

«La salud del sistema sanitario español»

Se revisa la «salud» del sistema sanitario español (SSE) en base a la literatura publicada, la investigación en curso y las experiencias personales. Se destacan seis similitudes del SSE con el de otros países comparables: (I) falta de información sobre efectividad y costes de muchos servicios sanitarios; (II) abundancia de incentivos perversos; (III) la prevención se predica mucho más que se practica y la atención primaria está poco desarrollada; (IV) la industria farmacéutica previene a los gobiernos de una regulación sanitariamente más efectiva; (V) cambia el énfasis desde la necesidad técnicamente definida a la necesidad expresada, y (VI) se generaliza la fórmula de reforma «financiación pública más competencia gestionada». Se caracterizan, por otra parte, tres contrastes en el SSE y el de otros países comparables: (i) rasgos diferenciadores en estado de salud, factores de riesgo y oferta sanitaria; (ii) Administración Pública que autolimita su eficiencia, y (iii) Administración en proceso descentralizador.

Espainiako sanitate-sistemaren (SSEren) «osasuna» berrikusten da artikulu honetan, orain arte argitaratu den literaturan, martxan dauden ikerketetan eta esperientzia pertsonaletan oinarritua. Eta horrela, konparatzeko modukoak diren beste herrialdeekiko SSEren sei antrekotasun nabaritzen dirá: (I.) Osasun-zerbitzu askoren eraginkortasunari eta kostuei buruzko informazio-falta; (II.) Bidegabeko pizgarrien ugaritasuna; (III.) prebentzioa, predikatzen den baino askoz ere gutxiago praktikatzen da eta lehen mailako atentzioa gutxi garatua dago; (IV.) farmakoen industriak osasun-erregulazio efektiboago bati buruz ohartarazten ditu gobernua; (V.) garrantzia aldatu egiten da teknikoki definitutako beharrianetik adierazitako beharriazarena, eta (VI.) jeneralizatu egiten da «finantzaketa publikoa gehi konkurrentzia gestionatua» delako erreforma-formula. Eta beste aldetik, berriz, hiru kontraste bereizten dira ESSren eta beste herrialde konparagarrietakoen aldean: (i.) osasun-egoeran ematen diren esaugarri bereizleak, arrisku-faktoreak, eta sanitate-eskaintza; (ii.) bere eraginkortasuna automugatzeko duen Administrazio Publikoa, eta (iii.) deszentralizatzeko prozesuan dagoen Administrazioa.

Using published books and articles, research currently being carried out and personal experience, the «health» of the Spanish Health-Care System (SSE), is reviewed. Six similarities of the SSE with health services in other comparable countries are highlighted: (I) a lack of information about the effectiveness and cost of many health services, (II) an abundance of perverse incentives, (III) the fact that prevention is preached a lot more than it is practised and primary care is very under-developed, (IV) the pharmaceutical industry preventing governments from regulating health more effectively, (V) a change in emphasis from technically defined need to expressed need, and (VI) a generalisation of the «public financing plus managed competition» approach. However three contrasts between the SSE and health-care services in other, comparable, countries are also pointed out: (i) different characteristics regarding state of health, risk factors and health provision, (ii) a public administration which limits its own efficiency, and (iii) an administration caught up in a decentralising process.

- 1. Introducción.**
- 2. Similitudes entre los sistemas sanitarios de los países desarrollados.**
- 3. Algunas especificidades del sistema sanitario español. Referencias Bibliográficas.**

Palabras clave: Sistema sanitario, seguridad social, economía de la salud, eficiencia económica, costes sanitarios.
Nº de clasificación JEL: D61, H42, H51, H53, H55, I1

1. INTRODUCCIÓN

Esta presentación pretende analizar similitudes y contrastes entre el sistema sanitario español (SSE) y los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

El SSE se basa en el esquema de Seguridad Social que arranca con la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de 1942, aplicable «con carácter obligatorio a todos los trabajadores económicamente débiles».

La Ley General de Sanidad (LEGSA), de 1986, marca otro hito en la tendencia, hacia la universalización de la cobertura y la extensión de las prestaciones financiadas públicamente, tendencia que no fue frenada ni por la crisis económica de 1974 ya que en España coincidió con la

transición política. Se consigue con la LEGSA formalizar el paso de Bismarck a Beveridge siguiendo la estela de Portugal (1979), Italia (1980) y Grecia (1983).

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud cubre el 99% de la población, está financiado públicamente en un 78% y la producción pública de servicios sanitarios representa el 67% (1) de la total. Dentro de España, la conocida peculiaridad catalana se traduce en una producción pública que significa el 56% de la producción total (Comptes, 1992). El que la diferencia respecto al resto de España

(1) Barea (1992) elabora estos datos y distingue, dentro de la CE, entre países mediterráneos (Portugal, España e Italia), con dos tercios de producción pública, Alemania, con una mitad de producción pública y Francia, donde prácticamente la totalidad de la producción de sanidad es privada (más del 90%).

se centre en la producción hospitalaria amplifica su visibilidad.

La elocuencia de las tres cifras anteriores (99-78-67) bastaría como pista introductoria al SSE (2). La sencillez del esquema adoptado para esta presentación —en base a similitudes y contrastes— obliga, no obstante, a insistir previamente en tres rasgos definitorios y entrelazados, del SSE para completar su bosquejo: primero (I), el SSE continúa basado en la Seguridad Social, segundo (II), el Sistema de Seguridad Social, se erige en financiador-asegurador público con un peso superior al 80% entre los financiadores públicos y, tercero (III), se alcanza en sanidad un grado de equidad intermedio.

(I) *El sistema sanitario español (SSE) continúa basado en la Seguridad Social.* La Ley General de Sanidad en 1986 marca el inicio del cambio hacia un Sistema Nacional de Salud, la cobertura poblacional se generaliza y la financiación de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social se realiza fundamentalmente con cargo a impuestos generales a partir del 1 de enero de 1989. Se dan, pues, las condiciones para que el SSE pueda calificarse como Servicio Nacional de Salud. No obstante, la organización, normas básicas de funcionamiento y alcance de las prestaciones responden al diseño de la Seguridad Social. Por otra parte, un 78% de financiación pública del gasto sanitario sitúa a España entre los países con sistemas basados en la Seguridad Social (Alemania, Holanda, Francia) y alejada de los países con Servicio Nacional de Salud (Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca).

(2) Descripciones más amplias del mismo pueden hallarse en el Apéndice al Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión, 1991), así como en recientes comparaciones internacionales (Schneider, 1992 y Hurst, 1991).

(II) *Alto peso de un único financiador-asegurador público.* Más del 80% del gasto sanitario público está financiado por el Sistema de Seguridad Social, un 5% por las Mutualidades de funcionarios y el resto por las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales (Barea 1992, p. 460). La gestión descentralizada de los servicios sanitarios de la Seguridad Social por las CC.AA. de Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia y Navarra tienen ya mayor volumen que la gestión directa del INSALUD pero se mantienen muchas de las características de práctica unicidad de financiador-asegurador público.

Los sistemas sanitarios más comparables al español, en cuanto a peso alto de un financiador-asegurador público dominante, serían los del Reino Unido e Italia. En cambio países de los cuales se ha importado una parte importante del discurso sobre reforma sanitaria, como Holanda, Suecia o Estados Unidos, carecen de financiador hegemónico. Alemania y Japón tienen igualmente múltiples financiadores, lo que da sentido a reformas como la holandesa, que pretende introducir competencia entre aseguradoras.

Las Mutualidades Públicas MUFACE, MUNPAL, MUGEJU e ISFAS, proporcionan cobertura al colectivo, obligatoriamente asegurado, de funcionarios. Ofrecen a sus afiliados elección de aseguradora de la contingencia sanitaria entre compañías privadas y Seguridad Social. Dos tercios optan por las primeras. Se da, pues, en España un experimento natural de financiador único, las mutualidades públicas de funcionarios, con aseguradoras en competencia. El experimento está siendo objeto de evaluación con objeto de establecer la eficiencia relativa de las diferentes aseguradoras. De momento, la evidencia

anecdótica indica selección adversa (sin que los ingresos por asegurado tengan ajuste alguno por riesgo) y desvío de los episodios complejos y costosos desde las aseguradoras privadas al sistema público.

En cuanto a la financiación no pública cabe destacar la escasa importancia económica de los seguros privados: un 4% del gasto sanitario total para cubrir, parcialmente, a más de seis millones de personas (dos millones de ellas pertenecientes a las mutualidades públicas de funcionarios y computadas ya, por tanto, como financiación pública). Las dobles coberturas permiten el traslado de los episodios costosos al sector público.

En España se practica un tipo de seguros —el de asistencia sanitaria que integra verticalmente la función aseguradora con la proveedora de los servicios— que no se conoce en el resto de países de la CE, donde el seguro sanitario típico es el de enfermedad —reembolso de gastos— (Hernández, 1991). Este último, también existente en España, tiene un volumen total de primas equivalente al 3% del total de primas del seguro de asistencia sanitaria.

(III) *Grado de equidad intermedio.* Este alto peso de un financiador-asegurador público constituye, probablemente, la clave del acceso equitativo a los servicios sanitarios destacado por Blendon (1991). La utilización ajustada por necesidad indica —a grandes rasgos— ausencia de barreras financieras. Análisis más detallados, como los de Rodríguez, Calonge y Reñé (1992), concluyen que la distribución de los recursos sanitarios no es equitativa (no se corresponde a la necesidad), *aunque en un grado reducido.*

Pasando de la equidad en la prestación de los servicios sanitarios a la equidad en

la financiación de los mismos, entendida como correspondencia con la capacidad de pago de los hogares, España ocupa un lugar intermedio entre los diez países objeto de un estudio reciente (Van Doorslaer y Wagstaff, 1992): Se sitúa en quinto lugar, detrás de Irlanda (el más progresivo, con un índice de Kakwani (3) positivo e igual a 0,034), Reino Unido, Dinamarca y Portugal, y delante de Holanda, Italia, Francia, Suiza y Estados Unidos (el más progresivo, con un índice de Kakwani de —0,145).

2. SIMILITUDES ENTRE LOS SISTEMAS SANITARIOS DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS (4)

1. *Falta de información sobre la efectividad y costes de muchos servicios*

(3) El índice de Kakwani mide el área comprendida entre dos curvas de Lorenz: la de la distribución de renta y la de contribución a la financiación de la sanidad que se realiza. Si esta distribución fuera proporcional a la renta, las curvas coincidirían y el índice sería cero. Con financiación regresiva (distribución de la renta más desigual que distribución de las contribuciones), el índice será negativo y con financiación progresiva, positivo.

(4) Los problemas reconocidos tienen grandes espacios de coincidencia en las líneas fundamentales. Véase, por ejemplo:

- OCDE (1987): *Financing and delivering health care*. París.
- OCDE (1990): *Health Care Systems in Transition. The search for efficiency*. París.
- *Información Comercial Española. Revista de Economía*, n.º 681-682 de mayo-junio 1990, dedicado a las reformas sanitarias.
- JANO, números 964, de 27 de septiembre de 1991 y 965, de 4 de octubre de 1991, dedicados a gestión sanitaria.
- *Papeles de Gestión Sanitaria*, números 12 a 18, editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- *The Economist*, de 16 de julio de 1988, Sick health services, págs. 17-20.
- *Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*, julio 1991, pág. 22.
- *Revista de Economía*, 1992, n.º 12.
- Hurst J. Reforming health care in seven european nations. *Health Affairs*, 1991, 10(3): 7-21.
- *Health Policy*, 1992, 20 (1+2): 1-252. Número especial dedicado a la atención sanitaria en los países de la CE.

sanitarios. Grandes diferencias no explicadas en tasas de frecuentación, tasas quirúrgicas, calidad, costes, rendimientos y otros indicadores de utilización y productividad, lo que sugiere espacios considerables de mejora.

La relativamente baja tasa de frecuentación hospitalaria de España es compatible con la presencia de variaciones geográficas en las tasas de utilización (asociadas éstas a la oferta de camas), tanto mayores cuanto menor es la efectividad objetiva del procedimiento: Escasa variación geográfica en hospitalizaciones por hernia, apendicitis, infarto agudo de miocardio y enfermedades de la vesícula biliar y de las vías biliares; gran variación para enfermedades hipertensivas, amígdalas y vegetaciones adenoideas, y varices.

Se replica, pues, en España lo constatado en otros países; a fin y al cabo el fenómeno de la efectividad subjetiva (firma quirúrgica o estilo de práctica) está más relacionado con el desarrollo de la Medicina y la forma de difundir conocimientos médicos y prácticas clínicas que con las peculiaridades del sistema sanitario de cada país.

Sólo, no obstante, los estudios de utilización apropiada permiten concluir acerca de la adecuación de ingresos y estancias. Este tipo de estudios, que aparcan el concepto de la demanda económica basado en la disposición a pagar, están empezando a realizarse en nuestro país (5).

2. *Abundancia de incentivos perversos* en el sentido de que no conducen a la preocupación por la eficiencia en ninguno de los actores del sistema sanitario. Aplicabilidad a los sistemas sanitarios públicos de los supuestos fundamentales

(5) Como mínimo se conoce uno en el Hospital del Mar de Barcelona.

de la teoría de la burocracia de Niskanen. Inviabilidad generalmente admitida, no obstante, de la alternativa organizativa radical que supondría una Medicina basada en la maximización de los beneficios.

Más de un gerente ha consolidado su prestigio en España, consiguiendo aumentos en el número de visitas y en el número de días de estancia, por la vía de empeorar el ratio visitas consecutivas/primera visita y alargar la estancia media, respectivamente.

La obviedad de las mejoras potenciales constituye la cara amable de esta situación. El año pasado, 1991, una serie de hospitales privados concertados en Valencia, redujeron su estancia media para una serie de procedimientos de 9,8 a 4,4 días; todo lo que medió fue un cambio en la forma de pago: de pago por estancia a pago por proceso (Peiró, 1992).

3. *La prevención se predica mucho más que se practica y la atención primaria está poco desarrollada.* En general los recursos asignados a las diferentes familias de grupos de riesgo (biología, estilos de vida, medio ambiente y servicios sanitarios) no guardan correspondencia con la mortalidad, morbilidad e incapacidad atribuida a los mismos.

La política de salud comprende la financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios, pero también la promoción de comportamientos saludables y la prevención de los riesgos derivados del entorno, palancas éstas más efectivas en muchas ocasiones que las asistenciales. El hecho de que las políticas de salud dirigidas a los determinantes sociales de la salud (entorno, nutrición, estilos de vida, educación, empleo...), en principio más eficientes, no hayan recibido mayor

atención se explica en parte por: (I), la confrontación con intereses creados (agrícolas, pecuarios, publicitarios, tabáquicos, profesionales, aseguradores...), (II), la infravaloración individual y social de la prevención y (III), la falta de conocimiento y, por tanto, de conciencia sobre la plasticidad y vulnerabilidad de la enfermedad. Se sabe, por ejemplo, que una muerte por poliomielitis, meningitis meningocócica, tuberculosis, apendicitis o anemia carencial es con frecuencia evitable en ciertas edades y un responsable sanitario tendría sonrojos, interiores como mínimo, ante tasas de muerte por estas causas que fueran elevadas. El sonrojo todavía no se produce ante una elevada incidencia de enfermedades isquémicas del corazón, ciertos tipos de cáncer o de accidentes.

4. *La influencia de la industria farmacéutica que previene a los gobiernos de una regulación sanitariamente más efectiva.* El ineludible compromiso entre intereses industriales (empleo, inversión, Balanza de Pagos favorable, externalidades de la I + D farmacéutica) e intereses sanitarios (efectividad en tratamiento, problemas de salud, iatrogenia y factura farmacéutica) puede variar bastante y, de hecho lo hace, entre países (Callejón, 1990).

El mercado Único Europeo... beneficiará a aquellos países que posean sólidas empresas internacionales, Alemania y Reino Unido dentro de la Comunidad, Suiza y, sobre todo, los Estados Unidos en el extranjero. Los países que no las posean perderán capacidad... A medida que las instalaciones productivas de las empresas extranjeras se vuelvan obsoletas, se cerrarán, no necesariamente de inmediato, pero con toda seguridad... Grecia y Portugal serán los primeros en padecerlo (Burstall, 1992).

5. *Cambio de énfasis desde la necesidad técnicamente definida por epidemiólogos y médicos a la necesidad expresada por la población.* Los gobiernos intentan tener a la población satisfecha, sabiendo que las expectativas de ésta han experimentado un crecimiento mayor que la mejora en el comportamiento del sistema. En cualquier caso, los votos dependen de la satisfacción... lo que explica que en España, Australia, Italia, Estados Unidos, Francia... se hable de reforma sanitaria: calma la ansiedad de los votantes. El problema es que detallar reformas tiene importantes costes políticos... lo que explica que en España, Australia, Italia, Estados Unidos, Francia... las reformas se aplacen (The Economist, 1991).

Este cambio de énfasis se ha reflejado ya en España en algunas investigaciones tendentes a validar medidas de salud y de calidad de vida y, sobre todo, en la progresiva asimilación a la práctica clínica del hecho de que las utilidades relevantes son las de los pacientes.

6. *Reforma sanitaria fórmula «Financiación pública más competencia gestionada»* (6). Para orientar los recursos de forma que su consumo refleje las preferencias de la sociedad se propone la introducción de mecanismos de competencia que requieren una separación entre las funciones de financiación y las funciones de producción, tal como la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña establece y el Informe Abril recomienda.

La financiación pública única supone, primero, capacidad para controlar la oferta de profesionales, servicios y

(6) «Managed competition», en inglés, que también podría traducirse por competencia dirigida o competencia reglamentada.

programas y, segundo, garantía de redistribución: mientras un 4% de la población, identificable en gran parte a priori, consume en un año el 50% del gasto sanitario no podrá interrumpirse la financiación pública de la sanidad sin quebranto social. Una financiación fundamentalmente privada originaría selección adversa: un sistema sanitario para los «buenos riesgos», comercialmente interesantes, forzosamente complementado por otro benéfico-caritativo para los «malos riesgos».

El espíritu de la solución común queda reflejado en las diecisiete últimas palabras de la cita que sigue, con las que finaliza la revisión sobre atención sanitaria del influyente *The Economist*, edición de 6 de julio de 1991:

«Health-care systems have come a long way since Hammurabi; they have even changed a lot since Beveridge. In some ways they have changed too much. It is time to return to the basics of value-for-money, measuring results and using incentives to improve performance. Social insurance plus managed competition might be just what governments, employers and patients are looking for.»

Financiación pública más «competencia gestionada» expresaría, pues, una posición muy compartida. Se admite la regulación gubernamental y el protagonismo de instituciones no lucrativas, en general, lo que representa un reconocimiento implícito de las especificidades sanitarias (7).

(7) Las especificidades sanitarias más destacadas derivan de que, primero, los servicios sanitarios afectan a la preservación de la vida, o a su calidad como mínimo; segundo, de las asimetrías en la información; tercero, de las imperfecciones en la relación de agencia.

3. ALGUNAS ESPECIFICIDADES DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Los resultados globales de las reformas emprendidas en el período 1983-1990 han sido analizadas por Elola (1991):

economicismo (restricción y posterior expansión del sistema dependiendo de las disponibilidades financieras, sin adopción de medidas de control de los costos basadas en la mejora de la eficiencia); expansión, en relación con los servicios de atención primaria y con la extensión de la cobertura sanitaria pública; burocratización del sistema, en el sentido del crecimiento de una tecnoestructura de carácter administrativo, sin la introducción de medidas de gestión empresarial; por último, la ausencia de evaluación (Elola, 1991, pág. 206).

El Informe Abril comparte el discurso de reforma sanitaria (separación entre las funciones de financiación y producción que permita la introducción de mecanismos de competencia) con el de otros países desarrollados que lo habían formulado previamente, particularmente Holanda (8) y Reino Unido (9), pero la situación de partida a la que debe aplicarse el discurso difiere. El mimetismo tal vez sea excesivo. Conviene recordar tres notorias especificidades del sistema sanitario español:

- 1) Rasgos diferenciadores en estado de salud, factores de riesgo y oferta sanitaria;
- 2) Reconversión pendiente de una Administración Pública que autolimita su eficiencia;

(8) Informe *Willingness to change (Bereidheid tot verandering)*, de la Comisión Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Staatsutigeveij, La Haya, 1987).

(9) D.H.S.S. *Working for patients*. Secretary of State for Health Londres: HMSO, 1989.

3) Administración Pública en proceso de descentralización.

1. Rasgos diferenciadores en estado de salud, factores de riesgo y oferta sanitaria.

Estado de salud:

- Esperanza de vida excelente, superada únicamente por Japón, Suecia, Suiza, Holanda y Noruega (OMS, 1992). Posición en la jerarquía mundial más acorde con el gasto sanitario per cápita (10) en indicadores —como la mortalidad perinatal— que reflejan en mayor medida el impacto de los servicios sanitarios.
- Patrón de morbi-mortalidad que ha convergido con el de los países desarrollados tras la reciente reducción en la incidencia de algunas enfermedades transmisibles que nos diferenciaban: tuberculosis respiratoria, antropozoonosis como la brucelosis y la hidatidosis y, particularmente, enfermedades susceptibles de ser evitadas mediante vacunación como difteria, poliomelitis y sarampión (Secretaría General para el Consumo y la Salud Pública, 1991).

Factores de riesgo:

- Pésima situación en lo referente a tabaquismo (el factor de riesgo al que se le puede atribuir mayor mortalidad e incapacidad en los países desarrollados; en torno a un 15% de las muertes son atribuibles, en España, al tabaquismo): *...el mayor incremento porcentual en el consumo nos sitúa*

como el país de la CEE con una mayor progresión de consumo de cigarrillos per cápita... vemos cómo la preocupante quinta posición que en la actualidad ocupa España en cuanto al mayor consumo de cigarrillos per cápita a nivel mundial... puede agravarse en los próximos años... (González, 1992).

- 3,8% de la población española bebe en exceso: más de 100 cc. de alcohol por día (Indicadores de Salud 1991). Se estima que entre un 4 y un 12% de la mortalidad total puede atribuirse al alcohol (Gili, et al, 1989).
- Excesivas intoxicaciones alimentarias (colza, clenbuterol) y persistencia de otras secuelas negativas del modo de crecimiento como la de un urbanismo insano.
- Accidentes de tráfico como causa importante de mortalidad prematura (anterior a los 70 años). Entre 160.000 y 170.000 víctimas al año, y unas 9.000 muertes anuales en los 30 días siguientes al accidente de tráfico, hacen que la motorización esté suponiendo en España un coste en salud más alto que el de la mayoría de los países europeos (Plasencia, 1992).
- Tasas de mortalidad por accidentes de trabajo sensiblemente más elevadas que en países del entorno económico de España, como Reino Unido, Alemania o Francia (Moncada y Artazcoz, 1992).

Oferta sanitaria:

- 3,6 médicos por 1.000 habitantes, cifra muy alta, que empeora si se ajusta por oferta asistencial.
- Ratio enfermería/médico de 1,1, muy inferior al de los países de la CE.

(10) Gasto sanitario per cápita expresado en paridad de poder de compra que, a su vez, está en línea con el PNB. No se da aquí, pues, especificidad alguna.

- Atención médica primaria todavía sin historia clínica ni examen físico en bastantes lugares con el efecto asociado de uso irracional de fármacos.
- SEE centrado en los hospitales no por el porcentaje del gasto que a los mismos se dedica (en torno al 50%), ni por la oferta de camas (3,5 camas de agudos por 1.000 habitantes sólo rebajada en la CE por Reino Unido y Portugal) sino por el comparativamente escaso valor que se está obteniendo del gasto sanitario no hospitalario. Los hospitales se han constituido en macrocentros de urgencias y «sparring» de las insuficiencias del sistema (Acarín, 1992).
- Insuficiente tardía adaptación de la oferta a los cambios en morbilidad y aspiraciones de la población (reconversión de camas de agudos en camas de crónicos, mayor orientación hacia el usuario).
- Escasa tramitación de pago por acto.

2. *Administración Pública que autolimita su eficiencia*, (aunque produzca el 67% de los servicios sanitarios e incluso la atención extrahospitalaria —asistencia médica primaria más especialistas no integrados— se realice en instalaciones públicas por profesionales y trabajadores vinculados estatutariamente al sector público).

La reforma administrativa debe resolver los problemas creados por la propia regulación administrativa en su inadaptación a las características que debe reunir el marco regulador de la producción de servicios sanitarios en un país desarrollado.

En el terreno económico el ajuste de la economía española pasa, en gran parte, por la reconversión pendiente del sector

público, lo que no implica necesariamente ni privatización, ni desregulación, ni reducción del tamaño del sector público, pero sí mayor eficiencia (11) mediante cambios en la gestión pública (Ortún, 1992).

El mal funcionamiento de la Administración en España es visto, desde otros países europeos, como un claro elemento diferenciador. La gestión pública en España es, en la mayoría de los casos, mera administración burocrática y el gestor público un experto en normas y procedimientos.

En resumen, mayor producción pública de servicios sanitarios con una menor discrecionalidad gestora. Esta especificidad plantea un prerequisite sobre cuyo diagnóstico se reitera de nuevo la coincidencia (aunque se ignore mucho sobre la terapia). En palabras de López Casasnovas (1992):

Todo parece apuntar a que los retos futuros en el gasto sanitario pasan hoy por la reforma del sistema sanitario público (ésta es hoy probablemente la mejor defensa que pueden hacer los sindicatos de la sanidad pública), con la introducción de criterios de eficiencia al nivel de los equipos clínicos. Dicha estrategia de cambio se ha de acompañar, probablemente, de la flexibilización en la gestión del personal sanitario —hoy protegido por estatutos demasiado rígidos— y de una política más realista de presupuestación del gasto sanitario.

(11) Los profesionales sanitarios aceptan bien la introducción de la eficiencia. Incluso explicita: Los jefes de servicio de Medicina Interna de Cataluña, reunidos por el Plan de Salud en Sau, el 6-7 marzo de 1992, concluyeron entre otras cosas *e/s internistes ens manifestem convençuts de que MEDICINA INTERNA=EFICIENCIA*. Las reglas de juego han de permitir ahora la canalización de ese convencimiento.

Efectivamente, la ineficiencia de la producción pública—cuándo y dónde se produce, no hay que darla por supuesta—no se deriva tanto de la caracterización jurídica del propietario—público o privado— como de la falta de incentivos tanto organizativos como individuales.

La falta de incentivos organizativos está ocasionada, en gran parte, por la ausencia de competencia, que impide comparaciones, por el hecho de que el consumidor no pague directamente el servicio que recibe y por la imposibilidad de quiebra.

La falta de incentivos individuales se deriva de la dificultad de que trabajadores y profesionales del sector público puedan apropiarse de una parte del excedente que con su mayor esfuerzo generen y de la práctica imposibilidad de ser despedidos.

3. Administración Pública en proceso

descentralizador. Una descentralización política como proceso siempre abierto añade tensiones y dificultades a las que se derivan de la citada autolimitación de la eficiencia de la propia Administración. La discusión sobre el grado de autonomía de algunas Comunidades Autónomas afecta de lleno a la financiación y gestión de los servicios sanitarios transferidos (Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia y Navarra). Ello explica en parte la gran atención que se presta a las diferencias territoriales en gasto sanitario público por persona protegida (12). Las propuestas de revisión del modelo de financiación van desde incorporar la sanidad al modelo LOFCA (Sanfrutos, 1991) hasta la descentralización de los ingresos que permitiera a cada Comunidad establecer libremente, tanto la cuantía como la composición del gasto sanitario (Cabasés, 1992).

(12) Este oscila, en 1989, entre las 58.389 ptas. por persona en Cantabria, la cifra mayor, y las 41.973 ptas. por persona en Galicia, la cifra menor (Ruiz Álvarez, 1991). Las diferencias, sin embargo, se han estado reduciendo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACARIN, N. (1992): Entre el deseo y la perdición. *Quadern CAPS*, n.º 17 (primavera), 99-104.
- BAREA, J. (1992): *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Madrid. Instituto de Estudios Fiscales.
- BLENDON, R.; DONELAN, K.; JOVELL, A.; PELLISE, L y E. COSTAS (1991): Spain's citizens assess their health care system. *Health Affairs*, 10(3), 216-28.
- BURSTALL, M.L. (1992): ¿Qué sucederá con la industria farmacéutica después de 1992? Libro de Ponencias. *XII Jornadas de Economía de la Salud*. Madrid, 27-29 mayo 1992.
- CABASES, J. (1992): Reforma sanitaria, financiación y política de salud. *Economistas*, n.º 52 extraordinario (diciembre 1991-enero 1992), 348-353.
- CALLEJÓN, M. y ORTUN, V. (1990): Los medicamentos en España: Mercado único y utilidad social. *Economía Industrial*, 274: 191-206.
- COMISIÓN (1991): Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y Recomendaciones*. Madrid.
- COMPTE (1992): *Comptes regionals de l'economia catalana. Jaula input output 1987*. Barcelona; Conselleria de Comerç Generalitat i Cambra de Comerç, Indústria i Navegació.
- ELOLA, F. (1991): *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- GILI, M.; LACALLE, J.R.; NIETO, C. y VELASCO, A. (1991): Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. *Revisiones en Salud Pública*, 1: 133-158.
- GONZÁLEZ I QUINTANA, J. (1992): El tabaquismo en España. *ROL* (Barcelona), n.º 161: 31-38.
- HERNÁNDEZ, J. (1991): *Seguros sanitarios en España: situación actual y tendencias*. Informe elaborado por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, mimeo.
- HURST, J. (1992): Reforming health care in seven european nations. *Health Affairs*; 10 (3): 7-21.
- Indicadores de Salud* (1991): Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2.ª edición.
- LOBO, F. (1992): *Medicamentos. Política y Economía*. Barcelona: Masson.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1992): El reto de una mejor gestión del gasto sanitario. *Horizonte Empresarial*, marzo, 8-13.
- MONCADA, S. y ARTAZCOZ, L. (1992): Los accidentes de trabajo en España: Un gran problema, mayor olvido. *Quadern CAPS*, n.º 17 (primavera): 63-79.
- MURILLO, C. y GONZÁLEZ, B. (1991): El sector sanitario en España. Situación actual y perspectivas de futuro. *Hacienda Pública Española*, 119: 41-58.
- OMS (1992): *World Health Statistics Annual 1991*. Ginebra: World Health Organization.
- ORTUN, V. (1992): *Gestión Pública*. Madrid: BBV, en prensa.
- PEIRO, S.; MENEU, R.; ROSELLO, M. y TOBED, M. (1992): *Pago prospectivo por caso y duración de la estancia en hospitales privados concertados por el Servicio Valenciano de Salud*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, mimeo.
- PLASENCIA, A. (1992): Accidentes de tráfico en España: a grandes males, ¿pequeños remedios? *Quadern CAPS*. n.º 17 (primavera): 9-33.
- RODRÍGUEZ, M.; CALONGE, S. y REÑE, J. (1992): Análisis de la (in)equidad en la financiación y la provisión de los servicios en el sistema sanitario español. En *El Sistema Nacional de Salud de los 90* (XI Jornadas de Economía de la Salud. Alicante, 6-8 junio 1991), pág. 543-562. Asociación de Economía de la Salud y Conselleria Sanitat i Consumí de la Generalitat Valenciana.
- RUIZ ALVAREZ, J.L., et al. (1991): Consideraciones sobre la reforma de la financiación de la sanidad pública española. *Presupuesto y Gasto Público*, 5: 173-196.
- SANFRUTOS, N. (1991): La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones. *Gaceta Sanitaria*. 5 (26): 219-224.
- SCHNEIDER, M.; DENNERLEIN, R.; KÖSE, A. y SCHOLTES, L (1992): *Health Care in the EC*

- Member States. Health Policy*, 20 (1-2): 1-252.
- SECRETARIA GENERAL PARA EL CONSUMO Y LA SALUD PUBLICA (1991): Ministerio de Sanidad. *Plan de Salud* (borrador), diciembre, mimeo, 192 páginas.
- THE ECONOMIST (1991): Dangerous Medicine, 9 nov. 1991, pág. 48.
- VAN DOORSLAER, E. y WAGSTAFF, A. (1992): Equity in the finance of health care: methods and findings of the COMAC-HSR project. En Wagstaff, A.; Van Doorslaer, E. Y Rutten, F. (ed.): *Equity in the finance and delivery of health care. An empirical study in ten countries*. Oxford University Press, en prensa. Citado por Rodríguez, et al., 1992.