la causa más importante de su baja mortalidad, asumiendo erróneamente que los servicios sanitarios son los responsables de la mortalidad baja³⁵.

Infiere que los servicios sanitarios, en realidad, no afectan significativamente a cuestiones de vida o muerte, sino que tienen primordialmente un efecto paliativo sobre la población enferma –en su mayor parte crónica– al mejorar su confort y calidad de vida. De ahí, que el mejor indicador posible de la calidad de un sistema sanitario no sean sus resultados en salud –puesto que la incidencia sobre los mismos es mínima–,

³⁵ NAVARRO, VINCENÇ, *Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que o se habla en nuestro país*, 2ª ed., Editorial Anagrama, 2002, p. 97.

sino la satisfacción de la ciudadanía con dicho sistema. Es decir, la percepción que la población tiene respecto del servicio ofrecido. Además, ilustra dicha tesis arguyendo una encuesta de opinión realizada por la Universidad de Harvard a los países más importantes de la OCDE:

(...) la población española, la italiana (Italia aparece en el ranking de la OMS como el país que tiene mejor servicio sanitario del mundo, después de Francia) y la estadounidense son las que muestran mayor insatisfacción con el sistema sanitario, lo cual explica, por cierto, que España tenga un sector privado más extenso que la media de la UE, puesto que el confort de este sector es mayor que en el público aún cuando la calidad científica del personal y la infraestructura sea mucho menor³⁶.

De esta forma, podríamos concluir que la eficiencia asignativa en términos de salud, exige una política de distribución de los recursos alejada de las reglas de mercado y esencialmente coincidente con políticas de equidad. Aprovechar los recursos eficientemente, ampliando el acceso y universalidad del sistema sanitario al máximo – mejorando en definitiva la equidad–, parece tener unos efectos beneficiosos sobre la salud de la población en su conjunto. Sin embargo, la otra cara de la moneda refleja una carencia grave de recursos en la sanidad pública española y la necesidad de aumentar notablemente el gasto público a efectos proveer un mejor y más satisfactorio servicio a pacientes y usuarios. Es decir, el gasto público no puede «estirarse» indefinidamente³⁷, resultando alarmante que «el mismo día en que la OMS presentara el sistema sanitario español como uno de los mejores, la Asociación de Médicos de Atención Primaria, que conoce nuestra sanidad mucho mejor que la OMS, denunciara el escaso tiempo de visita que se permite en la práctica clínica habitual (de tan sólo 3 minutos por paciente)»³⁸. Navarro, por tanto, aporta el punto amargo y crítico frente a la euforia que desata los resultados del sistema sanitario español.

³⁶ Ibid.

³⁷ Cabe destacar el acusado descenso en gasto en salud per cápita en España desde el año 2011 (2.944\$) al 2014 (los ya mencionados 2.581\$).

³⁸ NAVARRO, VINCENÇ, op. cit., p. 98.

4. MODELOS DE FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD.

Al mencionar la oposición de sistemas entre el SNS Español y el modelo de financiación privada estadounidense, ya se pudo observar las notables diferencias tanto sanitarias como de gasto per cápita que ambos ofrecen. En cierto modo, se mostró la oposición entre dos modelos que contraponen, en términos generales, los principios de equidad y eficiencia económica para diseñar sus políticas públicas. Sin embargo, lo cierto es que podemos hablar actualmente, no de dos, sino de tres modelos sanitarios distintos.

4.1 *Financiación pública y producción pública*: La financiación pública de los servicios sanitarios, como su nombre indica, se viene a realizar mediante ingresos impositivos. Es decir, a partir de los tributos exigidos a la ciudadanía. Y la producción pública, sencillamente, fija titularidad de esos servicios en manos del estado. La financiación pública puede ser bien completa –dando acceso gratuito a los servicios– o bien ser parcialmente sufragada por las aportaciones privadas del usuario –especialmente a través del copago sanitario³⁹.

Este modelo ha sido ampliamente criticado por la carencia de incentivos competitivos que lo hacen tendente a una pérdida de eficiencia asignativa, por cuanto entendemos esta como «la combinación de inputs –y siempre que se disponga de los datos relativos al precio de los mismos– que minimiza el coste de producción para un determinado nivel de ganancias en términos de salud»⁴⁰. Aunque puede tener a su favor un ahorro en costes derivado de economías de escala, así como es posible emprender una adecuada gestión interna de estímulos que incentiven la eficiencia. Además, la propiedad pública se defiende también por el establecimiento de unas condiciones salariales más beneficiosas para los trabajadores –y menos flexibles que supondrían en la teoría, una pérdida de competitividad–.

A pesar de las múltiples reformas sufridas a lo largo de las décadas de 1980 y 1990, el *National Health Service* (NHS) británico, sigue siendo la referencia de este

³⁹ GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, «Eficiencia Pública», op. cit., epígrafe 6.3.

⁴⁰ HOLLINSWORTH, BRUCE y PEACOCK, STUART, *Efficiency measurement in health and health care*, 1ª ed., Routledge, 2008, p. 25, a efectos de definir con más exactitud este concepto de eficiencia en contraposición a la «eficiencia técnica».

sistema de producción y financiación públicas. Su estrategia y líneas de actuación, definen a este NHS como un sistema con una serie de características esenciales –y que resultan ciertamente similares a los principios rectores y de actuación del SNS español–: (1) el tratamiento que los pacientes seguirán viene marcado enteramente por los médicos, despejando ciertos problemas relativos a la información asimétrica que abordaremos más adelante; (2) los servicios están mayoritariamente financiados a través de impuestos y su acceso resulta gratuito, de tal forma que la sanidad adquiere la condición de universal; (3) la provisión de la sanidad esta fuertemente constreñida y racionalizada por razones administrativas y presupuestarias. La existencia de un presupuesto global de todo el NHS responde pues, a la idea de que hay que establecer los mecanismos e incentivos internos suficientes para reducir el gasto y consumo hasta niveles eficientes⁴¹.

4.2 *Financiación privada y producción privada*: Por su parte, la financiación privada se caracteriza por estar supeditada exclusivamente a las aportaciones de los usuarios, mayoritariamente a través de seguros sanitarios –los cuales se van a ver seriamente afectados por problemas que serán analizados más adelante–. No hay en consecuencia impuestos que garanticen un acceso universal y tanto usuarios como proveedores puede elegir libremente; bien el centro sanitario al que acudir o si conceden una determinada prestación, respectivamente. Los partidarios de este modelo basan su preferencia en la fuerte competencia que existe entre los distintos centros, una mejor y más productiva organización, y una condiciones laborales más flexibles que permiten salarios más bajos e incentivos a la productividad⁴².

Esta fue, de hecho, la estrategia seguida por EEUU hasta la década de 1960; momento hasta el que el modelo norteamericano estaba basado en una producción privada exclusivamente financiada por las aportaciones particulares de los pacientes. Pero dadas las amplias cuotas de población que quedaban al margen del acceso sanitario, se decidió implementar a mediados de la década de 1960 los denominados programas *medicare* y *medicaid*, que pretendían dar cobertura a los estratos más vulnerables de la sociedad norteamericana –los ancianos y las personas con rentas mas

⁴¹ BARR, NICHOLAS, op. cit., pp. 66-67.

⁴² GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, op. cit., p. 212.

bajas⁴³. La tendencia seguida por tanto, es la de establecer una regulación que ponga solución en alguna medida a la inequidad derivada de este modelo, aunque con ciertas controversias. En la década de 1990 se implementó el plan de *managed care*, como una serie de técnicas que tenían la intención de constreñir el gasto en la provisión de servicios sanitarios. Hacia el año 1997, ya tres cuartas partes de los estados de EEUU hicieron uso del *managed care* para regular el *medicaid*⁴⁴, con la intención de rebajar el alto gasto en relación al PIB del sistema sanitario estadounidense, que sin embargo, seguían produciendo peores resultados en términos de salud que por ejemplo el SNS español, como ya analizamos. El propio NHS británico durante esa década de 1990, gastaba en su sistema sanitario cerca de un 7% menos de su PIB de lo que lo hacía el norteamericano, y siempre con mejores resultados en salud⁴⁵.

La reforma del sistema de salud de EEUU emprendida por la administración Obama en 2010, que tuvo su reflejo en la *Patient Protection and Affordable Care Act*, buscaba corregir en gran medida muchos de los problemas relativos a la imposibilidad de acceso a los servicios sanitarios por una parte muy importante de la población. Para empezar, se eliminaba la posibilidad de negar tratamiento médico por condiciones preexistentes, se establecían incentivos impositivos de cara a la contratación de una cobertura sanitaria, incentivando igualmente a la misma mediante el establecimiento de deducciones fiscales para las rentas medias y bajas. Asimismo, se obligó a las empresas grandes a ofrecer seguro médico a sus empleados y se incentivó a la pequeña empresa con el mismo fin. Igualmente se impuso a los aseguradores el establecimiento de una cobertura mínima y se introdujo una regulación redistributiva elevando las primas de los jóvenes y reduciendo la de los mayores⁴⁶. Siendo estos tan sólo algunos de los ejemplos más relevantes de la reforma, si es observable que dichas medidas se caracterizan por intervenir y regular en alguna medida el mercado sanitario estadounidense, lo que a la postre refleja un interés por la equidad en detrimento de la eficiencia económica y la maximización del beneficio privado. Pero estas medidas pasan por la regulación de un modelo privado que hasta cierto punto emula las ventajas de un sistema público, por cuanto tiende a ejercer una homogeneización –entendida esta como la obligatoriedad

⁴³ BARR, NICHOLAS, op. cit., pp. 62-66.

⁴⁴ Ibid, p. 63.

⁴⁵ Según datos del Banco Mundial, a mediados de la década de 1990, EEUU promediaba un gasto de algo más de un 13%, frente a un 6,7% de Reino Unido.

⁴⁶ GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, op. cit., p. 207.

tanto en la oferta como en la contratación de un seguro— de la producción privada, asimilándola a la pública, y a pesar de que la financiación siga siendo privada.

En definitiva, podría decirse que la exclusión producida por este modelo de financiación y producción, cuyo paradigma resulta el propio sistema sanitario de EEUU, ha dado señales de no atender correctamente las necesidades de una gran parte de la población. El excesivo gasto, en combinación con unos relativamente pobres datos en salud, empujó a los sucesivos gobiernos estadounidenses a fijar medidas que frenaran la brecha en el acceso de la sanidad. Desde la firma del *medicare* de la mano del presidente Lyndon B. Johnson, hasta la propuesta de Obama, transcurren cuarenta años y hoy todavía un notable porcentaje de la población norteamericana se ve abocada a renunciar a la asistencia sanitaria —concretamente, cerca de 30 millones de estadounidenses (un 9,5% de la población)⁴⁷—. Sin embargo, y recién entrado el siglo XXI, 43 millones de personas en EEUU no se encontraban todavía aseguradas, siendo por mucho la causa más común para no contratar cobertura sanitaria, la imposibilidad de hacer frente a su pago⁴⁸. El progreso ha sido evidente, pero todavía a día de hoy, EEUU muestra unos resultados muy deficitarios en términos de equidad.

4.3 Los modelos mixtos. Financiación pública y producción privada, y el caso Suizo: Este último modelo pareciera que conjuga lo mejor de los dos anteriormente presentados. Por un lado satisface altas cotas de competitividad entre los proveedores de seguros, garantizando ciertos incentivos mediante la producción privada —lo que debería de reflejar una rebaja de los precios y un aumento en la calidad de los servicios—, a la vez que mantiene una financiación pública, que se nutre mayoritariamente de los tributos de los ciudadanos, y que a priori aseguraría un acceso gratuito y universal a la sanidad.

Ejemplos de este modelo lo encontramos en países como Canadá, Alemania, Holanda o Japón. El primero de ellos, Canadá, provee su financiación parcialmente a través de fondos provinciales, y el restante a través de transferencias del gobierno federal. Alemania presenta una estrategia similar, en lo que podría considerarse como un modelo de financiación descentralizado donde las administraciones públicas de sus

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ BARR, NICHOLAS, op. cit., p. 64.

länders se encargan de negociar los precios de las coberturas, así como el gasto médico, ajustándolo al presupuesto global de dicha provincia⁴⁹.

Sin embargo de entre todos los modelos mixtos es destacable el modelo suizo, por cuanto *su financiación es privada, pero existe una obligatoriedad de contratar un seguro médico mínimo*, cuya cobertura viene determinada por las autoridades sanitarias⁵⁰. En este caso existiría por tanto un adecuado incentivo a la eficiencia derivado de la competitividad entre proveedores que procuran una cobertura de calidad, pero sin descuidar la equidad en el acceso. Es decir, se vienen a compensar los desequilibrios propios de los modelos de financiación privada en el acceso a la sanidad, regulando e interviniendo en pos de la equidad, y evitando la que es una de las principales causas de la inequidad intrínseca a los modelos de financiación privada y que analizaremos en el capítulo 4: la selección adversa.

La regulación propuesta por el gobierno Suizo abarca diversas medidas como establecer que el seguro contratado debe proteger obligatoriamente a las personas dependientes del asegurado, siendo la cobertura amplia y equiparable a la que ofrecen los modelos de financiación pública. Además, se prohíbe que las primas se determinen en base al estado de salud del asegurado ni que los potenciales asegurados puedan ser rechazados por su condición de salud⁵¹. Este intervencionismo sobre el mercado sanitario tiene enormes similitudes con el plan de reforma emprendido por Obama, quién es de suponer, tomaba como ejemplo modelos sanitarios satisfactorios y más paternalistas que sin embargo mantuvieran el *status quo* del negocio médico en EEUU. Si bien el modelo suizo, y al igual que el modelo estadounidense, cuenta con ciertas aportaciones de financiación pública. Es pública en tanto que las subvenciones a hospitales y compañías aseguradoras representan cerca de un tercio del total de la financiación, mientras otro tercio proviene de las primas y franquicias pagadas por los asegurados y el restante, es fruto del importe de los seguros voluntarios que exceden la asistencia sanitaria obligatoria⁵².

⁴⁹ Ibid, p. 68.

⁵⁰ GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, op. cit., p. 211.

⁵¹ Ibid.

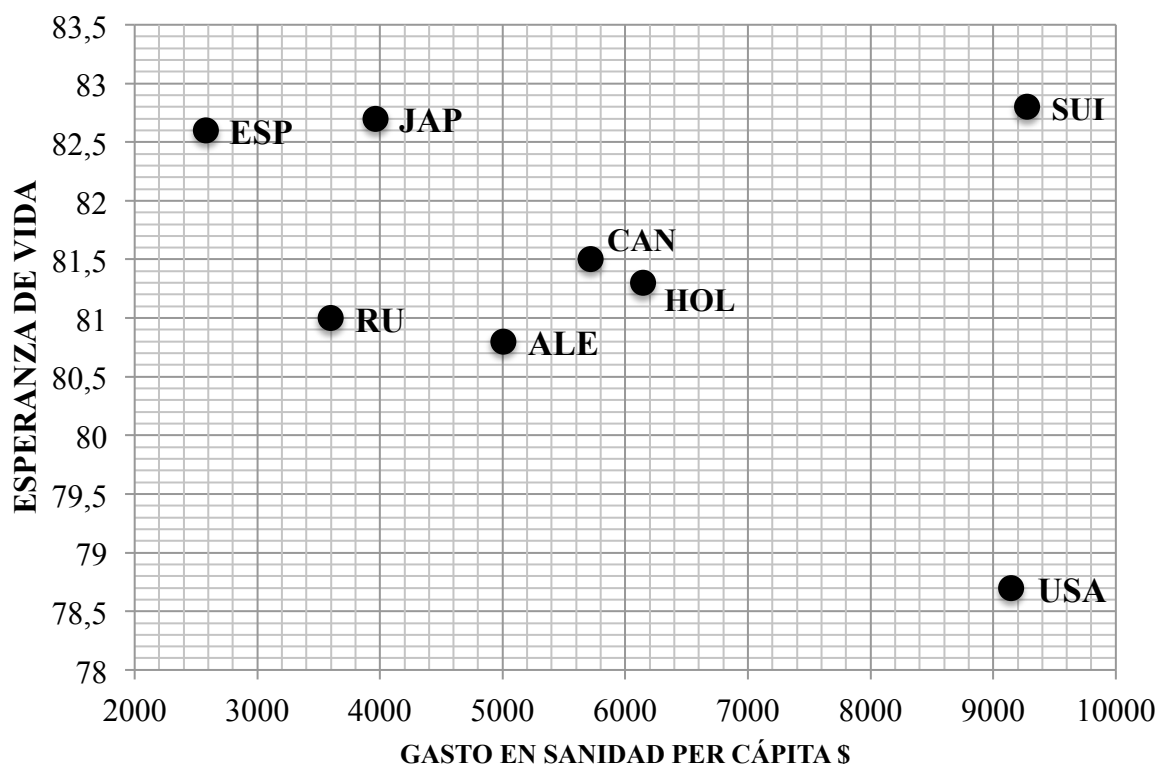
⁵² Ibid.

Lo que resulta destacable del modelo Suizo sin embargo, es su alto gasto per cápita en salud, incluso superior al de EEUU, con 9.276\$. Aunque en relación al % de su PIB no resulta tan destacable como en el caso de EEUU (11,5% frente al 17,1%), y parece que dicho gasto responde más bien a la plausibilidad de hacer dicha inversión sin excederse respecto de su presupuesto (Suiza tiene un PIB per cápita de 84.748,4\$ frente a los ya elevados 53.042\$ de EEUU) y no al derroche producido por los desequilibrios del mercado de EEUU. Es decir, que a la vista de los datos apreciados, Suiza mantiene un nivel servicios e inversión sanitaria enorme, sin que ello suponga un desequilibrio presupuestario para un país con semejantes niveles de riqueza. Si bien es cierto que el gasto per cápita en salud de Suiza ha aumentado dramáticamente en menos de una década, pasando de 5.637\$ a los 9.276\$ ya mencionados, lo cual puede resultar sorprendente. Ahora bien ese incremento del gasto ha ido acompañado un espectacular aumento de la esperanza de vida, pasando de una expectativa media de 81,4 años a 82,8. Y si se observan incluso datos anteriores, la perspectiva es similar: espectacular aumento de la inversión acompañado de un aumento en la esperanza de vida (en 2001 hablábamos de 3.749\$ per cápita y una esperanza de vida al nacer de 80,3 años)⁵³.

Podría reflexionarse sobre estos modelos mixtos con financiación privada, en los que en cierto modo, se tienden a corregir las imperfecciones de los modelos de financiación pública, asimilando e imitando conductas. La obligatoriedad en el seguro no es más que otra forma de asegurar un acceso universal a la sanidad, y con esto, los modelos mixtos como el Suizo buscan reducir las altas cotas de inequidad que un modelo de financiación privada puede causar, lo que de hecho resulta ineficiente en términos asignativos por cuanto los resultados en salud son peores y los gastos superiores. Obama intentó emprender una reforma de calado que permitiera reducir las brechas de desigualdad que repercuten en desequilibrios en el acceso a la sanidad, enfrentando los postulados de la eficiencia económica y maximización de beneficio. En otras palabras, podría decirse que las diferencias entre un modelo de financiación público y otro privado pero fuertemente regulado como éste, son mínimas, y que a la postre, pareciera carecer de sentido promover la financiación privada si finalmente se van a adoptar comportamientos muy alejados de las reglas de la libre competencia.

⁵³ Todos ellos datos del World Bank *Health indicators* y la OECD iLibrary.

Gráfica 1. Gasto en sanidad por persona (2013) y esperanza media de vida (2011)



Fuente: World Bank y OCDE

4.4 *Comparativa y conclusiones sobre los diferentes modelos*: Las conclusiones a las que podemos llegar, a la luz de los datos y modelos de financiación de los servicios sanitarios de estos países, es que, España con el menor gasto per cápita de los países estudiados –de lejos, con una diferencia de 1.017\$ per cápita con respecto al segundo país que menos gasta en estos términos, Reino Unido–, obtiene el tercer mejor índice en esperanza de vida sólo superado por Japón y Suiza. Si bien es sabido que la esperanza de vida de un país y los resultados en términos generales de salud no dependen exclusivamente de la cobertura sanitaria –como ya vimos, por ejemplo, en referencia al nivel de infraestructuras o alcantarillado de un país–, y pueden influir otros condicionantes sociales, culturales e incluso hereditarios; más aún cuando hablamos de diferencias mínimas y de países, todo ellos, desarrollados.

Sin embargo, resulta incontestable inferir de estos resultados que el modelo de financiación pública y producción pública de los países propuestos –Reino Unido y España–, y contrariamente a lo que la mayoría de los estudios y doctrina relativos a la

eficiencia replicaban, pareciera gestionar más eficientemente los recursos dados. Si recordamos la definición de eficiencia asignativa en los servicios sanitarios como «la combinación de inputs que minimiza el coste de producción para un determinado nivel de ganancias en términos de salud»⁵⁴, se aprecia que la desigualdad en el acceso al sistema sanitario empeora los resultados de salud en relación a los recursos invertidos. A mayor redistribución y mayor alcance de la cobertura, mejores resultados con menor gasto. De hecho, mientras los extremos en gasto per cápita lo componen Reino Unido y España a la baja, EEUU y Suiza al alza; el resto de países con modelo de financiación y producción mixto se encuentran confinados entre dichos extremos, cumpliéndose esta máxima:

Los datos de 19 países de la OCDE en 2009 muestran que la desigualdad crece cuanto más importante es la financiación privada de la sanidad, cuanto mayor porcentaje representa la producción privada de la sanidad, y cuanto mayores son proporcionalmente los desembolsos en efectivo de los pacientes por la atención sanitaria, ocupando EEUU el primer lugar en desigualdad en acceso a consultas médicas y dentistas⁵⁵.

5. LOS FALLOS DEL MERCADO EN EL SECTOR SANITARIO ¿JUSTIFICAN LA INTERVENCIÓN PÚBLICA?

Una vez planteados los que serían los principales modelos de financiación sanitarios, y que en definitiva determinan si se encuentran privatizados o no, y dando por tanto respuesta a las preguntas desplegadas en los primeros epígrafes; deberíamos tomar en consideración de una forma más concreta cuales son aquellas particularidades del bien «sanidad» y sus incompatibilidades con el mercado. Aquellas incompatibilidades que vendrían a justificar la intervención del estado, y que podrían ser sintetizadas en ese afán paternalista y redistribuidor. Nos serviremos de la ayuda de Stiglitz para plantear la estructura de estos fallos de mercado en el sector sanitario.

5.1 *La información asimétrica*: Cuando un paciente acude al médico dentro de un sistema de financiación privado como es el estadounidense, realmente lo que compra

⁵⁴ HOLLINSWORTH, BRUCE y PEACOCK, STUART, op. cit., p. 25.

⁵⁵ GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, op. cit., p. 207.

es información y conocimiento. Esto es, como pacientes, los consumidores deben confiar en las opiniones sobre distintos tratamientos farmacológicos o intervenciones quirúrgicas que el doctor le pueda aconsejar⁵⁶. Como una de las dos partes carece de una parte importante de conocimientos, de información relevante para la «compra», puede decirse que ésta es asimétrica y que coloca al usuario en una posición desfavorable desde la perspectiva de compradores. La carencia de una serie de conocimientos técnicos y dado que el éxito de un tratamiento no depende exclusivamente de factores objetivos –ya que la forma de proceder de un determinado médico puede ser importante–, justificaría una intervención del estado, ya que esto deriva en trágicas consecuencias de cara al mercado de los seguros y la selección adversa.

5.2 *La competencia limitada*: Esta carencia o asimetría de información, repercute también de forma grave sobre la competencia, ya que reduce el grado efectivo de la misma. Dentro de una empresa ordinaria que provee bienes como alimentos o ropa, el precio y su rebaja puede jugar un papel determinante para hacer coincidir oferta y demanda, equilibrando el mercado. Sin embargo, y dado que los usuarios en el caso de la sanidad, «desconocen» que bien se les esta proveyendo o la calidad cierta del mismo, dificulta el establecimiento de precios que equilibren el mercado y que permitan competir a los profesionales bajo unas reglas ciertas. Es decir, «la heterogeneidad de los servicios médicos dificulta las comparaciones de precio y calidad e impide así que se difunda eficazmente la información»⁵⁷. La incertidumbre y la ignorancia sobre conocimientos técnicos como es la medicina, afecta negativamente a la libre competencia.

5.3 *El papel de los seguros*: Como vimos con anterioridad, el modelo de producción y financiación privada estadounidense era sostenido primordialmente a través de las primas pagadas a los seguros por particulares. El establecimiento de un sistema sanitario bajo un modelo de financiación privado a través de seguros tiene así una serie de inconvenientes derivados principalmente del riesgo y la falta de información.

⁵⁶ STIGLITZ, JOSEPH, op. cit., p. 350.

⁵⁷ Ibid.

5.3.1 *Gasto excesivo, riesgo moral y participación en los costes*: En primer lugar hay que destacar que existe una tendencia dentro de los patrones de comportamiento humano a evitar el riesgo. Es por ello, que las personas buscan asegurarse ciertas condiciones y servicios en el largo plazo con el fin de garantizar «seguridad» y «comodidad». Y no sólo dentro del plano sanitario, sino que igualmente en el caso de los planes de pensiones o coberturas a todo riesgo de vehículos, por ejemplo. La conocida como «aversión al riesgo» exige comprender que los individuos dentro de la medida de sus posibilidades económicas, buscarán el mayor nivel de tranquilidad posible procurándose una cobertura sanitaria adecuada, evitando así los riesgos de encontrarse fuera de la posibilidad de recibir cualquier clase de asistencia médica.

Sin embargo, y una vez esas personas pagan su seguro, especialmente aquellos que no asumen todo el coste marginal derivado del servicio provisto, tienden a aumentar su consumo. Y tienden a aumentarlo por encima del coste marginal que ellos asumen. Esto es lo que se conoce como *moral hazard* o «el riesgo moral»⁵⁸, y que podría ser definido como una pérdida de eficiencia asignativa en la gestión de los recursos dados como consecuencia de la conducta del asegurado, abusiva respecto de la asistencia provista, al tener la tranquilidad de encontrarse bajo cobertura médica. Es decir, el consumo de los pacientes que no asumen todo el coste marginal de sus intervenciones o de los servicios prestados, aumenta de manera notable frente a aquellos deben hacer frente a los gastos que acometen.

Este concepto de «riesgo moral» afecta igualmente y de forma notable a la provisión de la salud pública –incluso más podría decirse–, y que deriva en una gestión «ineficiente» de los recursos. Por ejemplo, el fumador que conoce, y a pesar sus hábitos gravemente perjudiciales para la salud, que la cobertura de una sanidad de acceso universal –o en su caso de un seguro privado cuya prima ya ha pagado de forma completa– le garantiza una asistencia con independencia de las posibilidades que tenga de ser víctima de alguna enfermedad severa directamente relacionada con el tabaco. El riesgo moral, crea un incentivo perverso por cuanto el asegurado –bien pública o privadamente– tiende a conductas más negligentes, quizás diferentes de si se viera

⁵⁸ Ibid, pp. 355 y 356.

obligado a pagar enteramente las consecuencias de sus hábitos. Igualmente, el abuso en las visitas médicas o la compra indiscriminada de fármacos sufragados por el «seguro» responde a este incentivo perverso de ineficiencia asignativa. La gestión de los recursos es ineficiente por cuanto el usuario no es consciente en cierta medida de los gastos en los que incurren sus conducta, por lo que podríamos hablar de nuevo de «información incompleta o asimétrica», que sumado a las dificultades de estimación en precio de los servicios sanitarios, vuelve compleja una administración adecuada de los recursos.

De hecho, este vendría a ser el motivo teórico principal por el que se incluyen sistemas de copago, por ejemplo, dentro de la sanidad española. Evitar el abuso moral. El hecho de sufragar, aunque sea de manera simbólica, los gastos sanitarios puede ejercer un incentivo en dos direcciones: por un lado económico, y por otro, psicológico por cuanto el usuario se vuelve consciente de que la provisión del servicio tiene unos gastos que –bien por parte del estado o la aseguradora– deben ser satisfechos. Sin embargo, ciertos autores recalcan que si bien este mecanismo puede ayudar a reducir costes públicos –refiriéndonos al SNS español– sin afectar significativamente a la equidad y a penalizar ciertos comportamientos indeseables de los usuarios, no demuestra una gran incidencia sobre la reducción de la demanda, poniendo en tela de juicio si dicho copago verdaderamente supone un instrumento adecuado para atenuar el problema del «abuso moral»⁵⁹. Esto se debe tanto a la baja elasticidad-precio de la demanda (entendida ésta como la variación porcentual de la demanda ante una variación del precio) como a la existencia de la ya mencionada información asimétrica⁶⁰, que dificulta y añade incertidumbre a la relación médico-paciente.

5.3.2 Selección adversa: Las personas más sanas y jóvenes dentro de un sistema de cobertura privada pueden llegar a plantearse la necesidad de pagar un seguro. A mayores primas exijan las aseguradoras, más reticente será esta parte de la población a contratar un seguro por cuanto no se ven en la imperiosa necesidad de hacerlo, o quizás sólo de cara a pólizas que cubran gastos médicos excepcionales. De esta forma, «como hay pocas personas muy adversas al riesgo que estén dispuestas a pagar una prima muy superior a los costes esperados» tan sólo «una pequeña proporción de la población

⁵⁹ GIBBERT I GELONCH, RAMON, *Economía y Salud. Economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario*, 1ª ed., Masson, 2002, p. 49.

⁶⁰ Ibid.

compra un seguro»⁶¹, al menos entre la población sana y joven. A mayor precio, existe una menor disposición al pago por parte de aquella población cuya contraprestación al pago será pequeña.

De esta forma y «al salirse del sistema los individuos de menor riesgo, quedándose los de mayor riesgo, se elevará el riesgo medio, por lo que será necesario elevar las primas»⁶². Es decir, las coberturas a través de seguros privados con altos precios, producen un desplazamiento de la demanda hacia las partes de la población más envejecida y enferma, lo que a su vez –y dado que el riesgo medio en la provisión del seguro vuelve a aumentar con la exclusión por precio de los estratos más sanos de la sociedad– redundará en un aumento de precio. Es decir, la selección adversa de los seguros privados establece un «círculo vicioso» entorno a la atracción de personas más enfermas, el aumento del riesgo y el consecuente aumento de las primas. Este problema puede ser sin embargo corregido a través de modelos mixtos como el estudiado con anterioridad modelo suizo, en el que la obligatoriedad de la cobertura y a pesar de su mayoritaria provisión privada, elimina categóricamente la posibilidad del desplazamiento de la demanda mencionado. En la misma línea se orientaba la reforma del Obama del 2010, tendente a eliminar los desequilibrios propios de los seguros privados mediante una mayor regulación que paliara la exclusión e inequidad derivada de la selección adversa.

5.3.3 Costes de transacción: Ciertamente, los costes de gestionar los seguros son altos, y básicamente se plasman en costes de carácter administrativo. Cerca del 20% de los gastos en hospitales de EEUU están representados por costes de este tipo, y en el caso de las pólizas pagadas a pequeñas empresas, los gastos administrativos pueden representar hasta el 40% de la reclamación⁶³. Pero también otros costes como identificar el nivel de riesgos de una determinada póliza, o su conveniencia requiere de una inversión que las aseguradoras deben acometer. Es decir, el flujo del mercado debe soportar una serie de costes y estos deberían ser eliminados en la medida de lo posible por parte del estado a efectos de facilitar el ingreso de las primas de las aseguradoras, permitiendo que dichas primas se transformen en las prestaciones que los usuarios

⁶¹ STIGLITZ, JOSEPH, op. cit., p. 358.

⁶² GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, op. cit., p. 208.

⁶³ STIGLITZ, JOSEPH, op. cit., p. 360.

perciben⁶⁴. En otras palabras, «los costes de transacción son los costes en los que se incurre para que funcione el sistema económico»⁶⁵. Por tanto, el «monopolio» conformado por el Estado en el caso de que la producción sea pública, tiene efectos muy beneficiosos en términos de reducir costos burocráticos o de transacción. Desde las economías de escala que reducen costes, pasando por la compra de fármacos como único –o casi único– demandante y por tanto beneficiándose en la negociación del precio de los mismos, hasta la reducción de gastos administrativos debido a la estandarización de procedimientos, protocolos, sistemas informáticos o la inexistencia de costes de publicidad para competir con otros actores en el mercado.

6. INCENTIVOS CONCRETOS EN LA SANIDAD Y SU RELACIÓN CON LA TENSIÓN EFICIENCIA-EQUIDAD.

En este último apartado del trabajo se van a analizar una serie de incentivos que dentro del esquema de pensamiento propuesto, referidos a la «disyuntiva» entre equidad y eficiencia, propiedad pública y propiedad privada, redistribución o competencia, enfrentan cuestiones de tipo ético o moral, que pueden marcar las «líneas rojas» del comercio libre. Podríamos definir estas «líneas rojas» como los límites morales del mercado, es decir, los límites que definen hasta que punto la mercantilización de ciertos bienes es posible. Y si el ejercicio de la autonomía individual expresada en una voluntad de comercio tiene cabida en espacios donde el altruismo, la mera empatía, el amor, las leyes naturales o la manida justicia social juegan un papel absoluto. Hasta donde puede extenderse la lógica económica y el razonamiento mercantilista, y si en efecto, existen cotos que de ninguna manera pueden atravesar. La provisión misma de la cobertura sanitaria ofrece un bien, la salud –equivalente a la vida o la integridad del individuo, que goza de encaje constitucional en el artículo 15 de la Constitución Española– a la que los sistemas de financiación privada ponen un precio determinado. Un precio específico e individualizable por los tratamientos médicos recibidos, que paga la integridad física –de valor incalculable en términos económicos– de una determinada persona.

⁶⁴ Lo que más tarde explicaremos y definiremos como el teorema normativo de Coase, en este caso aplicado a los seguros.

⁶⁵ STIGLITZ, JOSEPH, op. cit., p. 360.

6.1 *Consideraciones previas*: La gratuidad y universalidad de la sanidad asegura, además de la provisión del servicio a cualquier persona, una cobertura éticamente superior. No se pone precio a algo tan frágil como es la vida, con independencia del sustrato social al que se pertenezca. Pero no debemos llevarnos a engaño. La reforma del artículo 135 de la Constitución Española firmada en el año 2011 –que fijaba unos límites al déficit estructural del estado Español y proclamaba la necesidad de mantener el equilibrio presupuestario dando prioridad al pago de la deuda, con demoledoras consecuencias para el mantenimiento de los servicios sociales, entre ellos la sanidad⁶⁶–, además de razones presupuestarias, gozó de condicionantes coyunturales e ideológicos. Hay autores que proclaman la necesidad de una incondicionalidad en la prestación de los servicios sociales y el establecimiento de tesis rupturistas con el modelo capitalista pujante⁶⁷, en un intento de hacer efectivo derechos como la integridad física –o moral– a través de la cobertura sanitaria. Debe ser incondicional, porque hay ciertos derechos cuyo resultado se sitúa por encima de cualquier coste económico.

Sin embargo, es posible plantear una crítica ante este tratamiento de los derechos y su inalienabilidad, que parece responder más a un deseo de hacer real lo virtual, negando la condicionalidad a la que la proclamación de derechos esta sujeta: la provisión de derechos económico-sociales depende de una gestión y aportación de recursos. Y sin recursos no hay derechos. Este fenómeno puede encontrar similitudes con la confrontación entre las posiciones universalistas o iusnaturalistas de las primeras declaraciones de derechos de EEUU o Francia, y las posiciones escépticas de autores como Jeremy Bentham, quién sostenía que sólo importaba el derecho positivo o real, frente al ideal o natural⁶⁸. Los «derechos inalienables» de «todos los hombres»⁶⁹ que decía Thomas Jefferson ya en 1776, frente a las feroces críticas de Edmund Burke que creía que dichos derechos y declaraciones respondían únicamente a «abstracciones

⁶⁶ Pasando de un gasto porcentual respecto del PIB del 9,6% en 2010, a un 8,9% en 2014 en España. World Bank data.

⁶⁷ ARRIZABALO, XABIER, «El imperialismo, los límites del capitalismo y la crisis actual como encrucijada histórica», 2011, presenta una análisis histórico desde una perspectiva marxista respecto del avance del capitalismo, y su estructura de «huída hacia delante» y crisis, que perjudica gravemente los intereses de las clases populares y la prestación de servicios sociales. En estos términos, la socialdemocracia pujante del siglo XX podríamos considerarla como «pequeñas conquistas de las clases populares» dentro del esquema capitalista. «A principios del siglo XX Rosa Luxemburg acuñó una fórmula que sintetiza el dilema al que se enfrentaba la humanidad: “socialismo o barbarie”», p. 17. URL: https://www.scribd.com/fullscreen/135155781?access_key=key-36xc59u1nelgrnxtw6g&allow_share=true&escape=false&view_mode=scroll

⁶⁸ HUNT, LYNN, *La invención de los derechos humanos*, Tusquets Editores, 2009, p. 127.

⁶⁹ *Ibid*, p. 122.

metafísicas» que no gozaban de suficiente fuerza emocional para imponer la obediencia⁷⁰. El profesor de filosofía natural de la Universidad de Edimburgo, John Robison, iba más allá y arremetía en 1797 contra «esa máxima maldita, que ahora llena todas las mentes, de pensar continuamente en nuestros derechos y exigirlos ansiosamente de todas partes»⁷¹.

Se pretende llegar a la conclusión de que incluso los derechos provistos mediante sistemas universales y gratuitos de «derecho a la vida» responden a criterios de eficiencia. Y la eficiencia, responde a una lógica económica en tanto en cuanto toma en consideración factores económicos y una relación de *inputs* y *outputs* en términos de ganancias o resultados. La exaltación de la lógica económica capitalista tuvo y sigue teniendo su máxima expresión en la cartas magnas y declaraciones de derechos de corte liberal, las cuales asumen como derechos naturales manifestaciones de derechos civiles y políticos que no tienen coste económico alguno –o bien éste es despreciable–. La confrontación ideológica manifiesta entre los dos bloques de la guerra fría que dio lugar a la autenticación de dos pactos de derechos distintos y distinguibles no es arbitraria. Al igual que no es arbitrario el papel de la libertad de expresión –por ejemplo– en nuestra Constitución⁷², frente al que puede tener el derecho al trabajo o a la vivienda como principios rectores de la política social y económica. La subordinación de los derechos económicos, sociales y culturales frente a los civiles y políticos responde a una lógica económica de análisis coste-beneficio que se extiende desde el espíritu de las primeras revoluciones y declaraciones de derechos.

La «invención de la autonomía», como germen de la idiosincrasia libertaria de las primeras declaraciones, de acuerdo a Jerome Schneewind entrañaba dos características afines, pero distintas: la capacidad de razonar y la independencia para decidir por uno mismo⁷³. Ideas y capacidades que en la actualidad –pensar, y además hacerlo críticamente o con independencia–, junto con la empatía⁷⁴, el principio de

⁷⁰ Ibid, p. 182.

⁷¹ Ibid, p. 183.

⁷² Recordemos, encajado en la Sección 1ª «De los derechos fundamentales y la libertades públicas» y garantizado mediante el recurso amparo del artículo 53.2.

⁷³ HUNT, LYNN, op. cit., pp. 26 y 27.

⁷⁴ Ibid, p. 28, «la autonomía y la empatía son prácticas culturales, no sólo ideas, y por lo tanto son literalmente corpóreas» en relación al desarrollo de los conceptos del cuerpo, el yo y la cultura ilustrada (bien a través de novelas epistolares o de la música) que consolidó el sentimiento hoy día homogeneizado y consolidado de «empatía», es decir, sensibilidad hacia los otros.

igualdad o la defensa de los derechos humanos, damos por sentadas dentro de nuestro modelo de pensamiento. En la misma línea y desde que Rousseau, como si de un brindis al sol se tratara, incluyera la expresión «derechos del hombre» en «El contrato social»⁷⁵ de 1762, hemos asumido como propios los derechos inalienables del hombre declarados en ilustres recopilaciones de derechos. No ocurrió lo mismo, sin embargo, con el Pacto de Nueva York de derechos económicos, sociales y culturales de 1966 impulsado por la URSS –que finalmente entró en vigor en 1976 junto con su hermano el Pacto de derechos civiles y políticos, avivados por el Acta de Helsinki de 1975– ya que tenía costes que no eran asumibles dentro de la lógica «liberal» de mercado. Los derechos económicos no podían equipararse a los civiles porque occidente no estaba dispuesto a reprimir sus libertades materiales. Y occidente ganó, al igual que ganaron las revoluciones francesas y americanas del siglo XVIII.

Se dijo al inicio del trabajo sobre la lógica económica racional, que ésta ejerce una fuerte influencia sobre individuos y sociedades al someter la toma de decisiones a un análisis coste-beneficio o más concretamente a la búsqueda del mayor beneficio neto marginal posible. Si bien, esta lógica se rompe ante la expresión de conductas humanas inspiradas únicamente por un sentimiento de empatía. La donación de órganos, de médula o de sangre, más aún cuando ésta es anónima, no responde a ningún incentivo o aliciente económico. Al donar perdemos tiempo, fuerzas y en el caso de los órganos; una parte de nuestro cuerpo irremplazable. Hay quién pueda encontrar en estos comportamientos una lógica económicamente utilitarista o colectivista, puesto que «si hoy dono yo, alguien lo hará por mí cuando sea necesario». De hecho, lo más curioso de algunas de las campañas de donaciones promovidas por gobiernos y administraciones públicas es que fomentan la donación de sangre –por ejemplo– apelando precisamente a este «egoísmo», a la lógica económica.

6.2 *Donación de sangre, ¿Altruismo o negocio?*: Richard Titmuss en «The gift relationship»⁷⁶ se planteaba cuestiones relativas al comercio de ciertas «materias primas» cuya venta se ve fuertemente mediada por normas éticas y morales. Así, ante el debate que se presentaba en la sociedad entorno a las consideraciones éticas de los

⁷⁵ «O los principios del derecho político».

⁷⁶ TITMUSS, RICHARD, *The gift relationship*, The New Press, 1997. Originalmente publicado en 1970.

donantes durante las décadas de 1960 y 1970 en los países occidentales⁷⁷, Titmuss publicó en 1970 un libro que profundizó en el análisis económico de las donaciones e influyó notablemente en el pensamiento de la época. Su máxima se resumía en que la donación de sangre no podía estar remunerada, pues ello atraería donantes de «alto riesgo»⁷⁸. Esta tesis desarrollada por Titmuss ejerció gran influjo sobre los legisladores de la época, especialmente si tomamos en cuenta que la propia OMS en 1975 –y sólo cinco años después de la publicación del mencionado libro–, propuso como *guidelines* recomendatorias para los países, conseguir que los donantes de sangre fueran en un cien por cien voluntarios y no remunerados.

No money values can be attached to the presence or absence of a spirit of altruism in a society⁷⁹.

Titmuss creía que la maximización del crecimiento del beneficio, de ninguna forma podía suplantar el crecimiento y estímulo de las relaciones sociales, lo que suponía un mito enquistado en la literatura económica moderna:

We do not criticise economists for not measuring these social costs and benefits. Our complaint is directed to their intellectual naïvety in failing to identify and describe them and to make explicit the spectrum of value choices in social as well as economic criteria⁸⁰.

Creía igualmente que remunerar a los donantes de sangre reduciría las donaciones porque los voluntarios que donan por razones altruistas, estarían menos predispuestos a hacerlo en caso de cobrar una remuneración. Es decir, que atribuir un valor monetario a un bien predispuesto para su donación altruista tendría consecuencias paradójicas de cara a la obtención del mayor número de litros de sangre posible. Para Titmuss, la sangre no podía ser mercantilizada y suponía una «línea roja», un límite moral al mercado que gozaba de sustento económico por cuanto el número de donaciones se reducía si se atribuía una remuneración a la donación. Esta idea caló

⁷⁷ SLONIM, ROBERT; WANG, CARMEN y GARBARINO, ELLEN, «The market for blood», *Journal of Economic Perspectives*, Volume 28, number 2, Spring 2014, p. 184.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ TITMUSS, RICHARD, *op. cit.*, p. 263.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 264.

profundamente en los diseños de políticas públicas de prácticamente todos los países desarrollados, contrariamente a lo que la lógica económica racional presumiría. Sin embargo, algunos autores aseguran que no existen todavía hoy evidencias científicas y econométricas para hacer tales aseveraciones⁸¹.

Lo que puede resultar paradójico sin embargo, es como tras los atentados del 11 de septiembre en EEUU, cerca de 570.000 unidades extra de sangre fueron donadas a la Cruz Roja, lo que supuso que entre 100.000 y 300.000 de aquellas unidades tuvieran que ser desperdiciadas –ello sin considerar los gastos derivados del equipo y tiempo empleados para llevar a cabo esas donaciones–, y que entrañó un gasto estimado de entre 21 y 63 millones de dólares⁸². El problema es que rechazar a los donantes no era una opción por miedo a que los voluntarios tomaran esto como una señal de que no debían molestarse en volver a donar.

Michael Sandel en «Lo que el dinero no puede comprar» nos muestra otro ejemplo que sirve para ilustrar los comportamientos anómalamente no mercantilistas y que pueden suponer incentivos contrarios a los pretendidos:

Una lección similar cabe extraer de otro notable experimento (...) que se llevó a cabo en guarderías israelíes–. (...) imponer una multa a los padres que llegan tarde a recoger a sus hijos no reducía el número de retrasos, sino que lo incrementaba. De hecho, la incidencia de recogidas con retraso casi se duplicó. Los padres interpretaron la sanción como una tarifa que estaban dispuestos a pagar. Y no sólo eso: cuando, transcurridas doce semanas, las guarderías eliminaron la sanción, aquella nueva y elevada tasa de retrasos persistió. Una vez que el pago hubo afectado a la obligación moral de ser puntual, resultó difícil que el antiguo sentido de la responsabilidad se recuperara⁸³.

El desplazamiento o incentivo de conductas a través la retribución o castigo monetario puede encontrar obstáculos. Como dice Sandel, «si se van a utilizar

⁸¹ SLONIM, ROBERT; WANG, CARMEN y GARBARINO, ELLEN, op. cit., p. 184.

⁸² Ibid, p. 190.

⁸³ SANDEL, MICHAEL J., *Lo que el dinero no puede comprar*, 1ª ed., Debate, 2013, p. 122.

incentivos para motivar a las personas, conviene “pagar bastante o no pagar nada”⁸⁴. La donación de sangre, concretamente, sigue siendo un tema complejo desde una perspectiva ética, y es que una donación, sin «donar» pierde un fuerte componente social –directamente derivado de la empatía– y en un intento por preservarlo, Titmuss refuerza dicha postura con argumentos económicos o de coste-beneficio, lo cual no deja de ser paradójico. Sandel destaca que para Titmuss, hacer de la sangre una mercancía socava el sentimiento de deber asociado a la donación de sangre, debilita el espíritu altruista y merma el «sentido de gratuidad»; lo cual contribuía a empobrecer la vida moral y social:

Es probable que al declive del espíritu altruista en una esfera de actividad humana acompañen cambios similares en actitudes, motivos y relaciones dentro de otras esferas⁸⁵.

6.3 *Vientres de alquiler y la racionalidad social*: De forma similar a como sucede en el caso de la sangre, la oposición frente a la posibilidad de que exista lucro a partir de «productos» éticamente controvertidos es evidente. Los bebés no deben ser objeto de comercio para muchos. Aunque autores como Richard Posner llevan tiempo proponiendo algo muy distinto, como es legalizar la posibilidad de conceder libertad a unos padres para vender sus derechos parentales a unos padres adoptivos sobre un precio mutuamente pactado. Posner se defiende frente aquellos que se oponen de la siguiente manera:

(...) some will resist on symbolic grounds. If we acknowledge that babies can be sold, the argument goes, we open the door to all sorts of monstrous institutions – including slavery. (...) The opponents of “baby selling” are unwilling to acknowledge that what we have today, even apart from the black market, is closer to a free market in babies than a free market in babies would be to slavery or torture⁸⁶.

⁸⁴ Ibid, p. 121.

⁸⁵ Ibid, p. 127.

⁸⁶ POSNER, RICHARD, «The regulation of the market in adoptions», Boston University Law Review, 1987, pp. 70 y 71.

Posner, opta por una perspectiva pragmática pero también eficientista, donde las consecuencias de no tener regulación en esta materia, pasarían por negar el mercado libre en la práctica ya existente en EEUU. Al igual que sucedería con otros «productos» controvertidos desde el punto de vista ético, la solución podría aportar además de condiciones para mejorar la eficiencia económica, mejoras dentro del plano de la equidad. Por tanto, parecería que la teoría de Posner satisface los postulados que se vienen debatiendo desde un principio: eficiencia económica y equidad, en tanto en cuanto, la liberación de las restricciones institucionales para el funcionamiento del mercado tiene repercusiones directas sobre comportamientos tendentes a la redistribución y eliminación de ciertas anomalías legales como son la economía sumergida y los mercados paralelos asociados a la misma. Pareciera que este autor se hace eco del teorema normativo de Coase⁸⁷ por cuanto «lubricar» los acuerdos privados entre partes y facilitar el intercambio de derechos legales, permite una mejora en la eficiencia de los resultados obtenidos en términos de óptimo de Pareto permitiendo la mejora de la situación de un individuo, sin empeorar la situación de los demás⁸⁸:

By lubricating bargaining, the law enables the private parties to exchange legal rights, thus relieving lawmakers of the difficult task of allocating legal rights efficiently (...) «Structure the law so as to remove the impediments to private agreements»⁸⁹.

Sin embargo, tal y como nos sugería Titmuss, el declive de las implicaciones morales en el ejercicio de transacciones comerciales puede acarrear una pérdida del espíritu «altruista» o dígase, una pérdida de ética social, por cuanto se permite el comercio con ciertos bienes cuya mercantilización debería ser cuestionada. Otros ejemplos de este tipo fricciones entre la regulación y la libertad los encontramos en actividades como la prostitución o incluso los contratos matrimoniales. Como dice Fred Hirsch, «el análisis económico ortodoxo se interesa en los artículos de comercio que tienen las personas, y no en el modo en cómo los obtienen»⁹⁰. Dimensión esta

⁸⁷ COOTER, ROBERT y ULEN, THOMAS, *Law and Economics*, 6ª ed., Pearson, 2012, p. 92.

⁸⁸ CARRERAS, MERCEDES, «El óptimo de Pareto frente al utilitarismo», *Télos, Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*, vol. I, número 2, 1992, p. 134. Para ser mas concretos, la eficiencia paretiana se puede definir como: «no es posible encontrar otra situación en que alguien pueda ver mejorada su posición, sin que para ello al menos otra persona vea empeorada la suya».

⁸⁹ COOTER, ROBERT y ULEN, THOMAS, op. cit., p. 92.

⁹⁰ HIRSCH, FRED, *Los límites sociales al crecimiento*, Fondo de Cultura Económica, 1985, p. 166.

controvertida en el caso de ciertos bienes que también desfilan por aquellas «líneas rojas» del mercado, como son el sexo o el amor. Las propuestas y experiencias de legalización de la prostitución son muy variadas, acabando múltiples países por implantarlo igualmente bajo una premisa eficientista similar a la de los vientres de alquiler⁹¹, pero bajo la que subyacen razones de redistribución y equidad, como la supresión del mercado negro, la eliminación de la trata de blancas, la mejoría de las condiciones de salubridad tanto para el oferente como para el cliente o el incremento en la recaudación tributaria, lo cual redundaría en un incentivo para pagar impuestos y en un aumento de la cohesión social. Es decir, que la absorción por parte del mercado de un determinado bien, favorece la aparición de incentivos beneficiosos para la mejora de vida de los oferentes de ese «producto». Además, el establecimiento de información simétrica por parte del oferente y el usuario afianza el «efecto de comercialización», ya que «una base más explícita de intercambio entraña una disminución de la obligación mutua no especificada, que a su vez rebaja la calidad del producto»⁹². Es por ello hoy día los prolijos contratos matrimoniales especifican «las obligaciones mutuas de ambas partes, obligaciones para el hogar, tolerancia sexual y multitud de otras cosas»⁹³ que se redactan como si de un contrato mercantil se tratara.

A más información y mayor libertad en el intercambio, mayor calidad en el servicio prestado es la premisa del mercado. Pero, ¿ello redundaría hipotéticamente en mejor amor y mayor calidad de altruismo? ¿un bien amor de superior calidad en el intercambio comercial? Ciertamente, mejoría de la calidad y altruismo o amor resultan más bien un oxímoron. Titmuss quizás tenía razón y es que con los ejemplos citados «pueden producirse cambios capitales en las pautas o las normas sociales sin que los desee ningún individuo y sin estar de acuerdo con ninguna suma de deseos individuales»⁹⁴. La racionalidad mercantilista de esta forma, y sobrepasando aquellas «líneas rojas», puede caer en la «irracionalidad social», contradiciendo este argumento el discurso imperante en la literatura económica:

⁹¹ Recordamos el teorema normativo de Coase citado en COOTER, ROBERT y ULEN, THOMAS, op. cit.: «Structure the law so as to remove the impediments to private agreements».

⁹² HIRSCH, FRED, op. cit., p. 167.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid, p. 176.

En el tratamiento corriente, el paso de una actividad económica de fuera hacia dentro del sector de mercado o un intercambio parcial a uno más completo en términos de mercado, normalmente representa un mejoramiento absoluto en el bienestar económico, al menos si no modifica la distribución del ingreso. La mejoría se origina en la ganancia que procura un trato realizado voluntariamente. Mejora por lo menos a una persona sin perjudicar a nadie, y es por consiguiente una «mejoría de Pareto». Esta mejoría de Pareto forma la base del apoyo tradicional entre los economista neo-clásicos⁹⁵.

En definitiva, y aún pudiendo estar de acuerdo con la tesis postulada por Posner por cuanto podríamos definir la propuesta como progresista o sencillamente liberal, ésta merece, al igual que en el caso de otros «bienes» controvertidos, un análisis profundo de la naturaleza ética de su comercialización. Esto se debe a que quizás tesis de mercado tan liberales como las propuestas –compraventa de sangre, órganos o bebés– padecen de un sustrato peligroso y movedizo, que supone que «el proceso de comercialización no afecta al producto, de modo que éste, independientemente del proceso por el cual se adquiere, define suficientemente el objetivo»⁹⁶. Perspectiva que fue compartida en gran medida por grandes economista como los ya mencionados Ronald H. Coase, Richard Posner, pero también otros como Gary S. Becker o Harry G. Johnson, todos ellos curiosamente precursores de la Escuela de Chicago, y con una notable influencia sobre la economía de tendencia liberal de finales del siglo XX.

6.4 *Las colas, las listas de espera y la reventa de volantes médicos*: Si descendemos directamente al bien «sanidad» tras todo lo propuesto –y aunque los ejemplos examinados con anterioridad venían a guardar cierta relación con la sanidad– debemos empezar a plantearnos las últimas preguntas con relación al acceso a la misma. Michael Sandel en su libro ya nos lo advierte antes de entrar a debatir:

La ética de la cola –«el primero en llegar es el primero al que se atiente»– está siendo desplazada por la ética del mercado –«uno recibe según lo que pague». Y este desplazamiento refleja algo más serio: la penetración creciente del dinero y

⁹⁵ Ibid, p. 177.

⁹⁶ Ibid, p. 178.

de los mercados en esferas de la vida que antes no se regían por normas mercantiles⁹⁷.

La privatización de la sanidad, y en general, la mercantilización que supone la entrada en de un bien en el libre mercado, separa al bien además del control del estado, de la conciencia colectiva de ese bien por la sociedad. Esto, que puede gozar de repercusiones beneficiosas por cuanto «los derecho públicos vigentes, sin obligaciones efectivas sobre los individuos para mantener y proteger la facilidad, conducen a la tragedia de los comunes»⁹⁸, no muestra más que una reafirmación y fe por la ideología económica imperante. El uso de justificaciones en base a incentivos económicos fundamentados en la eficiencia puede ser tramposo en tanto en cuanto se dejan de lado consideraciones no sólo de equidad, pero también históricas o ideológicas. El dilema del prisionero bien puede ser visto como una de las principales justificaciones teóricas para la intervención del estado, dada la incongruencia existente entre el beneficio privado y bien común, o todo lo contrario –respaldando tesis no intervencionistas–⁹⁹. Con esto se quiere llegar a la conclusión de que el mantra de la eficiencia puede ser adecuado bajo ciertas circunstancias y siempre que se mantengan a salvo ciertos criterios morales o éticos. Debe ser observado que «el producto o servicio suministrado solamente por satisfacer necesidades privadas (...) puede verse de forma diferente que el producto o servicio suministrado, al menos parcialmente, con el fin de satisfacer los deseos o necesidades de los demás, incluso de toda la sociedad»¹⁰⁰, no pudiendo olvidar que quizás los bienes si se ven afectados por el proceso de comercialización, contrariamente a las tesis vistas más arriba.

La entidad de los bienes por tanto, se puede ver influida por su origen, lo que explicaría que «un bien común puede dar satisfacción en sí», de tal forma que «la

⁹⁷ SANDEL, MICHAEL J., *Lo que el dinero no puede comprar*, 1ª ed., Debate, 2013, p. 36.

⁹⁸ HIRSCH, FRED, op. cit., p. 175.

⁹⁹ PICKER, RANDAL C., «An introduction to Game Theory and the Law», *Chicago Working Paper in Law & Economics*, pp. 5-6 y 15. «Individually rational decisionmaking leads to collective disaster. The Prisoner's Dilemma is thus often seen as one of the main theoretical justifications for government intrusion into private decisionmaking. (...) I say almost for two reasons. First, (...) we need to know how much about the quality of the government decisionmaking before we can summarily abandon private decisionmaking. The second (...) to justify legal intervention will require more hardware». Picker advierte que justificar la intervención en base a un modelo sencillo del dilema del prisionero puede ser un grave error: «The very existence of the Prisoner's Dilemma in the large game may have beneficial, rather than negative, consequences».

¹⁰⁰ HIRSCH, FRED, op. cit., p. 165.

privatización redundará en detrimento del pobre, al quitarle lo que para él (pero naturalmente, no para la sociedad) era un bien libre común»¹⁰¹. De forma parecida a como ya pudimos mencionar con los derechos naturales del hombre, el hecho de proclamar y declarar, tuvo efectos sobre la conciencia colectiva. De forma contraria al progreso que supuso declarar ciertos derechos como propios de todos los hombres, la mercantilización de ciertos bienes puede suponer la reafirmación de lo contrario. «No puedes tener este u otro derecho, porque simplemente no puedes pagarlo». Sandel nos habla de cómo los fenómenos de las colas y la reventa de los volantes médicos sin control mostraba escenarios absurdos en los hospitales de Pekín:

Los volantes para las citas son muy baratos (...), pero no es fácil conseguir uno. Para no tener que acampar durante días y noches en la cola, algunos pacientes, desesperados por conseguir la cita, compran volantes a los revendedores. Los revendedores hacen negocio con el gran abismo abierto entre la oferta y la demanda. Pagan a personas por guardar cola para obtener los volantes y luego los revenden por cientos de dólares¹⁰².

¿Y que argumentos pueden soportar esta reventa bajo el juicio de la oferta y la demanda? La defensa que según Sandel arguyen un grueso de economistas descansa sobre dos principios: (1) El respeto a la libertad individual y (2) la maximización del bienestar o utilidad social:

El primero es un argumento libertario. Sostiene que la gente ha de ser libre para comprar y vender lo que le plazca mientras no vulnere los derechos de nadie. El segundo argumento (...) al permitir a las personas hacer tratos mutuamente ventajosos, los mercados reparte los bienes entre aquellos que más los valoran, lo cual puede medirse por su disposición a pagar por ellos. Mi colega Greg Mankiw (...) pone el ejemplo de la reventa de entradas para ilustrar las virtudes del libre mercado. Empieza explicando que la eficiencia económica consiste en repartir bienes de una manera que maximice «el bienestar económico de todos en una sociedad»¹⁰³.

¹⁰¹ Ibid, p. 176.

¹⁰² SANDEL, MICHAEL J., op. cit., p. 32.

¹⁰³ Ibid, pp. 36 y 37.

Estos argumentos, falaces desde una perspectiva marxista, revierten la conciencia social de clase que se refleja entre aquellos que pueden comprar su sanidad, así como garantizarse no ya un seguro privado, sino atención médica personalizada¹⁰⁴, y los que deben esperar las largas colas de los hospitales de Pekín. La dialéctica que enfrenta la sociedad a este respecto parece evidente, cuando existe una condicionalidad de disposición al pago a la hora de prestar un servicio intrínsecamente ligado a la vida. Lo que Sandel entiende como la corrupción de los bienes o las prácticas sociales, al degradar un determinado bien o no atribuirle el valor que se merece¹⁰⁵, guarda asimismo una estrecha relación con la desigualdad.

Un economista como Mankiw dirá que la reventa a estos efectos es la forma más eficiente de reparto de bienes, por cuanto la disposición al pago nos indicará quién desea verdaderamente ir al médico, o llevado al extremo, que se le realice un trasplante de corazón. La distribución «eficiente» de estos bienes bajo la premisa de la disposición al pago oculta, sin embargo, una degradación –corrupción– de la naturaleza de aquellos bienes de cuya «adquisición» depende la vida. Esto, que redundaría en una dialéctica de clases enfrentadas –a vida o muerte– a través de las normas de mercado, igualmente evidenciaría las profundas desigualdades socioeconómicas de la sociedad y la perversión de los valores constitucionales y éticos que proclaman el derecho a la vida. Incluso bajo compensación –y por tanto, no interfiriendo en el derecho a la vida de otra persona¹⁰⁶, que acepta libre y voluntariamente, imaginemos 1 millón de euros por su turno en la lista de trasplantes de corazón–, la corrupción de dichos bienes resulta inevitable y por tanto, no quedaría nada más que trazar una visible línea roja sobre el constante avance de la mercantilización. Ello, claro está, sin caer en la ingenuidad de creer que la eficiencia no juega un papel fundamental bajo ninguna circunstancia, pero, y a falta de más pruebas, sólo queda declarar lo evidente¹⁰⁷.

¹⁰⁴ Ibid, p. 34. «Una de las primeras prácticas de este género, es “MD Squared”, fundada en Seattle en 1996. Por una cuota anual de 15.000 dólares por persona (25.000 por familia), la compañía promete “acceso pleno, ilimitado y exclusivo a su médico personal”».

¹⁰⁵ Ibid, p. 42.

¹⁰⁶ No en un sentido constitucional, sino hipotéticamente liberal entendiendo que cada persona puede disponer de su vida como desee y venderla si lo considera oportuno.

¹⁰⁷ Thomas Jefferson escribió en el borrador de la Declaración de Independencia de EEUU, de junio de 1776: «Sostenemos como sagradas e innegables estas verdades».

CONCLUSIONES.

El estudio llevado a cabo a través de este trabajo ha sido gratificante y muy instructivo por cuanto me ha permitido dar respuesta a problemáticas relacionadas con las iniciativas privatizadoras de los servicios públicos, introducirme en los variados conceptos de eficiencia existentes e incluso poder plantearme con detenimiento si la aplicación del dogma de «eficiencia económica» tiene cabida o no respecto de ciertos bienes relacionados con la salud. Primeramente cabe destacar que la discusión sobre los modelos sanitarios lleva a una conclusión clara: el acceso sanitario público y universal tiene repercusiones muy importantes de maximización de los resultados salud en relación a la inversión realizada. Es decir, los sistemas sanitarios analizados cuya producción y financiación es pública –fundamentalmente el NHS británico y el propio SNS español– tienen unos resultados en términos de equidad magníficos si comparamos el gasto realizado con otros países cuyo modelo es mayoritariamente privado, tanto en producción como en financiación –EEUU o Suiza, aunque esta última, con una fuerte regulación que busca balancear los desequilibrios en los resultados de salud provocados por la provisión de la cobertura a través de seguros–. Recordamos como el sistema público de salud español no alcanza un gasto per cápita de 3000\$, mientras los sistemas suizo o estadounidense superan los 9000\$.

Este argumento utilitarista –por cuanto se maximizan los resultados de salud– favorable a la provisión de la sanidad a través de medios públicos, puede resultar sin embargo y en ocasiones tramposo. Ciertos autores, así como los datos provistos por la OCDE, arguyen que si bien la utilidad global es importante, la calidad del servicio prestado es igualmente importante. Por tanto, y ante el panorama de reducción de gasto público en sanidad en nuestro país, las listas de espera se engrosan y el servicio provisto por los médicos es más deficiente. ¿Qué los resultados generales en salud siguen siendo buenos? Nadie lo duda. Pero el hecho de que acudir a la consulta de un especialista en España pueda hoy día suponer un trámite de meses, y aunque tu vida ciertamente pueda no estar en riesgo, reduce notablemente la sensación de calidad del servicio prestado. Es tramposo por tanto guiarnos sólo por los resultados «útiles» de salud, y debe admitirse que, y aunque en EEUU a día de hoy todavía cerca de 30 millones de personas no cuentan con cobertura sanitaria, nos superan en índices relacionados con la calidad de los tratamientos «paliativos» –haciéndonos eco de lo que ya decía Vincenç Navarro, en

tanto que este tipo de tratamientos no eran críticos de cara a salvar o alargar notablemente una vida, pero sí mejorar la calidad de la misma—. Así, podríamos decir que allá donde hay cobertura sanitaria, EEUU supera en calidad de tratamientos a muchos países de la OCDE, ni que decir tiene España. Ejemplos de esto serían los índices de supervivencia al cáncer, especialmente los de mama y colón¹⁰⁸. Por tanto, la equidad importa, sí. Pero la provisión de un servicio de calidad requiere de medios que, como todo buen producto, satisfagan las expectativas del usuario que de una forma y otra, paga.

Asimismo, he añadido perspectiva a mi entendimiento de la eficiencia, y la relación intrínseca y aparentemente indisoluble que guardaba con la gestión privada. Si bien es cierto que la competitividad y la lucha por el mercado favorece la aparición de resultados muchas veces «eficientes», no es menos importante la organización que se haga de determinados recursos a través de los incentivos correctos y bien planificados, que promuevan unos buenos resultados. La ciencia económica resulta tan relativa como los posicionamientos ideológicos que se puedan encontrar en una sociedad. Es por ello necesario un análisis crítico —desde el plano teórico— y riguroso —desde un punto de vista técnico— para aventurarse a determinar las bondades de uno u otro planteamiento, en este caso sanitario. La introducción, por ejemplo, de la obligatoriedad en la contratación del seguro en Suiza es una buena muestra de ello, a través del cuál se hace uso *a priori* de la ventajas de un mercado competitivo, pero corrigiendo anomalías como podía ser el desplazamiento del mercado que se da a través de la selección adversa.

Por último, cabría destacar en estas conclusiones, la parte final de este proyecto. Sobre la que más he disfrutado leyendo, y sobre la que he pretendido volcar en cierto modo mis inquietudes respecto al modelo económico existente, respondiendo a ciertas preguntas: ¿Existen límites a la mercantilización de los bienes? ¿Dónde debe trazar el hombre las «líneas rojas» al libre mercado, no ya en un afán intervencionista, sino como forma de propia supervivencia? ¿Podemos acabar engullidos dentro de una sociedad sin ética ante la voracidad de la «maximización del beneficio económico»? Mi respuesta, quizás no tan alarmista como la que nos pudo dar Titmuss cuando nos prevenía del

¹⁰⁸ OCDE, «Why is health spending in the United States so high?», *Health at a glance*, 2011.

contagio que la pérdida del espíritu altruista y de la gratuidad tendría hacia otras esferas de la vida, es que existen bienes que al menos declarativamente no deben estar sometidos a las condicionalidades del mercado. Como ya hicieron en su día los «creadores de derechos» en EEUU o Francia a finales del siglo XVIII, el reconocimiento de ciertas verdades como evidentes no hace más que fijar, de forma necesaria, las bases de una determinada conciencia social. La deriva liberal del modelo ideológico actual –y sin que de dicha expresión se infiera mi rechazo por el pensamiento liberal–, sin cuestionamiento político y crítico aparente, deja una sociedad huérfana de contradicciones. Los manidos mantras de la eficiencia, la competitividad y de nuevo la «maximización del beneficio económico», a mi juicio no deberían entrar a tocar bienes como la salud o el intercambio de bienes como son los órganos o incluso los bebés –atendiendo a las connotaciones, por ejemplo discriminatorias y de «bebé de encargo», que las tesis postuladas por Posner acarrearían según ciertos autores¹⁰⁹–. No parece así conveniente, escarbar más si cabe en la corrupción que nuestro propio modelo económico provoca sobre ciertos bienes. Los límites morales del mercado se aventuran a revertir la perversión de valores y principios que no sólo son éticamente defendibles, sino para cuya defensa nos hemos dotado de constituciones, derechos y declaraciones que nos recuerden la importancia del contrato social que un día todos firmamos.

¹⁰⁹ Como GOODWIN, MICHELE, «The free-market approach to adoption: The value of a baby», *Boston College Third World Law Journal*, volumen 26, 2006.

BIBLIOGRAFÍA.

- ARNESON, RICHARD J., «Rawls versus utilitarianism in the light of political liberalism», *The Idea of a Political Liberalism: Essays on Rawls*, Rowman & Littlefield, Lanham, 2000. URL: <http://philosophyfaculty.ucsd.edu/faculty/rarneson/rawlsut.pdf>
- ARRIZABALO, XABIER, «El imperialismo, los límites del capitalismo y la crisis actual como encrucijada histórica», 2011. URL: https://www.scribd.com/fullscreen/135155781?access_key=key-36xc59u1nelgrnxtw6g&allow_share=true&escape=false&view_mode=scroll
- BAREA TEJEIRO, JOSÉ y GÓMEZ CIRIA, ANTONIO, *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, 1ª ed., Instituto de Estudios Económicos, 1994.
- BARR, NICHOLAS, *The economics of the welfare state*, Standford University Press, California, 1998.
- BARR, NICHOLAS, *The welfare state as piggy bank*, Oxford University Press, 2001.
- BRETCH, BERTOLT, *Los negocios del Señor Julio César*, Ediciones Siglo veinte, Buenos Aires, 1968.
- CARRERAS, MERCEDES, «El óptimo de Pareto frente al utilitarismo», *Télos, Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*, vol. I, número 2, 1992, pp. 127-139. URL: <http://es.scribd.com/doc/259864522/El-Optimo-de-Pareto-Frente-al-Utilitarismo-pdf#scribd>
- COASE, RONALD H., «The problem of social cost», *The Journal of Law & Economics*, 1960.
- COOTER, ROBERT y ULEN, THOMAS, *Law and Economics*, 6ª ed., Pearson, 2012.
- CSIT, Unión Profesional, «Informe comparativo coste/eficiencia de la gestión pública y la gestión privada de la sanidad en la Comunidad de Madrid», Madrid, 3 de diciembre 2012.
- ESCOHOTADO, ANTONIO, *Los enemigos del comercio. Volumen I*, 2ª ed, Espasa.
- FEDEA, Observatorio de la sanidad, «El sistema de salud en España en perspectiva comparada», diciembre 2014. URL: <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>
- GÁMIR, LUIS, «Política de privatizaciones y su marco de política económica. Coherencia, credibilidad y análisis coste-beneficio», *Teoría y política de*

- privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004.
- GISBERT I GELONCH, RAMON, *Economía y Salud. Economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario*, 1ª ed., Masson, 2002.
- GOODWIN, MICHELE, «The free-market approach to adoption: The value of a baby», *Boston College Third World Law Journal*, volumen 26, 2006.
- GUTIÉRREZ JUNQUERA, PABLO, *Curso de Economía Pública*, ed. Delta, Madrid, 2015.
- HAYEK, FRIEDRICH, *Camino de Servidumbre*, Alianza Editorial, Madrid, 1985.
- HIRSCH, FRED, *Los límites sociales al crecimiento*, Fondo de Cultura Económica, 1985.
- HOLLINSWORTH, BRUCE y PEACOCK, STUART, *Efficiency measurement in health and health care*, 1ª ed., Routledge, 2008.
- HUNT, LYNN, *La invención de los derechos humanos*, Tusquets Editores, 2009.
- IBERN, PERE, *Incentivos y contratos en los servicios de salud*, Springer-Verlag Ibérica, 1999.
- MANKIW, GREG, *Principios de Economía*, 5ª ed., Cengage Learning, 2011.
- MARX, KARL y ENGELS, FRIEDRICH, *El manifiesto del partido comunista*, 1848.
URL: <http://www.pce.es/descarga/manifiestocomunista.pdf>
- MEGGINSON, WILLIAM L. y NETTER, JEFFREY M., «From state to market: a survey of empirical studies on privatization», *Journal of Economic Literature*, 2000. URL: <http://www.oecd.org/daf/ca/corporategovernanceofstate-ownedenterprises/1929649.pdf>
- MEGGINSON, WILLIAM L., «Privatization in perspective: the last twenty years», *Teoría y política de privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004.
- MONTES, JOSÉ LUIS, «Hasta donde puede llegar la privatización», *Teoría y política de privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004.
- NAVARRO, VINCENÇ, *Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que o se habla en nuestro país*, 2ª ed., Editorial Anagrama, 2002.
- OCDE, *Health at a glance 2009, 2011 y 2014*. URL: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en#page1

- OCDE iLibrary. URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en
- ORTÚN, VICENTE y CALLEJÓN, MARÍA, «Crisis en España: ¿Cómo renovar los servicios sanitarios?», *Universidad Pompeu Fabra*. URL: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/8.Cap._8_Crisis_en_España.pdf
- PICKER, RANDAL C., «An introduction to Game Theory and the Law», *Chicago Working Paper in Law & Economics*, 1993.
- POSNER, RICHARD y LANDES, ELISABETH, «The Economics of the Baby Shortage», *The Journal of Legal Studies*, 1978.
- POSNER, RICHARD, «The regulation of the market in adoptions», *Boston University Law Review*, 1987.
- PULIDO, ANTONIO, «Innovación, competitividad y privatización», *Teoría y política de privatizaciones: su contribución a la modernización económica*, Ediciones Cinca, 2004.
- SÁNCHEZ-MACÍAS, JOSÉ IGNACIO et. al, «Eficiencia dinámica en el sistema hospitalario de Castilla y León», *Universidad de Salamanca*, febrero 2005.
- SANDEL, MICHAEL J., *Lo que el dinero no puede comprar*, 1ª ed., Debate, 2013.
- SHIRLEY, MARY y WALSH, PATRICK, «Public versus private ownership», *The World Bank Policy Research Working Paper*, 2000. URL: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/19806/multi_page.pdf?sequence=1
- SLONIM, ROBERT; WANG, CARMEN y GARBARINO, ELLEN, «The market for blood», *Journal of Economic Perspectives*, Volume 28, number 2, Spring 2014.
- STIGLITZ, JOSEPH, *La economía del sector público*, 3ª ed., Antoni Bosch Editor, 2000.
- THE WORLD BANK, *Health indicators*. URL: <http://data.worldbank.org/indicator>
- TITMUSS, RICHARD, *The gift relationship*, The New Press, 1997.