
¿Se puede construir un sistema público de salud con bienes económicos? Siete puntos críticos

Antonio Mora Plaza

Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Complutense de Madrid

Resumen

El presente trabajo intenta demostrar la imposibilidad de construir un sistema de salud que tenga las propiedades o características de universalidad, gratuitud, no discriminación y eficiencia desde el solo mercado. La conclusión, por tanto, es la de que sólo desde lo público se puede hacer manteniendo el mercado como complementario de lo público.

Se apuntan 7 aspectos de un sistema de salud que avalan la tesis expuesta: a) la imposibilidad de construir una demanda de bienes y servicios sanitarios a partir exclusivamente de las supuestas bondades de la teoría de la demanda (racionalidad); b) las barreras que suponen nuestros gustos, fobias, manías, hipochondrias entre nuestras necesidades preventivas y sanitarias y la teoría de la demanda convencional; c) la estructura oligopolística de las farmacéuticas cava una fosa a las supuestas virtudes –asignaciones eficientes- de los mercados competitivos; d) el insufrible supuesto de una regulación de los trasplantes a través del mercado; e) las externalidades que se derivan de la formación de los profesionales de la salud; f) el fracaso de las campañas de vacunación hechas sólo a través del mercado y g) el propio teorema de imposibilidad de Arrow echó por tierra criterios ordinarios de elección social a través del mercado.

Palabras clave: salud, bienes privados, bienes públicos, genéricos, trasplantes, empresas farmacéuticas, mercado, gratuitos, universal, no discriminación.

Summary

The present work attempts to demonstrate the impossibility of building a Health System only from the market economy with the following features: global, gratuitous, non-discrimination and efficient. We conclude that it can only be done from the public, maintaining the market as complementary to the public.

Seven characteristics of a health system that support this thesis are mentioned: 1) the impossibility to make a demand for health goods and services exclusively from the supposed goodness of the demand theory (rationality); 2) our phobias, caprices, hypochondriasis are a barrier between the preventive medicine or health requirements and the demand theory; 3) the oligopolistic structure of pharmaceutical enterprises destroys the so-called merits -efficient allocations- of competitive markets; 4) the insufferable assumption of the transplant regulation by the market; 5) the externalities derived from the formation of the health professionals; 6) the failure of the vaccination campaigns made only by the private companies; 7) the Impossibility Arrow Theorem defeats the ordinal criteria about the social election from the market.

Key words: health, private goods, public goods, generics, transplants, pharmaceutical enterprises, market, free of charge, universal, no discrimination.

Bienes económicos y bienes públicos

El título de este trabajo parecería indicar, *prima facie*, que estamos ante una discusión meramente nominalista propia de gente ociosa. El que tuviera la paciencia de leerlo comprobará que nada más lejos de la realidad y que de la diatriba entre bienes públicos y bienes económicos y su confrontación con un sistema público⁽¹⁾ de salud surgen pertinentes sugerencias para la pregunta leninista por excelencia: ¿qué hacer? Antes de nada aceptamos la definición de salud que da la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la salud no es meramente la ausencia de enfermedad o de disminución, sino que es un estado completo de bienestar físico, mental y social”. Volviendo a la diatriba bien económico/bien público, planteamos otra pregunta ya nada nominalista y que es consecuencia de la del título: ¿puede proveerse un sistema na-

cional de salud con bienes económicos si aquél debe tener las características de universalidad, gratuidad y no discriminación? Para ello veamos primero y sin más dilación qué es un bien económico y qué es un bien público.

En el diccionario de Andrés S. Suárez Suárez se dice que bien económico es “todo objeto, elemento material o cosa que sirva para satisfacer alguna necesidad humana. Por oposición a los bienes libres, los bienes económicos son aquellos que se adquieren en el mercado pagando por ello un precio, expresión de su grado de escasez o del coste o sacrificio que es necesario soportar para obtenerlos”¹.

Yo destacaría de esta definición o consideración de bien económico una presencia y una ausencia. Presencia reseñable: la idea de mercado, aunque no lo sea como lugar físico, sino como construcción intelectual, reflejo de una realidad compleja, donde se cruzan ofertas y demandas de bienes y servicios según precios y cantidades²; ausencia: quién y cómo y bajo qué requisitos se producen estos bienes y servicios. Parece una obviedad que la respuesta sea que es esa organización con fines lucrativos de trabajo asalariado y capital que llamamos empresa, desde las grandes multinacionales hasta las más pequeñas,

⁽¹⁾ A partir de ahora hablaremos indistintamente de sistema público de salud o de Sistema Nacional de Salud, aunque ambos –nacional o público– no son sinónimos precisamente; además encierra la trampa, hilo y puente que tiende la derecha neoliberal para destruir precisamente lo que tiene de bien público un sistema de salud. Lo que sigue trata de demostrar que no se puede destruir –aunque sí menoscabar– un sistema de salud público si debe cumplir los requisitos de gratuidad, universalidad y no discriminación.

las empresas familiares, sin olvidarnos del trabajo autónomo y que en el seno del hogar se realizan servicios, que no pasan la mayor parte de las veces por el mercado, que no son valorados económicamente mediante un precio; y también trabajos no lucrativos como los de las Organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones sin fines de lucro, etc.

Completamos la definición del autor haciendo hincapié en el aspecto empresarial de los bienes económicos –con las excepciones mencionadas–, porque va a resultar clave en la discusión que se avanza. Sólo avanzar que toda provisión de bienes y/o servicios bajo esa organización de trabajo asalariado y capital físico y monetario se hace atendiendo a dos señores, bajo dos servidumbres: la del bien y/o servicio que se provee, sus características, el mercado al que se dirige y la demanda que intenta satisfacer, por un lado, y la cuenta de resultados, la necesidad de al menos no dar pérdidas, salvo en momentos puntuales y siempre que sean recuperables, por otro. Bien económico puro sería el producido en estas condiciones, pero sin subvenciones ni regulaciones, sin ningún tipo de intervencionismo.

Este es el sistema capitalista bajo, o en el que vivimos prácticamente todo el

planeta, si bien, todo ello muy modificado y corregido a veces en sus aspectos más crueles de explotación, de desigualdad en la distribución de bienes y servicios, con leyes limitadoras o estimuladoras, con provisión de bienes públicos, con sector público a veces muy desarrollado, con regulaciones y precios de intervención, etc.

Todo esto ya es sabido y no se expone nada original ni sorprendente por el momento. La cuestión que se plantea es si este sistema así caracterizado es capaz de proveer bienes (medicamentos) y servicios (tratamientos, intervenciones, atención al enfermo) que cure las enfermedades de la población, que la prevenga de ellas en condiciones de igualdad, universalidad, no discriminación y eficiencia.

Vayamos a por los “bienes públicos”. En el mismo diccionario se dice que son los que “satisfacen necesidades públicas⁽²⁾ o colectivas. Bienes esenciales para la colectividad, en la que no se puede aplicar el principio de exclusión (no se puede excluir de su consumo a los usuarios que no estén dispuestos a pagar por ellos el precio correspondiente), como la seguridad y la defensa. También se les denomina bienes de consumo conjunto, de

⁽²⁾ El comienzo es un tanto tautológico.

consumo colectivo o de consumo no rival. Por las dificultades que ellos comportan a la hora de fijar precios, su provisión no puede ser confiada al mercado⁽³⁾”.

Para Menger, el economista austriaco de la escuela marginalista, bienes no económicos (hay que entender que públicos) son aquellos “que como el aire o el agua, su oferta supera las necesidades”³, en contraposición de los económicos, donde ocurre lo contrario.

Samuelson ha caracterizado los bienes públicos como aquellos en los que se da una agregación vertical de su demanda, frente a los bienes económicos, donde se da una agregación horizontal de las demandas individuales por cada precio que el consumidor está dispuesto a pagar. La razón de ello es que no se puede saber, por ejemplo, las necesidades de la defensa de un país, porque los ciudadanos no parecen dispuestos a revelar el precio a pagar por su cuota de defensa y confían en que las autoridades –léase Gobierno, Administración, políticos– den con el nivel adecuado.

Sin embargo, muchas veces no queda claro si esta diferenciación entre bienes económicos y bienes públicos se debe a las características de los bienes o servicios en cuestión, a las dificultades de dis-

criminar su uso mediante el precio o por cualquier otro sistema, o porque son una decisión política en el uso legítimo –al menos en las democracias– del poder de las instituciones representativas.

Así por ejemplo, el uso de un parque puede ser un bien público si es libre y gratuita la entrada, o un bien económico si se le pone un precio y se limita su entrada a los que la paguen. Además, no siempre ni necesariamente –aunque quizás sí convenientemente–, un bien público ha de ser provisto desde las Administraciones del Estado, desde lo público, y no siempre los bienes económicos han de proveerlos desde las organizaciones empresariales de derecho privado. Y puede ocurrir que haya bienes que en su día fueron públicos según tiempos históricos y latitudes, es decir libres y gratuitos, como el agua, y que han pasado a ser bienes que participan de ambas características: son públicos porque no pasan por el mercado, se decide su propiedad y administración desde lo público –aunque se concedan licencias a veces a empresas privadas para su gestión–, pero se pone un precio para su consumo para evitar el despilfarro. Otro ejemplo de bien público en peligro de convertirse en bien económico es el aire no contaminado, porque si seguimos contaminando el aire (capa de ozono), puede lle-

⁽³⁾ La cursiva es nuestra.

gar el día que nos vendan aire no contaminado en botellas como el agua de Solares, Bezoya o Solán de Cabras.

Bienes económicos y sistemas de salud

Ahora ya estamos en mejores condiciones para retomar la pregunta: ¿puede proveerse un Sistema Nacional de Salud con bienes económicos, si debe reunir las características de universalidad, gratuidad y no discriminación? Pero hay algo más: los neoliberales, los que creen que lo público es un mal en el mejor de los casos necesario, los que consideran que el Estado del bienestar es un monstruo que, como al Minotauro, hay que matarlo para buscar el hilo de las asignaciones eficientes, los que creen en la superioridad de lo privado, del mercado y del sistema de precios que de él se deriva, creen también en la necesidad de privatizar la sanidad pública, aunque no se atrevan a decirlo en público y con claridad.

Pues bien, lo que sigue es una enumeración de las dificultades de crear un sistema de provisión exclusivamente de bienes económicos⁽⁴⁾ en el ámbito de la

⁽⁴⁾ Repárese la caracterización de bien económico que hemos recogido porque es decisiva para lo que sigue. Con otra idea de bien económico más difusa o más genérica no se obtendrían las conclusiones.

salud que cumpla las características mencionadas de gratuidad, universalidad y no discriminación y con asignaciones eficientes en el consumo y/o en la producción.

I. En el tema de salud existen colectivos que necesitan servicios médico-sanitarios que no podrían pagarlos por ellos mismos, como son los niños, parte de los ancianos, la mayoría de los enfermos crónicos, enfermos mentales, etc.⁴. Ello implica que las necesidades de estos colectivos no se traducen en “demanda” de servicios sanitarios (y menos aún preventivos).

Es verdad que este fallo de la “teoría de la oferta y de la demanda” como “mano invisible” organizadora del qué, del cómo y del para quién producir de forma óptima según los adalides neoliberales afecta prácticamente a todos los bienes y servicios económicos; que uno de los “fallos del mercado” es el de que no siempre se produce lo que se necesita, ni siempre se necesita lo que se produce, porque existe un hiato, un vacío, entre la necesidad y su demanda⁽⁵⁾, entre

⁽⁵⁾ “En la teoría del comportamiento del consumidor, quien toma la decisión es un individuo o una unidad económica de consumo, que se considera como individuo a efectos de análisis. Los complicados problemas psicológicos relativos a las motivaciones individuales –por ejemplo, qué determina sus objetivos– son evitados mediante el artificio de la función de utilidad.

la necesidad y la información que llega al mercado. Pero es más verdad que este vacío es más notorio y dramático en materia de salud.

No existen en la realidad unidades atomizadas de oferentes y demandantes como explican los libros convencionales de economía: en materia de salud y en otras existen hogares, familias con diferentes gustos y necesidades en el seno de cada una de ellas, que a veces no se traducen en necesidades ni en demandas a través del mercado, porque una parte de sus actores no puede disponer libremente de los recursos adecuados o porque no puede reconocer o expresar sus necesidades médico-sanitarias.

Esta ruptura entre necesidad y demanda⁽⁶⁾ en el ámbito de la salud es una ley general, universal de carácter socio-lógico que se puede paliar desde lo pú-

El consumidor trata de maximizar su utilidad y la utilidad se define como aquello que el consumidor trata de maximizar⁽⁵⁾ (hay traducción en castellano: Economía Analítica del Bienestar. Alianza Universidad; 1975). Obviando la tautología final de la cita, el divorcio entre necesidad y demanda es tan obvio también que entra de lleno en “las motivaciones individuales” que el autor trata de evitar.

(6) “La teoría económica actual se ocupa supuestamente de la maximización, por ejemplo, de la utilidad, el beneficio... (o de la minimización, por ejemplo, del coste, de la desutilidad, etc.). La objeción fundamental es que estos extremos existen y son alcanzables sólo en el caso de que el individuo o la empresa (o la entidad de que se trate) controle todas las variables de las cuales depende su maximización”⁶.

blico, pero no se puede eliminar desde lo privado.

2. En materia de salud no siempre el enfermo es capaz de distinguir entre sus gustos y sus necesidades. Cuando compramos un coche, un piso o pagamos a una agencia de viajes nuestras vacaciones, podemos convenir que nuestros gustos se traducen en nuestras necesidades y éstas en la demanda de tales bienes o servicios.

Podemos conjeturar, aunque no sin alguna dificultad en algunos casos, que somos los mejores jueces de nosotros mismos. Con la salud por medio, tanto cuando estamos enfermos como cuando estamos sanos, pero nos sometemos a cuidados preventivos (análisis de empresa, obligatorios, vacunas, etc.), no siempre coinciden las necesidades de curación de nuestros órganos, tejidos y sistemas (circulatorio, digestivo, linfático, etc.) y la percepción que tenemos de ello.

La cita podría hacerse aún más extensa, y aun cuando se refiere a la teoría económica en general viene como anillo al dedo al tema que nos ocupa. Si una parte de la población que necesita un producto (farmacéutico) o servicio (atención médica, intervención quirúrgica) no puede traducir sus necesidades o deseos en demanda, sea a través del mercado, sea desde lo público, la teoría de la demanda convencional como portadora de virtudes maximizadoras de utilidad que determinan una relación inversa entre demanda (cantidad demandada) y precio se nos derrite entre los dedos.

Nuestros órganos y sistemas, como nuestros genes, son egoístas, requieren cuidados que no siempre estamos dispuestos a aceptar; además fumamos, bebemos, etc.; a veces lo contrario (hipocondríacos). No siempre médico y paciente tocan la misma melodía; a veces parecen una pareja a punto del divorcio.

Es otra dificultad para la teoría económica, porque entre las necesidades médico-sanitarias y la demanda de bienes (fármacos) y servicios (análisis, tratamientos, intervenciones, etc.) media el propio paciente.

Y si para salvar la dificultad pasamos por alto las necesidades médicas de nuestros órganos y sistemas, la teoría de la demanda se convierte en una especie de “teoría de preferencia revelada”⁽⁷⁾ absolutamente trivial: lo que se demanda es lo que se compra (se expide o se recepta) en el mercado, y punto. No hay ni la racionalidad, ni la maximización de utilidad que presupone la teoría económica convencional en la teoría de la demanda,

porque entre el paciente y sus necesidades médico-sanitarias se interponen decisivamente nuestros desconocimientos, manías, fobias, filias, hipocondrías, etc.

3. ¿Es imaginable un mercado de productos farmacéuticos que alcance “El Dorado” de la competencia, y por tanto de las asignaciones eficientes y sus bondades paretianas? Vamos a enumerar algunas de las características de este mercado y dejaremos al lector la respuesta:

– El sector farmacéutico está dominado por un puñado de grandes empresas multinacionales⁽⁸⁾, de las cuales las 10 primeras representan el 58,4% del mercado mundial en el año 2003 según la revista *Fortune*.

– Las cuantiosas inversiones en investigación necesarias para lanzar un producto nuevo, una nueva molécula o un nuevo principio activo, predispone a las empresas del sector a tomar todo tipo de precauciones –patentes a 20 años⁽⁹⁾– para garantizar la recuperación en la fase de distribución, a veces de for-

⁽⁷⁾ La teoría de la preferencia revelada viene a decir que el orden en el que adquieren los bienes refleja las preferencias. “La teoría de la preferencia revelada afirma que, observando las elecciones de bienes realizadas por un individuo, limitado por su presupuesto, en un mercado, se puede determinar el orden (la ordenación) de sus preferencias”¹⁶. No sabría decir si esta teoría es más peregrina que trivial o lo contrario.

⁽⁸⁾ Pfizer Pharmacia, Glaxo Smith Kline, Merck & Co., Bristol-Myers Squibb, AstraZeneca, Aventis, Johnson & Johnson, Novartis, Wyeth, Eli Lilly, son las 10 primeras multinacionales de la farmacopea.

⁽⁹⁾ Período de tiempo de explotación en régimen de monopolio acordado por la OMC sobre derechos de propiedad intelectual.

ma ilegal, a veces sin las suficientes pruebas clínicas recomendables por la OMS, a veces de forma fraudulenta. Sus actuaciones, irregularidades y fraudes⁽¹⁰⁾ son noticias en los medios de comunicación con demasiada frecuencia⁽¹¹⁾ (debería ser cero).

– Sus cuantiosas inversiones iniciales y una escasa competencia⁽¹²⁾ hace que, al menos una parte de ellas, estén trabajando en zonas de costes decrecientes. Si ello es así, no existe una curva de oferta del sector tal y como explica la teoría económica convencional para el caso de la competencia perfecta o casi perfecta.

(10) “La policía italiana denunciaba a 4.713 personas en la operación Gove. Eran 4.440 médicos y más de 200 trabajadores de la multinacional farmacéutica GlaxoSmithKline (GSK). El delito consistía en dar fuertes sumas de dinero de forma directa o indirecta a médicos para que prescribieran los fármacos de GSK. En: Escrivá P. Los delitos de las multinacionales farmacéuticas urgen una reconversión.

(11) En el momento de redactar este trabajo es noticia la multinacional Merck porque se enfrenta a miles de demandas por su medicamento Vioxx, un antiinflamatorio al que se responsabiliza de provocar como efecto secundario un aumento del riesgo de infarto.

(12) “Los servicios públicos devienen monopolios naturales porque la magnitud de las inversiones iniciales (elevados costes fijos) y el coste necesario para llegar a un número mínimo de usuarios constituyen barreras de entrada que dificultan la incorporación de competidores en el sector”¹⁷. Aunque el texto no se refiere a un sector determinado, parece escrito para las farmacéuticas, pero puede decirse de los grandes sectores estratégicos: eléctrico, del petróleo, del carbón, etc.

Ello implica que no hay ni puede haber, aunque sólo sea por este “fallo del mercado”, asignación eficiente, dejando al margen distribuciones injustas, encarecimiento del producto por la oligopolización del sector y la capacidad de imponer sus criterios por el solo hecho del destino de sus productos: la salud. Es plausible que se trate de un caso de “oligopolio”, donde la alternativa competitiva se hace imposible⁽¹³⁾.

– La posibilidad de la “externalización” de los conocimientos entre empresas, incluso entre el sector privado y el público, es otra de las características del sector: el capital físico no se puede trasladar, pero sí el humano basado en el conocimiento.

– La demanda tan inelástica de los productos farmacéuticos tiene como consecuencia la posibilidad de encarecer los productos en un mercado oligopolístico y el de araÑar un parte importante de las rentas de los pacientes y/o del Estado.

(13) “Existe un monopolio natural siempre que los costes medios de producción de una empresa disminuyan hasta unos niveles de producción superiores a los que se darían probablemente en el mercado” (Stiglitz J. Microeconomía. p. 361). Aunque en la literatura económica se habla de monopolio natural, bien podría extenderse al oligopolio cuando se dan las mismas circunstancias que caracterizan al monopolio a varias empresas, porque es un problema de costes medios y no derivado de la competencia entre empresas.

– Caros o baratos, genéricos o no genéricos, justos o injustos en su reparto, la oferta de productos farmacéuticos que el solo mercado sería capaz de proveer se revelaría (y se revela) siempre con dos características comunes: su insuficiencia⁽¹⁴⁾ y su sesgadez⁽¹⁵⁾. Insuficiencia porque las necesidades de la población mundial no se traducen en demanda a precios compatibles con las cuentas de resultados de las farmacéuticas; sesgadez porque serían, y son, atendidas prioritariamente las enfermedades y tratamientos de las poblaciones del mundo desarrollado.

Veamos esto con más detenimiento: en un sector como el de la farmacopea,

donde las inversiones iniciales son cuantiosas en el lanzamiento de un producto (investigación de moléculas y principios activos, experimentación en laboratorio, ensayos clínicos y aprobación por las autoridades sanitarias nacionales e internacionales)⁽¹⁶⁾ los costes medios disminuyen cuanto mayor sea el trozo de tarta del consumo público y privado de cada medicamento y la población protegida de destino. Además, el tiempo que media desde las primeras inversiones hasta recibir los primeros ingresos es muy dilatado, por lo que las empresas farmacéuticas se olvidan de las bondades neoliberales de libro de los principios de la competencia, y exigen patentes de producción y comercialización también muy dilatadas.

Si en el ínterin se modifican las condiciones de mercado por el lado de la demanda –que no se olvide que la mayor parte es pública–, si aparece un nuevo medicamento sustitutivo, sea genérico o no, o se regula el precio máximo por debajo de sus costes medios de recuperación, las inversiones originales pueden resultar irrecuperables.

No hay solución de mercado para esto salvo con el uso y abuso de las paten-

(14) “Cada año, 3,3 millones de niños –quizá más– nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 mueren antes de cumplir los cinco años” según el Informe sobre la Salud en el mundo 2005, de la Organización Mundial de la Salud.

(15) Según el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de los 1.203 medicamentos nuevos producidos en un período de 20 años (hasta 1996), solamente 13 eran para las enfermedades tropicales y, de estos, sólo 4 fueron producidos por el sector privado. Según la revista *Chemical and Engineering News*, en el período entre julio 2003 y junio del 2004 el fármaco más vendido en el mundo fue la atorvastatina de Pfizer (11.000 millones de dólares); el segundo fue la simvastatina de Merck and Co. (6.000 millones de dólares); ambos medicamentos combaten el colesterol. Y la pregunta es: ¿es este el principal problema de los 6.500 millones de personas que pueblan el planeta? ¿No se trata acaso sólo de uno más de los problemas del mundo desarrollado –y sólo de éste–, que además se podría combatir con una alimentación más sana? La “mano visible” de las farmacéuticas es alargada.

(16) En España la Agencia Nacional de Medicamentos y la Organización Mundial de la Salud a nivel internacional.

tes, pero ello lleva a ineficiencias de acuerdo con la teología neoliberal de mercado, porque se impide que otras empresas con los mismos o menores costes medios puedan ofrecer el producto a menores precios y/o en mayores dosis. Llegados a este punto, el comportamiento de las farmacéuticas y de los laboratorios de ellas dependientes se vuelve –o se puede volver– muy peligroso.

Pueden (y lo hacen) intentar por todos los medios legales y/o ilegales impedir la entrada de nuevas empresas para evitar la competencia; pueden intentar, y lo intentan, influir en los poderes públicos para legislar a su favor; pueden exigir nuevas patentes o renovar las existentes, y lo que es más peligroso al estar en medio la salud en esta cena de mercaderes: pueden (y lo hacen) intentar acortar o saltarse la fase experimental de un medicamento y los correspondientes ensayos clínicos, con las consecuencias peligrosas y a veces mortales que de ello se deriva⁽¹⁷⁾.

Con todo lo anterior, pensar que pueda alcanzarse las supuestas bondades derivadas de la competencia en el mercado farmacéutico es pensar en pa-

raídos, edenes, Dorados o hiperbóreas. Al menos de tejas abajo.

4. La lucha entre productos farmacéuticos genéricos y no genéricos⁽¹⁸⁾ es una muestra de la necesidad que tienen las grandes empresas farmacéuticas de preservar las inversiones en investigación y desarrollo (I+D). Para recuperar éstas, las farmacéuticas tienen la posibilidad de acogerse a una patente, es decir, a constituirse en monopolio de producción y comercialización.

Para impedir los efectos más negativos del monopolio en un tema tan delicado como el de la salud, en el caso español se otorga por ley (1996) a un grupo de medicamentos (las especialidades farmacéuticas genéricas) que puedan competir con los “originales”, pero cumpliendo una serie de requisitos.

Así, han de demostrar equivalencia terapéutica respecto a la especialidad de referencia, equivalencia biológica o bioequivalencia, tener igual composición cualitativa y cuantitativa en principio activo que el llamado medicamento original, ser similar a la especialidad farmacéutica de regencia autorizada, y por último, en España que hayan pasado 10 años desde la autorización de

⁽¹⁷⁾ Es el caso del “Lipobay” de Bayer para combatir el colesterol.

⁽¹⁸⁾ Llamados especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) se crearon en 1996 en la ley de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

comercialización del fármaco original⁽¹⁹⁾, etc.

La filosofía regulatoria consiste en que la Administración Sanitaria pone un precio de referencia⁽²⁰⁾ para ciertos principios activos que caracterizan cada medicamento, pero el paciente, de acuerdo con el médico o el farmacéutico, tiene la posibilidad de pagar la diferencia por la marca prescrita por el profesional de la medicina que le atiende⁽²¹⁾.

Con diversas variantes, es el criterio más extendido en los países desarrollados, pero hay que decir que en España no parece que haya tenido mucho éxito, porque en el año 2001 sólo se habían vendido un 5,33% de medicamentos genéricos respecto del total y el ahorro obtenido había sido sólo de un 0,7%⁸, aunque en el año 2004 parece que las cosas han mejorado. En el tema de los genéricos se ejemplifican intereses, necesidades y gustos casi imposibles de conciliar.

⁽¹⁹⁾ Ley 13/1996 y circular 3/97 del 6 de febrero de 1997. A nivel internacional, la Organización Mundial de Comercio establece en 20 años el derecho exclusivo de comercialización a sus miembros.

⁽²⁰⁾ R.D. 2402/2004 de rebaja de precios de los medicamento, Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento.

⁽²¹⁾ Cuando escribo esto en el verano del 2005, el Ministerio de Sanidad ha enviado a las Comunidades Autónomas un anteproyecto de una nueva Ley del Medicamento.

Por un lado, están los laboratorios de las empresas farmacéuticas que han de recuperar las inversiones en investigación de los medicamentos bajo formas de monopolio, porque de lo contrario no tienen asegurada la rentabilidad⁽²²⁾ de sus inversiones, tanto en capital humano (conocimientos) como en capital físico.

Por otro lado, están los pacientes con sus gustos y deseos, manías, paranoias y desconocimientos, que a veces coinciden con sus necesidades y otras no.

Están los médicos, tanto de Atención Primaria como especialistas, que deben atender, por un lado, a sus pacientes, y por otro seguir las indicaciones, códigos y protocolos de la Administración Sanitaria (nacional, OMS, etc.). Y por último, la propia Administración Sanitaria, que debe constituir un sistema de salud que ha de ser universal, gratuito y no discriminatorio⁽²³⁾.

⁽²²⁾ “Según un comunicado de la CE, entre 1993 y 2000, AstraZeneca impidió o retrasó el acceso al mercado europeo de genéricos de Losec y también las importaciones paralelas de este producto, e incurrió de esta forma en un grave abuso de su posición dominante contrario a las reglas de la competencia”, en El País del 15 de junio de 2005. Los comentarios sobran.

⁽²³⁾ Aunque no estamos libres de las tendencias neoconservadoras de privatización de la sanidad de los gobiernos de derecha: véase los ataques al médico Luis Montes del Hospital público Severo Ochoa de Leganés o la manipulación de las listas de espera en la Comunidad de Madrid de la Sra. Esperanza Aguirre, presidenta de la misma, o el fracaso de la privatización de la

No existen soluciones óptimas a estas tendencias contrapuestas con la farmacopea por medio y sólo soluciones de compromiso que, en el mejor de los casos y siendo más ingenuos antropológicos que optimistas genéticos, sólo podrían dar lugar a equilibrios subóptimos, tanto por el lado del consumo (pacientes y Seguridad Social) como por el lado de la producción⁽²⁴⁾ (empresas farmacéuticas)⁽²⁵⁾.

gestión del Hospital de Alzira en la Comunidad Valenciana donde gobierna el PP. En un artículo aparecido en el periódico *El País* el 7 de marzo de 2003 en el que la ministra del PP, Ana Pastor, presentaba y ensalzaba su propia Ley llamada de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003 de 28 de mayo), hablaba de que "la segunda línea estratégica es garantizar la equidad, calidad y participación de los ciudadanos", para decir unos párrafos más tarde que "la regulación de las garantías de las prestaciones (...) requiere la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos; realizar la necesaria extensión de las prestaciones más allá del ámbito estricto del SNS a la totalidad del sistema sanitario, incluidos, por tanto, los centros y servicios privados". Es decir, según la Sra. Pastor, para garantizar la equidad son necesarios los centros y servicios privados. Esto es la derecha.

(24) Sería ridículo pensar o intentar en la práctica equilibrios óptimos de tipo paretiano por muy neoliberal que se sea cuando partimos de situaciones de oligopolio por el lado de la oferta (multinacionales farmacéuticas).

(25) Una posible solución en el consumo de productos farmacéuticos sería la eliminación de precios de referencia para que el binomio médico/paciente eligiera libremente entre genéricos y no genéricos y, simultáneamente, una compensación desde los Presupuestos del Estado por la disminución de renta real de los posibles pacientes, usuarios o población protegida de la sanidad. Quizá con ello –y siendo muy optimistas– pudiera conseguirse un subóptimo en el consumo por igualación de las relaciones marginales de sustitución entre genéricos y no genéricos.

5. ¿Es imaginable un sistema público o semipúblico de salud en el que los trasplantes los decidiera el mercado, de acuerdo con los preceptos neoliberales? Nadie con sentido común admitiría la posibilidad de que un paciente tuviera acceso o no a órganos de donantes en función de su capacidad de pago. Hasta en los países anglosajones, desde donde se vende la marca neoliberal, no se deja

Sin embargo, ello daría lugar a un consumo excesivo de no genéricos (originales) por encima de las necesidades médico-sanitarias del paciente –en complicidad a veces con el médico–, porque entre las necesidades y terapias de curación de nuestro organismo median nuestros gustos, manías, paranoias, hipocondriás, descubrimientos, etc.; ello también provocaría un gasto excesivo en los presupuestos del Sistema Sanitario; además, los precios no indicarían la saciedad en el consumo de algunos productos farmacéuticos (véase las "farmacias de hogar" de algunos pacientes) por la inevitable tendencia a un consumo excesivo en muchos pacientes al no poder anteponer sus necesidades terapéuticas a sus gustos, manías, obsesiones, fobias, hipocondriás, etc.

Ambas cosas supondrían en la práctica la eliminación de los genéricos en el recetario de los médicos y, por ende, en la producción y comercialización: sería peor el remedio que la enfermedad; además, no dejaría de ser una forma de intervencionismo que también condenarían los guardianes de la fe neoliberal. En el trabajo de una nota anterior⁸ se dice que "tras un período inicial de ahorro, se puede producir un sostenido aumento del gasto farmacéutico hacia medicamentos de última generación (originales, específicos o no genéricos), más nuevos, en los que la patente –explotación en régimen de monopolio del que hemos hablado– aún no ha caducado". Es verdad que la cita se refiere a la conveniencia por parte de los médicos de extender el recetario a los genéricos, pero con más razón se aplicaría para el caso de la demanda compensada que hemos comentado.

al albur del “mercado” un tema tan delicado y dramático a la vez. Se tiende a crear leyes federales o estatales que permiten el acceso a los órganos de los donantes a través de agencias, organizaciones⁽²⁶⁾ o instituciones públicas centralizadas, con criterio médico-sanitario e independiente de las rentas de pacientes y/o sus familiares.

Desgraciadamente no ocurre lo mismo con otras enfermedades o tratamientos, donde el acceso a los mismos y la variabilidad de la calidad de médicos y hospitales depende en buena medida de la capacidad de pago directa o a través de los seguros⁽²⁷⁾, que en muchos ca-

sos dependen también de la capacidad de pago⁽²⁸⁾.

Admitamos como posible solución una compensación⁽²⁹⁾ a los pacientes o familiares u hospitales que realizarán el trasplante a cargo de los presupuestos del Estado. Con ello podríamos dar satisfacción a neoliberales impuros, es decir, a los que admiten a regañadientes la intervención o regulación de las Administraciones en determinados casos. Veamos los posibles inconvenientes:

– Estaríamos en el mismo caso que si directamente se hace a través de los presupuestos del Estado, porque el paciente y/o sus familiares no tienen margen de sustitución entre ser transplantados o no, entre un órgano de un donante u otro, porque los criterios deontológicos de los médicos –que son

⁽²⁶⁾ En España se creó la Organización Nacional de Trasplantes mediante resolución el 27.6.1980, aunque no se dotó de medios hasta 1989. Al frente de la Organización está un Coordinador Nacional que dirige una oficina central de coordinación. Las Comunidades Autónomas tienen un representante en la Comisión Permanente de Trasplantes de Órganos y Tejidos del Sistema Nacional de Salud. A 20 de mayo del 2004 había en España 4.026 pacientes pendientes de trasplante renal, 665 hepático, 136 cardíaco, 131 pulmonar, 85 pancreático y 8 intestinal, según información del Ministerio de Sanidad y Consumo. España es el primer país del mundo tanto en donaciones como en trasplantes y la OMS parece reconocerlo así tomando el sistema español (el llamado *Spanish Model*) como modelo para los demás miembros.

⁽²⁷⁾ En EE.UU., y para la población que puede pagárselo, el seguro médico privado supone por término medio nada menos que la cuarta parte de la renta de una familia media. Sólo hay dos tipos de colectivos protegidos con carácter general y no dependiente de la capacidad de pago, aunque tampoco son enteramente gratuitos: el *medicaid* y el *medicare*. El primero cubre a

jóvenes sin trabajo, incapacitados y familias que reciben asistencia pública; el segundo, a personas de 65 años o más y a diagnosticados de enfermedad de riñón en sus etapas finales (véase informe de la “Asociación de abogados jóvenes de Texas”). Además, casi cerca de 50 millones de estadounidenses no están cubiertos con ningún seguro, ni público ni privado. ¡Todo un modelo de Sistema de Salud!

⁽²⁸⁾ En muchos casos lo paga la empresa, pero eso no supone gratuidad plena para el empleado, porque dependerá de las elasticidades de oferta y demanda laborales, la posibilidad del traslado del coste del seguro desde los costes empresariales a los salarios.

⁽²⁹⁾ De acuerdo con la teoría de la demanda compensada que ya hemos utilizado en otro punto. Véase para un discusión axiológica general sobre el tema Arrow KJ, et al².

los que deben decidir con el consentimiento del paciente— no lo pueden permitir. No es lo mismo la alternativa vacaciones en el campo o en la montaña, donde puede analizarse el comportamiento del consumidor en términos de relaciones de sustitución en el consumo, costes de oportunidad y relación de precios, que el dilema de vida o muerte que se plantea con el bien “órgano de un donante”, donde no hay margen de maniobra ni posibilidad de elección entre órganos según los receptores.

– Si el número de órganos de donantes fuera menor que el de receptores en un momento determinado, sería insufrible socialmente que la asignación con escasez por medio la determinara el mercado, es decir, la capacidad de pago de los posibles receptores.

– Dada la inelasticidad hipotética de la demanda de órganos respecto al precio, si la guía de asignación fuera el mercado, el precio de los trasplantes dejaría sin acceso a la mayoría de la población potencialmente receptora.

– Convertido en negocio privado el de los trasplantes, incluso con compensación de rentas a los pacientes u hospitales privados, se produciría una diversificación de las calidades de los equipos médicos según la ubicación de los hospitales en territorios de mayor o menor

nivel de renta y riqueza, una discriminación según las posibilidades de traslado de los pacientes de unas zonas a otras⁽³⁰⁾, y divergentes posibilidades de especialización médica según el tamaño de los hospitales y territorios o poblaciones asignadas⁽³¹⁾, también con efectos discriminatorios. Para otros tipos de bienes puede admitirse que la calidad forma parte del juego de la oferta y la demanda y que el precio actúa de juez, pero en temas de salud es inadmisible.

– Si los hospitales y sociedades médicas de carácter privado fueran los beneficiarios de las compensaciones por los trasplantes, aun cuando no se dieran los efectos perversos anteriores, cabría esperar verdaderas campañas de propaganda entre hospitales para allegar pacientes susceptibles de ser trasplantados, que podría dar lugar a sesgos al alza en el uso de los trasplantes y de técnicas aún no suficientemente probadas.

– En fin, a un despilfarro en el uso de la propaganda frente a los sistemas públicos de asignación según criterios es-

⁽³⁰⁾ Puede objetarse que entraría en la renta compensatoria, pero daría lugar a efectos perversos por los deseos o manías de los pacientes y/o familiares a querer operarse por determinado doctor, hospital o en determinado territorio.

⁽³¹⁾ Estas cosas no sólo son ejercicios hipotéticos, sino que ya ocurren en EE.UU. y en otros países de tradición anglófona, en Sudamérica, etc.

trictamente médico-sanitarios, donde sólo es necesaria la información.

El caso de los trasplantes, aunque no sea el único en la sanidad, ejemplifica como ningún otro las perversiones insufribles que conllevaría una asignación de los servicios médicos con criterios de mercado: se daría no universalidad en el acceso, discriminación por regiones o territorios y no gratuidad completa por gastos indirectos, imposibles de evaluar objetivamente, incluso con compensación de rentas⁽³²⁾. Estamos hablando de leyes sociológicas, es decir, de comportamiento, y no de meros ejercicios axiológicos de asignación de recursos, equilibrios paretianos o búsqueda de subóptimos. Hablamos de la vida y de la muerte.

⁽³²⁾ Incluso visto desde el lado de la mera eficiencia, hay datos que apuntan claramente a una superioridad de un sistema público de trasplantes que cualquier versión de asignación por el “mercado”. Por eso, Rafael Matesanz señala que “si todos los enfermos hoy transplantados gracias a este original enfoque de nuestro sistema de donación tuvieran que ser dializados, el coste adicional para la sanidad pública sería más del doble que lo que nos cuestan todos los trasplantes”¹⁰. Es decir, incluso si fuéramos capaces de analizar el tema sólo bajo los aspectos de asignación de recursos, vemos que la sanidad pública ha acertado y ahorrado recursos manteniendo un sistema público de trasplantes –en este caso el referido al riñón– con criterios exclusivamente médicos, frente a hipotéticos criterios privados dependientes de la capacidad de pago, con empresas privadas compitiendo entre sí y con sistemas privados no centralizados que intentaran casar donantes y receptores.

6. En economía los efectos externos (externalidades) tiran por tierra las supuestas bondades de maximización de utilidad (en el consumo) o de minimización de costes (en la producción) al no recoger los precios ni la saciedad ni la escasez. Así, cuando una empresa contaminante o una papelera no recoge como propios los costes económicos –por no hablar de los sanitarios, estéticos, etc.– va a producir por encima de lo que los costes sociales son capaces de soportar⁽³³⁾. Tres serán pues los efectos: los costes sociales y los empresariales no coincidirán, los precios serán menores que con reconocimientos de los costes sociales y se producirá por encima de lo que se haría con costes no externalizados; en el ejemplo, se produciría demasiada energía que los consumidores estarían dispuestos a pagar si los precios siguieran los costes reales y demasiado papel para libros, cuadernos, periódicos, etc.⁽³⁴⁾.

En los temas de salud los efectos externos lo son todo⁽³⁵⁾. Hay efectos ex-

⁽³³⁾ Si es que se estaba produciendo en la zona de costes crecientes.

⁽³⁴⁾ Otra cosa es que se fijara el total de pasta maderera consumible y simultáneamente se diera una subvención para bajar los precios, sin entrar en discusión sobre los pros y los contras de esta posible forma regulatoria.

⁽³⁵⁾ “Las tecnologías elaboradas por la medicina científica habían contribuido en 1% al total del descenso de

ternos en la formación de médicos y personal sanitario en general, desde la formación en la universidad y centros públicos hasta el paso por el sistema público (hospitales, centros de Atención Primaria, etc.) cuando se emplean posteriormente o simultáneamente⁽³⁶⁾ a sociedades médicas privadas o, en general, a centros médicos privados. Toda esa formación y experiencia adquirida desde lo público y costeada con los impuestos de todos no es pagada por el paciente que va a un centro privado. Esto es cosa sabida. De hecho, se puede afirmar que el sector privado de la medicina crece, *pari passu*, con el sector público, depende de éste y sólo es posible la hegemonía del privado sobre el público si se deteriora conscientemente desde el Estado el sistema público de salud.

las tasas de mortalidad. En su opinión, los factores que más influyeron en dicho descenso fueron las mejoras ambientales urbanísticas, de vivienda y de nutrición de la población llevadas a cabo por los gobiernos de la época”¹¹.

⁽³⁶⁾ En unas declaraciones en el diario El País en agosto del 2005 del Sr. Gabriel Mafurroll, presidente de USP Europe, primera cadena hospitalaria privada, contestaba a la pregunta de si exigía “dedicación exclusiva a los médicos que trabajan para ustedes” que “es difícil conseguir dedicación exclusiva. Ahora están trabajando en un 40% de su tiempo para nosotros y aspiramos a que sea el 70% en el futuro. Lo que no admitimos es que trabajen en 5 hospitales distintos cada día”. Menos mal, habría que añadir.

Sí exige una reflexión otro efecto externo que se daría –y quizás no se ha reflexionado lo suficiente– si los sistemas de salud se alimentaran de bienes exclusivamente económicos: es el de las vacunaciones y de las campañas de vacunación para las poblaciones de riesgo.

En efecto, para un mercado regido por la ley de la oferta y la demanda sin intervención pública en materia sanitaria, es la enfermedad el negocio y no la salud y/o la prevención de la enfermedad. La demanda de vacunas y vacunaciones sería insuficiente para evitar la epidemia, porque sólo una parte de la población de riesgo está dispuesta a vacunarse y a traducir sus deseos al mercado si este fuera el único camino. Habría por lo tanto un divorcio entre las necesidades colectivas y las demandas individuales que haría –y eso ocurriría– fracasar al mercado como optimizador del bien “vacunas y vacunaciones”. Por el lado de la oferta no habría tampoco provisión asegurada de fármacos al desconocer los proveedores privados de vacunas (farmacéuticas, laboratorios privados) los niveles de demanda; y sin demanda asegurada no habría manera de proveer al mercado con costes asegurados y con fijación de precios.

Por eso ocurre que las campañas de vacunación son siempre iniciativa de las

administraciones públicas y de las organizaciones internacionales (OMS), aunque en algunos casos se ceda aspectos de su gestión al sector privado.

7. Este apartado es algo más técnico y difícil que los anteriores, pero no deja de tener un cierto interés. Imaginemos que quisiéramos dotarnos, en el ámbito restringido de la salud y la prevención de la enfermedad, de un modelo de sistema de salud basado en las respuestas de los ciudadanos sobre sus preferencias en aspectos tales como la proporción de genéricos y no genéricos en la “dieta” sanitaria, preferencias entre intervención quirúrgica entre lo público y lo privado, gestión pública o privada de los hospitales, copago con posibilidad de elegir y gratuidad, pero con decisión ineludible del médico, etc. Imaginemos todas las diversas combinaciones de todas ellas y animemos a los ciudadanos a que pongan por orden de preferencia sus puntos de vista.

No se trataría de encuestas con respuestas dicotómicas, sino de toda una gama de sistemas alternativos de los que queremos saber cómo ordenarían –sin valoración cuantitativa– las alternativas que se proponen con el fin de construir un sistema de salud derivado de las respuestas y que tenga algunas propiedades deseables.

Por ejemplo, que si una alternativa global (A) ha resultado preferida a otra (B) y ésta a otra (C), ocurra que A sea preferida a C (transitividad), lo cual parece una elección racional; que si cada uno de los ciudadanos prefiere la alternativa sanitaria A a la B, el sistema de votación dé como resultado que A sea preferida a B (unanimidad); que si un número de alternativas están ordenadas por el conjunto de los ciudadanos, el añadir una nueva no implique variar el orden de las anteriores, aunque la añadida se coloque donde sea menester (independencia de alternativas irrelevantes); y, por último, que no ocurra que un solo individuo de la colectividad sanitaria impusiera siempre sus preferencias a todos los demás juntos.

Pues bien, Arrow⁽³⁷⁾ demostró en 1963, que las 4 condiciones anteriores que servirían para construir un sistema de elección no pueden darse simultáneamente. En concreto, si se dan las 3 primeras no se puede dar la última, es decir, la ausencia de lo que él llama “un dictador”; es más, la condición de que se cumplan las bonachonas y deseables

⁽³⁷⁾ “Cualquier regla de votación que respete el axioma de transitividad, el de independencia de alternativas y el de unanimidad es una dictadura, en tanto en cuanto la decisión se plantee, al menos, respecto a tres alternativas”^{9,12}.

3 primeras condiciones es que no se cumpla la cuarta, es decir, la ausencia de alguien que decida por los demás. A veces se ha visto esto como un inconveniente a los sistemas de elección democrática, a los ámbitos de decisión pública o a la imposibilidad de construir una llamada “función de bienestar”. Hablamos siempre en términos genéricos y abstractos, que es como se plantea el teorema de Arrow⁽³⁸⁾.

Pues bien, la cosa, al igual que Jano, el Dios romano, tiene dos caras y puede verse desde el otro lado. El teorema puede interpretarse y aplicarse en ámbitos concretos –como el de la sanidad– como el de la imposibilidad de que de decisiones individuales pueda construirse un sistema de salud con las deseables 3 primeras propiedades a través de un sistema preferencial de elección. Es verdad que un mercado de este tipo, en el que todos y cada uno

de los ciudadanos interesados pudieran elegir por orden preferencial la combinación del sistema de salud que más les gusta, difiere de los mercados basados en las leyes de la oferta y demanda, donde se relacionan precios y cantidades. Pero si elegimos las alternativas a votar como combinaciones de precios y cantidades sujetas a restricciones; por ejemplo, que no todas las combinaciones matemáticas fueran elegibles, si no sólo algunas muy limitadas y sujetas a restricciones presupuestarias, de tal modo que el producto de precios y cantidades fuera aproximadamente constante y de tal manera que los usuarios del sistema sanitario pudieran elegir preferencialmente distintas alternativas; podemos imaginar otras formas de aproximación entre los mercados de oferta y demanda de bienes económicos donde cada demandante obtiene lo que busca si tiene capacidad de pago –y paga su precio–, y estas formas de elección donde se votan preferencias para intentar obtener los mismos resultados.

Pues bien, el teorema de Arrow nos imposibilita hacerlo con la racionalidad deseable y mínima de las tres primeras condiciones. Visto con optimismo, el Sr. Arrow nos indica, quizá muy a pesar suyo, que una función de elección social

⁽³⁸⁾ No fue el economista norteamericano el que habló primero de los problemas de elecciones preferenciales, sino que ya Condorcet (1743-1794), filósofo y político francés que vivió y fue protagonista de la Revolución Francesa y que se suicidó antes que los jacobinos lo llevaran al cadalso, señaló la paradoja de que un sistema democrático de elección ordinal (preferencial) depende su resultado –los elegidos– del orden de la votación, lo cual no resulta nada aceptable en un sistema democrático. El teorema de imposibilidad de Arrow es en realidad una extensión de la paradoja de Condorcet. Pero ya se sabe: unos cardan la lana y otros crián la fama.

—en este caso en el ámbito sanitario— puede construirse desde lo público, donde la Administración Sanitaria y los gobiernos democráticos de los que depende, pueden decidir aspectos esenciales de los sistemas de salud, como son la potenciación de genéricos a costa de no genéricos, la introducción de copago o no en los medicamentos, la creación ¿porqué no? de empresas con control público y desde lo público de producción y comercialización de medicamentos genéricos y/o no genéricos elegidos previamente para combatir monopolios u oligopolios inaceptables y/o perniciosos, gestión pública exclusiva o no de los hospitales, dedicación exclusiva de los facultativos de la Seguridad Social al ámbito de lo público, etc.

Se trata en definitiva de decidir desde la política y desde lo público, qué papel desempeña el mercado, regulado o no, y qué papel lo público en un tema donde lo que está en juego es la salud, la falta de ella y a veces su total ausencia. Con la salud y de la mano de lo público, “la mano invisible” del puro mercado, a falta de otras cualidades o a pesar de ellas, ha de hacerse absolutamente visible y transparente. Para la salud, sólo desde lo público “la mano invisible” del Sr. Smith puede convertirse en guante de seda, lo que en origen es guantelete de piedra.

Resumen y conclusiones

Vamos a recapitular todos los puntos anteriores que representan elementos críticos a la pregunta de si se puede construir un Sistema Nacional de Salud —o mejor público— que tenga las características de gratuidad, universalidad no discriminatorio y con asignaciones eficientes a través o provisto con bienes económicos.

Por el primer punto, vemos que hay colectivos como los niños, enfermos crónicos, enfermos mentales, algunos ancianos, etc., que no pueden hacer llegar sus necesidades al mercado directamente y necesitan intérpretes —familiares y/o médicos— que lo hagan por ellos. Los precios —en este caso de medicamentos, intervenciones y tratamientos— no reflejan ni las utilidades, marginales o no, ni saciedad, ni posibilidades de elección, sea al margen o fuera de él. Las supuestas bondades de la teoría de la demanda como agregado de utilidades marginales a cada nivel de precios se nos viene abajo.

En el segundo, hemos constatado el divorcio entre gustos y necesidades derivadas de lo peculiar de los bienes (la salud) y servicios (tratamientos, intervenciones, etc.) con los que tratamos. Muchas veces nuestros gustos e inter-

pretaciones de lo que nos pasa van por un lado y las necesidades médico-sanitarias de nuestro organismo van por otro.

De nuevo la teoría de la demanda no recoge adecuadamente necesidades, valoraciones marginales y saciedad; además los precios no nos sirven como guía de todo ello.

El tercero no ofrece mucha discusión. La estructura de mercado de las farmacéuticas rompe con todas las supuestas bondades del mercado como asignadora eficiente: no hay competencia sino oligopolio, no hay curvas de oferta maximizadora debido a los rendimientos crecientes, los precios no son guía de la escasez, sino fruto de la capacidad de control sobre la demanda, externalidades y, por añadidura, si la farmacopea se ofreciera en forma de bienes económicos puros –sin regulación ni subvención– sólo se consumiría por obra y gracia de la capacidad de pago y no habría ni gratuidad, ni universalidad y sí discriminación por obra del vil metal.

Por el cuarto sabemos que el mercado no compatibiliza los gustos y preferencias de los pacientes, sus necesidades médico-sanitarias y la cuenta de resultados de los oligopolios farmacéuticos. Sólo desde lo público se puede paliar o eliminar los efectos discriminatorios vía precios que se darían en el consumo de

medicamentos, genéricos o no genéricos, si la oferta fuera de bienes económicos puros.

Aún menos discusión ofrece el quinto punto. La inmoralidad que supondría la elección de los trasplantes según la capacidad de pago hace insopportable la asignación a través del mercado; además no habría elección del bien económico “órgano del donante”, sino elección del paciente según criterios médicos.

Y sólo desde lo público, es decir, sólo por las autoridades médico-sanitarias y con códigos deontológicos objetivados, se puede decidir qué pacientes y en qué momento ha de hacerse el trasplante; de lo contrario, esto es, de aplicarse el catecismo neoliberal de las asignaciones vía mercado, el sueño de la “mano invisible” dejaría de ser un cuento de hadas para convertirse en una pesadilla gótica.

Hemos considerado en el sexto punto dos de los efectos externos de los sistemas de salud: la incidencia en el sector privado de la formación de los profesionales de la medicina en universidades y centros públicos y la necesidad de llevar desde las administraciones públicas las vacunaciones y sus campañas. Esta última externalidad sería un caso particular de uno de “los fallos de mercado” más notables de las supuestas bondades de la economía de mercado si

sólo concurrieran por el lado de la oferta bienes económicos puros, es decir, bienes y servicios ofertados por empresas privadas sin regulaciones.

Navega por mares más abstractos el séptimo y último punto, pero puede interpretarse como el de la imposibilidad de que un sistema de provisión de bienes económicos puros pueda derivar en un sistema de elección social preferencial con un mínimo de propiedades deseables. Obliga a la decisión desde lo público, cosa deseable por los demócratas en una democracia. Es reconfortante pensar que las decisiones tomadas en los terrenos de la salud por la administración sanitaria, por nuestros médicos de la sanidad pública sujetos a códigos deontológicos objetivados, tienen más racionalidad, equidad y justicia que las tomadas solamente desde la renta y la riqueza, desde la capacidad de pago. Si al aval de la ética y de la ciencia médica le añadimos el del análisis socioeconómico, miel sobre hojuelas.

Libertad, responsabilidad y manos libres para la salud y la prevención desde lo público. Sabemos que el solo mercado no nos proporciona bondades maximizadoras ni eficiencias paretianas ni en la fase de producción, ni en la de distribución, ni en la de comercialización, como para dejar a la mercantilista mano

invisible “smithiana” nuestra salud y nuestras enfermedades.

Todos los puntos críticos que hemos examinado para proveer a un sistema de salud a través del solo mercado con bienes económicos puros e incluso con subvenciones y regulaciones (*impuros*), como son los derivados de la imposibilidad de construir una demanda de bienes y servicios de la salud basada en las necesidades médico-sanitarias, la estructura oligopolista de la oferta de la farmacopea de las multinacionales del ramo, las dificultades para ofrecer genéricos con criterios exclusivamente médicos, la insoportable hipótesis de que fuera la capacidad de pago de los usuarios del sistema sanitario la que determinara el receptor de los órganos en los trasplantes, las externalidades derivadas de la formación pública de los profesionales de la medicina, la demanda insuficiente a través del solo mercado de la necesidad de las vacunaciones y la inestimable ayuda del Sr. Arrow demostrando, casi sin querer, que no se puede construir un sistema público de salud con propiedades deseables sólo desde el mercado, demuestran, tanto desde los hechos como de las explicaciones más teorizantes, que es imposible construir un sistema de salud basado (*insistimos*) en el solo mercado y provisto con bienes

llamados económicos⁽³⁹⁾ que tenga las propiedades de la gratuidad, universalidad, no discriminación, y que además sea eficiente tanto en el consumo como en la producción.

Aunque aplicado al sistema sanitario, no se oculta la crítica general que se hace al uso que hacen los neoliberales de la teoría económica convencional. Se ha recorrido un largo trecho desde la mano invisible de Adam Smith⁽⁴⁰⁾ –y de los mercantilistas y fisiócratas que le precedieron–, hasta los tratados axiológicos del equilibrio general de Debreu, Arrow, etc.

El perfeccionamiento formal ha sido intenso y extenso, con la ayuda inestimable de los Sres. Brouwer y Kakutani⁽⁴¹⁾. Pero de preguntarnos (*the inquiry*)¹⁴ por la causa y naturaleza que hacen prósperas a unas naciones, sobre las bondades de la división del trabajo, del porqué de las ventajas del comercio, de las causas y efectos del crecimiento de la población sobre la economía, del

cómo y porqué son compatibles el libre mercado con la explotación en el trabajo o sobre las causas de distribuciones injustas de la renta y la riqueza entre los ciudadanos y entre las naciones, del porqué y el cómo de los ciclos económicos, hemos pasado –desgraciadamente– a las consideraciones de Robbins⁽⁴²⁾ sobre la economía como un problema de medios alternativos para diversos fines, a las preocupaciones paretianas de las asignaciones eficientes, sea cual sea la distribución de la riqueza, de cómo cuadrar los presupuestos o al recetario único del FMI para todo país, tiempo y lugar.

Y, claro está, ello ha tenido un coste: la realidad se ha quedado por el camino⁽⁴³⁾. Cuando el principio azul neoliberal del solo mercado ha despertado con un beso del sueño de la mano invisible a la muy coqueta princesa de las asignaciones eficientes, se ha topado con el mundo real: información asimétrica, insuficiente y deficiente, monopolios, oligopolios, exter-

⁽³⁹⁾ Tal y como se han definido en la primera parte de este trabajo.

⁽⁴⁰⁾ “La Riqueza de las Naciones” se publica en 1776¹³.

⁽⁴¹⁾ Son dos matemáticos que demostraron unos teoremas conocidos por “teoremas del punto fijo” que resultan imprescindibles para la construcción axiomática del “equilibrio general”, madre de la Microeconomía moderna.

⁽⁴²⁾ “La Economía es la Ciencia que estudia la conducta humana como una relación entre fines y medios limitados que tienen diversa aplicación”¹⁵.

⁽⁴³⁾ “La economía ortodoxa se ha preocupado de cuestiones con un significado cada vez menor en relación con su propio nivel. Para compensar esta trivialización de contenido se ha entrado en la elaboración y refinamiento de sus técnicas. La consecuencia es que a menudo existe hoy un desfase tremendo entre las cuestiones planteadas y las técnicas utilizadas para contestarlas”¹⁶.

nalidades, bienes públicos, rendimientos crecientes, barreras de entrada, discriminación de precios, etc.

Incluso los teoremas de imposibilidad de Arrow y el estricto e ineфicaz criterio paretiano⁽⁴⁴⁾ de asignación han dejado a la princesa muy desairada. Para hacer un mundo más justo donde las 500 familias más ricas del planeta no tengan tanta riqueza como las 416 millones más pobres; un mundo donde no se mueran

más de 3,3 millones de niños al nacer, más de 4 millones los primeros 28 días y 6,6 millones antes de cumplir los cinco años; para erradicar la tuberculosis, el paludismo, el dengue, la malaria, el tifus o el sida en el Tercer Mundo; para hacer llegar un mínimo vital de salud, despensa y educación a la mayor parte del planeta, ni Adam Smith ni Pareto ni el solo mercado son suficientes. Hace falta algo más; bastante más.

(44) Una asignación de recursos es pareto-eficiente si, dada una distribución cualquiera, no podemos mejorar la utilidad de algún consumidor sin perjudicar la de otro. Lo mismo se puede decir en la producción. Es un criterio incontestable, porque nadie podría oponerse a la mejora de uno, varios o multitud de consumidores si con ello no se perjudicara a ningún otro.

El problema es precisamente que podría conseguirse para cualquier distribución de la renta. Así, en una comunidad de consumidores en el que uno ellos tuviera el 99% de los recursos y los miles restantes tuvieran el 1%, para Robbins y los neoliberales de pro el problema

económico vendría después, con la posibilidad de un supuesto y soñado intercambio de bienes y servicios entre consumidores según relaciones marginales de sustitución en el consumo de todos los consumidores para todos los bienes y servicios, hasta que nadie pudiera mejorar su satisfacción si no fuese a costa de empeorar la de algún otro. Para los neoliberales la distribución de la renta y riqueza, sea poco o muy desigual, es un dato que es mejor *no mencionarlo*. El problema de las asignaciones paretianas no se deriva del rigor de su respuesta, sino de lo trivial de su pregunta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario terminológico de Economía y Administración de Empresas. Pirámide. p. 71.
2. Rodríguez Caballero JC. La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento clásico. Universidad de Valladolid: Tesis de doctorado.
3. Ekelund RB, Hébert RF. Historia de la Teoría Económica y de su Método. MacGraw-Hill. p. 343.
4. Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. Gacet Sanit. 18:195-200.
5. Winch DM. Economía analítica del bienestar.
6. Morgenstern O. Thirteen critical points in contemporary economic theory; 1972.
7. Costa M, Durán Espasa M, Esteller y Mora A. Teoría básica de los impuestos: un enfoque económico. Aranzadi. p. 39.
8. García AJ, Martos F, Leiva F, Sánchez de la Cuesta F. Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos.
9. Arrow KJ, Hahn FH. Análisis General Competitivo. FCE. p. 100.
10. Matesanz, R. Transplantes hoy y mañana.
11. McKeown T. The role of Medicine.
12. Esteve F, Bustillo R. Conceptos de Economía. Alianza Editorial. p. 314-6.
13. Smith A. La riqueza de las Naciones. 1776.
14. Ballester E. Introducción a la teoría económica. Alianza Universidad. capítulos 15 y 16.
15. Robbins L. Ensayo sobre la naturaleza y significación de la Ciencia Económica.
16. Sweezy PM. Toward a critique of economics.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Benegas Lynch A. Bienes públicos, externalidades y los free-riders: el argumento reconsiderado.
- Escolar P. Los delitos de las multinacionales farmacéuticas urgen una renovación.
- European Foundation for the improvement of living and working conditions. Disponible en: www.eurofound.eu.int/publications/files
- García Gómez M, Gil López, E. Los sistemas de información y la vigilancia en la salud laboral.
- OMS. Informe de la salud en el mundo 2005.
- Stigliz J. Microeconomía. Ariel Económica. p. 361.

