

BASES DE LA REORGANIZACIÓN SANITARIA

DESMONOPOLIZACIÓN Y COMPETENCIA

Ramiro Rivera

Para que la asistencia sanitaria española sea eficiente hay que desmonopolizar la prestación de los cuidados sanitarios (no su financiación), introducir mecanismos de competencia entre los prestadores y en el sistema de prestación público, garantizar que no aparezcan los efectos perversos de la competencia, y colocar la capacidad de decidir el gasto sanitario en un agente independiente, que ni lo financie ni se beneficie del mismo. Estos objetivos pueden conseguirse manteniendo las diversas modalidades asistenciales públicas y privadas hoy existentes, y con la introducción de incentivos de mercado en el Sistema Nacional de Salud.

En mi opinión, para que en la actualidad un sistema de asistencia sanitaria sea eficiente, debe cumplir una serie de condiciones de base social, económica y política: Debe ser accesible a todos los ciudadanos. Económicamente viable. Tener tendencia, por su propia forma de funcionar, a incorporar los avances científicos y tecnológicos de la Medicina y a mejorar la calidad asistencial. Y por último (no como una característica ideológica, sino como un condicionante básico para conseguir la calidad y economía del sistema) debe incluir la libertad de elección de los centros y de los profesionales sanitarios.

La organización sanitaria de España, solo cumple en la actualidad (y no completamente) con las dos primeras condiciones, como consecuencia del cuasimonopolio de financiación y prestación de los cuidados que ostenta el Sistema Nacional de Salud (SNS). Este no tiende

a mejorar la calidad de la asistencia (los escasos avances que se producen vienen impuestos por la creciente demanda) y asimila los avances científicos y tecnológicos a contracorriente (por exigencia de los profesionales) y a expensas de inversiones excesivas. El sistema es, pues, cada vez menos eficiente.

Fuera de España, los modelos de SNS que monopolizan la financiación y la prestación de los cuidados –pero que permiten la libertad de elección de los profesionales y centros hospitalarios, y la remuneración por acto médico de la asistencia extra e intrahospitalaria (el modelo de Quebec, por ejemplo)– llenan todos los condicionantes socio-políticos, pero por desgracia no son económicamente viables para los países europeos. El SNS británico está tratando de conseguir ahorros económicos sin perder las restantes características de accesibilidad, calidad y libertad, mediante la introducción de “mecanismos de mercado” en su funcionamiento: paulatinamente, sus hospitales están adquiriendo plena autonomía de gestión, funcionando sobre la base de los ingresos que generan al prestar los cuidados. Estos ingresos son pagados por el SNS a través de las áreas de salud, que los solicitan, para sus beneficiarios, de los diferentes hospitales, en función de la calidad y los precios que éstos ofrecen.

De todo lo anterior se deduce que para que el SNS español alcance los objetivos básicos de una adecuada organización sanitaria hay que desmonopolizar la prestación de los cuidados sanitarios (no la financiación, que puede seguir siendo estatal y por vía de impuestos). Pero no basta con ello. La desmonopolización es *conditio sine qua non*, pero no es condición suficiente por sí sola. Si en lugar del cuasi-monopolio actual de prestación de asistencia que tiene el SNS, se responsabilizase de ella un número reducido de entidades (con o sin afán de lucro), éstas podrían fácilmente alcanzar acuerdos que limitasen la competencia entre ellas y que redujesen la incorporación de los avances científicos y tecnológicos de la medicina, y los esfuerzos por aumentar la calidad asistencial.

Además de conseguir la desmonopolización, hay pues que garantizar la existencia de competencia entre los prestadores de los cuidados. Y al mismo tiempo hay que adoptar las medidas necesarias para que, entrando en juego los mecanismos capaces de mejorar la calidad y mantener o reducir los costos, no aparezcan los efectos perversos de la competencia.

En cualquier caso, es fundamental que la capacidad de decidir la realización del gasto que supone la prestación de cuidados sanitarios no recaiga ni en quien financia, ni en quien –económica o físicamente– se beneficia (o cree beneficiarse) de la prestación de los cuidados, sino en un agente independiente. Es necesario, pues, retirar la capacidad de decisión: de los pacientes, que al ser básicamente gratuita la asistencia tienen tendencia a incrementar indefinidamente el número de actos asistenciales, y su coste; del Estado y de las entidades aseguradoras que financien la asistencia, porque su interés primordial estriba en contener el costo. Y de los hospitales y profesionales que presten los cuidados, si se benefician directamente de ellos, porque tratarán de aumentar el número y/o el importe de los mismos.

Finalmente, considero muy importante introducir en el Sistema mecanismos para erradicar determinadas actitudes viciosas, que –aunque provocadas por el propio Sistema, como consecuencia de sus muchos años de funcionamiento (desde 1944)– ya están profundamente arraigadas en enfermos y médicos. El mejor ejemplo lo constituye la hipervaloración del medicamento, paralela a la infravaloración de la consulta.

Para instrumentar esta reorganización sanitaria es necesario, en primer lugar, decidir su estructura, y en segundo lugar buscar la fórmula de ponerla en marcha, es decir la estrategia para pasar de la organización actual a la que se pretende establecer. Dicha fórmula puede ser determinante en la elección de modelo.

Reorganización de la asistencia sanitaria*

Sin negar que puedan existir otras posibilidades, en mi opinión personal el modelo en el que se dan los dos condicionantes, el de permitir alcanzar los objetivos básicos, y el de poder ser llevado a cabo con una fórmula asequible (es decir, de posible establecimiento pau-

(*) Debe quedar claro que la investigación y la docencia, aunque tengan que desarrollarse en las instituciones sanitarias (públicas o privadas) deben financiarse con cargo a capítulos de los presupuestos generales del Estado distintos al de la asistencia sanitaria.

latino y con un cierto carácter de evolución espontánea), se basa en la coexistencia de todas las modalidades asistenciales que funcionan en la actualidad, pero con una profunda reorganización de la asistencia pública, que condicione importantes cambios cuantitativos y cualitativos en las otras modalidades:

Este modelo vendría definido por: la financiación estatal vía impuestos, la desmonopolización de la asistencia –eliminando por completo al Estado de la prestación de los cuidados– y por la competencia entre modalidades asistenciales, instituciones y profesionales.

Los cambios fundamentales hay que realizarlos en el actual SNS introduciendo en él “mecanismos de mercado”, de tal manera que aun siendo la financiación estatal, los hospitales (con total autonomía de gestión y financiación) actúen como vendedores de servicios sanitarios, y las áreas de salud (que administrarán todo el presupuesto asistencial público) actúen como compradores de los cuidados.

La contención del gasto sanitario en los límites más convenientes a la salud y a la economía de los ciudadanos se logrará haciendo recaer la capacidad de decidirlo fundamentalmente sobre los médicos generales, de familia o de cabecera, como agentes, si no independientes o neutrales, al menos colocados en una “posición de neutralidad obligada”, en la que tendrían la posibilidad de ser influenciados por mecanismos perversos de signo contrario: sus ingresos dependen, por un lado, del coeficiente capitativo que acuerde el área de salud en que prestan sus servicios (que variará en función del resultado económico de la gestión de dicha área, y que dependerá del número de enfermos que lo elijan), y –en metálico– del número de enfermos que atiendan en consulta. Mientras más enfermos tengan adscritos más cobrarán como coeficiente capitativo, y mientras más consultas hagan, más cobrarán directamente. Pero si provocan consultas innecesarias, los enfermos se irán a otro médico y perderán pago por coeficiente capitativo. En consecuencia, tendrán que mantenerse en el equilibrio que les dicte su profesionalidad.

Por otro lado, si, en su interés por quedar bien con sus enfermos, prescriben muchos medicamentos, solicitan muchos estudios o requieren con mucha frecuencia la consulta con especialistas, perjudicarán la gestión del área de salud, lo que tendrá como consecuencia una reducción de sus honorarios por coeficiente capitativo. Y recíprocamente, si solicitan pocos análisis, prescriben menos de lo nece-

sario, o no consultan con especialistas, perderán enfermos y consiguientemente disminuirán sus ingresos. De nuevo la línea de conducta vendrá dictada por la profesionalidad del médico.

Simultáneamente, una serie de medidas liberalizadoras permitirá que un porcentaje considerable de la población actualmente asistida por el sistema público pase a las restantes modalidades asistenciales y descargue al SNS.

Reforma del Sistema Nacional de Salud

La gestión de toda la asistencia sanitaria se llevará a cabo de forma descentralizada y con administración autónoma, en el nivel de las áreas de salud. Cada una de éstas se ocupará de entre 150 y 250 mil personas y habrá un total de 150 a 250 áreas de salud en el territorio nacional. Estarán dirigidas por un director gerente, auxiliado por dos organismos colegiados: el Consejo de Administración y la Junta Colegial Mixta.

Las áreas de salud recibirán el presupuesto sanitario anual en función del número de ciudadanos inscritos en cada una de ellas, y lo administrarán, encargándose del pago del coeficiente capitativo de la asistencia primaria de los profesionales, la asistencia especializada extra-hospitalaria, la asistencia hospitalaria y los gastos de farmacia. La asistencia hospitalaria y los estudios diagnósticos podrán contratarlos con hospitales, centros de diagnóstico especializado (públicos o privados) de su área o de fuera de ella, en función de su calidad y coste.

Asistencia primaria: estará basada en el médico general, de cabecera o de familia, al que libremente se adscribirá cada ciudadano. Previa información completa del currículum del médico y de las características de su práctica profesional —que facilitará el área al potencial usuario—, la adscripción de este se formalizará en entrevista personal con el médico elegido, en la que se realizará una ficha sanitaria. A partir de ese momento el médico será retribuido por la administración del área de salud con una cantidad mensual por cada enfermo adscrito (coeficiente capitativo), haya o no requerido de sus servicios. Esta

cantidad mensual variará anualmente en función de los resultados de la gestión del área.

Sin embargo, cada vez que el enfermo consulte al médico le abonará al contado una cantidad fija de triple finalidad: disuasoria del abuso de consultas, testimonial del valor del acto médico, y contractual de la relación personal de la prestación de servicios profesionales establecida entre médico y enfermo. La visita domiciliaria será retribuida con una cantidad mayor, salvo en las excepciones que se establezcan. Dado el positivo efecto psicológico que este abono representa, no deberá quedar excluidos del mismo ningún tipo de enfermo, si bien a todos aquellos que por sus condiciones socioeconómicas lo requieran (jubilados con pensiones inferiores a determinado límite, desempleados, etc.) les será reembolsado por el Sistema Nacional de Salud.

Esta aportación no le supondrá al usuario un costo adicional en su asistencia, porque será calculada en el nivel de cada Comunidad Autónoma, sobre la base de la aportación media del usuario por medicamentos, de la que quedará exonerado. Es decir, todos los medicamentos prescritos por el médico de cabecera serán plenamente gratuitos. El aumento del gasto farmacéutico que ello suponga quedará ampliamente compensado por la disminución de la prescripción de medicamentos, determinada por la reducción en el número de consultas y por el interés personal del médico en contener el gasto farmacéutico.

En principio, los médicos de familia prestarán sus servicios en su propia consulta. Los actuales centros de salud serían convertidos en centros de apoyo para la asistencia primaria, en los que se dispondría de los elementos materiales y personales de apoyo diagnóstico y terapéutico de los que carecieran los médicos en su consulta. Serían así mismo estos centros la base de la asistencia de urgencia que, dependiendo de los casos, podrá ser prestada por los propios médicos de cabecera con el necesario apoyo especializado o por equipos de medicina de emergencia establecidos para esta misión en las áreas en las que se considere preciso o conveniente.

Asistencia especializada: la asistencia especializada se realizará por alguna de las dos fórmulas siguientes: o bien por especialistas (aisladamente o en equipo), en su propia consulta o centro de diagnóstico, con remuneración por acto médico negociada con las áreas de salud

que soliciten sus servicios; o bien en las consultas externas de los hospitales, en cuyo caso se aplicarán las tarifas acordadas entre la gerencia de éstos y la de las áreas de salud que soliciten esos servicios. En este caso los profesionales serán retribuidos de acuerdo con el contrato suscrito con el hospital.

El acceso a la asistencia especializada se realizará por remisión del médico de cabecera, teniendo el enfermo derecho a elegir el especialista de su preferencia tras recibir la debida información de su médico. El informe del especialista será dirigido al médico de cabecera y éste formalizará la prescripción de los medicamentos o de las pruebas diagnósticas adicionales o incluso la remisión al hospital que se pudiera aconsejar; en cualquier caso, será también el enfermo quien decida el hospital de su preferencia, tras recibir la adecuada información de su médico respecto a las características, facilidades, ventajas o inconvenientes, para su caso concreto, del centro en cuestión.

Asistencia hospitalaria: la asistencia hospitalaria pública se basará en el sistema de autonomía de gestión y administración de cada hospital, con plena responsabilidad de su consejo de administración y su director-gerente, para –en función de los ingresos que obtenga por la prestación de cuidados a los enfermos del área en que radique o de otras áreas– establecer sus presupuestos anuales, con libertad de contratación y de remuneración del personal que trabaje para ellos.

Los enfermos del Sistema Nacional de Salud podrán ser atendidos por todos los hospitales públicos y privados que lo deseen y que lo acuerden con las respectivas áreas de salud. Los acuerdos se formalizarán preferiblemente sobre la base del pago por proceso. A su vez, los hospitales del Sistema Nacional de Salud actual, con su nuevo régimen de gestión y administración autónoma, podrán prestar sus cuidados no solo a los enfermos del sistema público, sino a los de las otras modalidades, si lo acuerdan con los responsables de las mismas, y también a los enfermos privados que directamente lo soliciten. Los hospitales del Sistema Nacional de Salud, independientemente de la asistencia contratada con las áreas de salud o con las empresas colaboradoras y las entidades de seguro, podrán ofrecer una serie de servicios adicionales, fundamentalmente de carácter hostelero (habitación individual, cama de acompañante, televisión, servicio telefónico,

extras de alimentación, etc.) cuyo costo irá a cargo del enfermo sin derecho a su ulterior reembolso, ni deducción, ni desgravación fiscal.

La autoridad sanitaria podrá intervenir cualquier hospital que intente aprovecharse de una posición de monopolio para imponer tarifas excesivas. Asimismo podrá ordenar la práctica de una auditoria específica (con independencia de las que periódicamente se efectúen en las áreas de salud y en los hospitales con autonomía de gestión) cuando sospeche la existencia de irregularidades en la gestión de un hospital o área de salud.

Cuando la autonomía de gestión y administración de los hospitales no redunde en el necesario aumento de la eficiencia, bien porque su calidad no alcance el nivel mínimo adecuado, bien porque su gestión ofrezca balances repetidamente negativos, o bien porque sea evidente el rechazo o la insatisfacción de los ciudadanos por la asistencia que reciben en el centro en cuestión, la autoridad sanitaria podrá proceder a su cierre, a su alquiler a empresas privadas o mixtas, o a su enajenación con destino a otras actividades sanitarias o sociales, si se demostrase su carácter innecesario.

Reforma de la asistencia sanitaria privada

Básicamente, esta reforma estriba en la posibilidad de competir, en igualdad de condiciones, con la asistencia pública. A este fin las diversas entidades de seguros de prestación de cuidados o de cobertura de riesgo (reembolso de los costes de los cuidados), tendrán que prestar asistencia completa, y, en determinadas condiciones, podrán ser financiadas parcialmente con fondos públicos.

Sin pretender ser exhaustivo, dada la gran variedad de modalidades asistenciales existentes, podrían agruparse de la forma siguiente:

Empresas colaboradoras de la Seguridad Social: son, en general, grandes empresas (eléctricas, bancos, Telefónica, etc.) que organizan la asistencia sanitaria de sus empleados (incluidos en muchos casos los jubilados) a cambio de parte del coeficiente de las cuotas de la Seguridad Social destinado a asistencia sanitaria. Actualmente atienden a unas 750.000 personas con cuadros propios, en clínicas privadas, y con un coste notablemente inferior a la media del Sistema Na-

cional de Salud, a pesar de prestar la asistencia mayoritariamente con medios privados.

La reorganización incluye el estimular la puesta en marcha de nuevas entidades –incomprensiblemente suspendida– permitiendo la asociación de varias empresas para alcanzar el mínimo de 500 empleados requerido en la normativa actual. Asimismo, la compensación económica a cargo del SNS se calcularía sobre bases objetivas, para que las entidades colaboradoras se responsabilicen de la asistencia completa de sus beneficiarios, incluyendo por tanto (para aquellas que en la actualidad no lo hagan) la prestación de farmacia extrahospitalaria. Se incentivará asimismo la inversión en nuevos hospitales o instalaciones sanitarias (o bien propias de la empresa, o bien de la iniciativa privada ajena a la misma), mediante desgravación u otro tipo de beneficio fiscal en las cantidades invertidas.

Entidades de seguro libre de prestación de servicios: se incluyen los igualatorios médicos (colegiales o no), las mutualidades de asistencia sanitaria, las cooperativas y las compañías privadas que ofrecen pólizas de asistencia sanitaria individuales o colectivas con diferente amplitud de cobertura. Actualmente, esta modalidad cubre total o parcialmente la asistencia sanitaria de más de un 17% de los españoles, una gran parte de los cuales tiene derecho también a la asistencia del Sistema Nacional de Salud. Cobran primas en general inferiores a las que corresponden a la garantía de una cobertura asistencial total. La mayoría de las pólizas no cubren el coste de los medicamentos prescritos fuera de clínica. Las primas de las pólizas colectivas más importantes (Muface, Isfas, etc.), que en conjunto suman unas 2.500.000 personas, se fijan unilateralmente por parte de los respectivos organismos, y hasta hace pocos años han sido notoriamente insuficientes, con lo que la cobertura asistencial solo era posible en función de una estricta contención de los costos que, al no poder reducir los gastos de hospitalización y farmacia, recaía fundamentalmente sobre los honorarios médicos. El número de estas entidades es de unas 235 y aunque solo algunas de ellas poseen instalaciones hospitalarias (unas 2000 camas en toda España) la cifra tiende a aumentar.

La situación de algunas de estas entidades, que en gran medida funcionan cubriendo las deficiencias de la sanidad pública, ha pasado o está pasando por fases difíciles o incluso insostenibles, por lo que

se hace preciso incentivar el proceso de reconversión (que algunas de ellas ya han iniciado), con la doble finalidad de descargar el sistema asistencial público y de crear modalidades competitivas con el mismo.

A este fin habría que ampliar la posibilidad de que las mutualidades oficiales (Muface, Isfas, Mumpal, etc.) puedan concertar la asistencia completa de sus mutualistas con estas entidades, siempre condicionada a que los mutualistas elijan entre el Sistema Nacional de Salud renovado y cualquiera de las entidades de seguro libre. En cualquier caso deben actualizarse las primas a cargo de las mutualidades, estableciéndose unos niveles mínimos que sean la media del Sistema Nacional de Salud del año anterior. Esta actualización obligatoria solo debería referirse a aquellas entidades que demostrasen estar realizando un alto porcentaje de sus prestaciones de asistencia hospitalaria en instalaciones no públicas, o bien haber realizado o estar realizando inversiones de una determinada proporción en relación a su cartera, en adquisición o construcción de hospitales.

Por otro lado se establecerá una reducción fiscal (o el abono, en el caso de los jubilados) de las primas correspondientes a mayores de 60 años que suscribieran lo que se llamarían "pólizas asistenciales calificadas". Tendrían esta condición aquellas pólizas que cubriesen la asistencia total del tomador del seguro, sin hacer discriminaciones por edad, enfermedades previas, anomalías o accidentes y que se concertasen de forma vitalicia por parte de la entidad aseguradora. Las pólizas suscritas por ciudadanos menores de 60 años serían fiscalmente desgravables en un determinado porcentaje en tanto incluyesen la totalidad de la asistencia.

Compañías de seguros de reembolso: bajo este epígrafe incluyo las compañías que ofrecen pólizas de seguro, exclusiva o parcialmente por riesgo sanitario, que funcionan mediante el reembolso al tomador del seguro de la totalidad o en general de un porcentaje de los gastos realizados. Están popularizándose lentamente en nuestro país en los últimos años. Cuando los enfermos tienen derecho a acudir a todos los médicos y clínicas del sector privado las primas son altas, por lo que en general tienden a hacer ofertas híbridas en las que o bien reembolsan el 100% de los gastos si las atenciones se realizan en hospitales y por cuadros médicos concertados, o bien ofrecen primas

más bajas con un cuadro médico cerrado. Son unos 600.000 los ciudadanos cubiertos en España por estos seguros que actualmente gestionan entidades que no disponen de red hospitalaria propia.

De forma análoga a la propuesta para los seguros de prestación de servicios, se incentivará la contratación de estas pólizas de seguros mediante deducciones fiscales que podrían alcanzar el 100% de las primas en los mayores de 60 años, cuando se tratase de "pólizas calificadas" con arreglo a los criterios previamente expuestos. En los menores de 60 años las desgravaciones podrían variar con las características de la póliza.

Régimen del mar de la Seguridad Social: aunque está abocado a integrarse en el sistema general del SNS, persiste todavía por las características laborales de sus beneficiarios. Lo gestiona el Instituto Social de la Marina, y tiene especial extensión en algunas autonomías como Galicia, donde incluye al 7% de la población. En el nivel nacional representa el 1,2% y funcionalmente se le venía aplicando la fórmula general del Sistema Nacional de Salud, pero en la actualidad concierta la prestación de servicios con clínicas y cuadros médicos privados. Su reorganización puede contemplarse bien a través de su integración en el SNS, bien persistiendo como entidad de financiación independiente que compre la asistencia de sus beneficiarios en las áreas de salud y en los hospitales del sistema público, o en modalidades asistenciales del ámbito privado.

En cualquier caso, el Instituto Social de la Marina o el correspondiente Ministerio se encargarían de las restantes funciones preventivas o asistenciales que exige el trabajo en el mar.

Asistencia privada: integra tanto la atención directa, prestada por profesionales libres en sus consultas, como la dispensada en centros privados o públicos, con honorarios y restantes gastos a cargo del enfermo. Paradójicamente, a pesar de la pretendida universalización del Sistema Nacional de Salud, la actividad sanitaria privada ha iniciado un progresivo incremento, primero en el sector extrahospitalario y en los últimos años también en el hospitalario, quizás en relación con su mayor agilidad en inversión tecnológica.

En la reorganización sanitaria propuesta, todos los ciudadanos mantendrán su derecho a recurrir a la asistencia privada cuando lo es-

timen conveniente, exclusivamente a su cargo y sin posibilidades de reembolso o desgravación, pero sin perder por ello sus derechos a recibir las prestaciones que les corresponden en aquella modalidad sanitaria a la que se hubiesen acogido.

Sin embargo, podrán desgravar fiscalmente los gastos sanitarios realizados aquellos ciudadanos que no estuvieran acogidos a ninguna otra modalidad asistencial pública o privada y que oficialmente se adscriban a la “asistencia privada” en su área de salud. La cuantía de la desgravación se referirá en este caso a los gastos correspondientes a operaciones y asistencia con internamiento hospitalario y nunca sobrepasará el importe de los gastos medios por persona del Sistema Nacional de Salud en los cinco años anteriores (si no se hubiera efectuado desgravación previa por gastos sanitarios), o en los años transcurridos desde el último en que se hizo alguna desgravación (si fuesen menos de cuatro).

Estos incentivos permitirán que un pequeño porcentaje de la población de nivel económico alto se costee su propia asistencia sanitaria, además de colaborar, con su mayor nivel de impuestos, a mantener la del resto de los ciudadanos. De no ofrecérseles el incentivo de las desgravaciones (que como máximo supondría el gasto medio anual del SNS) utilizarían parcialmente prestaciones públicas, quizás en cuantía superior a la media. Con estas medidas se logra que descarguen el sistema público y que colaboren a mantener un sistema privado de alta calidad, que sea referencia y contrapunto a la oferta pública.

Conclusión

En nuestro proyecto, al mantener las modalidades asistenciales existentes, y al hacer participar en la financiación de las mismas, de forma directa o indirecta, a los presupuestos públicos, se las hace excluyentes entre sí: ningún ciudadano podrá pertenecer a más de una de las que reciban financiación pública, si bien podrá siempre elegir entre ellas a la que mejor se adecúe a sus preferencias. Por otro lado, ninguna modalidad podrá rechazar la integración del ciudadano que opte por ella.

La persistencia y potenciación de cuatro modalidades de la iniciativa privada garantiza a la sociedad frente al monopolio total de la financiación y gestión sanitaria, mientras que la persistencia del SNS y del Instituto Social de la Marina, ambos públicos, protege a la sociedad frente a los efectos indeseables que un mercado totalmente libre podría generar: la búsqueda exclusiva de los beneficios a través de mecanismos anticompetitivos (selección de asegurados, interrupción de la cobertura, información sesgada, etc.) puede destruir la eficiencia de las modalidades asistenciales privadas, bien provocando una caída de la calidad, bien produciendo un encarecimiento excesivo, que economías como la de España no podrían soportar.

A su vez, la profunda renovación del Sistema Nacional de Salud, por medio de la introducción de incentivos de mercado en el seno del sistema público, garantiza una mayor eficiencia en su funcionamiento y un mejor aprovechamiento de los recursos, sin pérdida de sus características de máxima responsabilidad y eficiencia social. En todo caso, un SNS renovado garantiza la no-implantación de un pseudomonopolio asistencial privado, que sería en sus consecuencias asistenciales y sociales todavía más nocivo que el público.

La necesaria pertenencia de los ciudadanos a una sola modalidad asistencial de financiación estatal de su elección sería controlada mediante una tarjeta sanitaria única. El cambio de modalidad asistencial se facilitaría al máximo –incluso durante la vigencia de las pólizas de seguros contratadas– mediante mecanismos de cámara de compensación. En cualquier caso, las diversas modalidades asistenciales no serían compartimentos estancos, ya que podrán transferirse entre sí servicios asistenciales e instalaciones diagnósticas y terapéuticas. Esto garantizará a los ciudadanos el máximo aprovechamiento de todos los recursos sanitarios, materiales y personales de España. ■■