

ESTUDIOS SOBRE LA ECONOMIA ESPAÑOLA

El sistema sanitario en España

Carles Murillo

EEE 39



FEDEA

Fundación de Estudios de Economía Aplicada

<http://www.fedea.es/hojas/publicado.html>

MEDICAL FORUM EXPO 98

**HEALTH, BUSINESS AND ECONOMY FORUM
HEALTH-CARE SYSTEMS IN TRANSITION**

Barcelona, 12/13 juny 1998

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Carles Murillo

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra

Asociación de Economía de la Salud (AES)

Este trabajo se ha beneficiado de la ayuda financiera correspondiente al proyecto de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGCICYT).

1. Introducción

El sistema sanitario español, al igual que la mayoría de sistemas sanitarios de los países occidentales, vive en un estado de permanente exigencias de reformas. Estas reformas son, en ocasiones, cambios en profundidad en las estructuras de la organización, gestión y financiación de los recursos utilizados, mientras que en otras responden a demandas de modificaciones puntuales y específicas. Se combinan, en consecuencia, las valoraciones de los aspectos deficitarios relativos tanto a consideraciones de corte macro (económico y de gestión) como de tipo micro (también, por supuesto, económica y de gestión). Las necesidades de reforma vienen impulsadas fundamentalmente por dos factores determinantes que no por ser de naturaleza distinta dejan de tener elementos de conexión e interdependencias. Me estoy refiriendo, por una parte, a las consecuencias de los sucesivos aumentos de la partida correspondiente al gasto sanitario y, por otra, a la incorporación de experiencias de probada eficacia y efectividad en ámbitos distintos del sanitario y, más concretamente, a la importación de elementos organizativos y de gestión puestos a prueba en el mundo de la producción empresarial de bienes y servicios.

El esfuerzo de síntesis que exige tratar de establecer, en unos pocos minutos, los elementos suficientes para que la audiencia disponga de conocimiento suficiente de los mecanismos de funcionamiento del sistema sanitario en España no resulta una tarea sencilla, compatible a su vez con un procedimiento que permita aflorar elementos de discusión y debate de interés generalizado. Trataré en esta exposición, sin embargo, de destacar los rasgos que mejor caracterizan a nuestro modelo sanitario con objeto de llegar, al final de la misma, a explicitar una cierta agenda de temas pendientes que deberían inspirar las modificaciones pertinentes en las políticas sanitarias y políticas de salud en nuestro país.

Para facilitar el hilo conductor de mi exposición utilizaré un marco de discusión que es el comúnmente utilizado en la evaluación de programas y trataré de recoger con informaciones actualizadas el estado de la cuestión en materia de funcionamiento y resultados del sistema¹.

2. Los objetivos del sistema sanitario español

La Constitución de 1978 establece el marco legal en el que se inspiran las actuaciones posteriores en materia de asistencia sanitaria y su organización. El artículo 41 señala que *“los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”*. Más adelante, en el 43, se reconoce el derecho a la protección de la salud y se indica que la responsabilidad es competencia de los

¹En este trabajo se ha utilizado buena parte de la documentación y de los comentarios que aparecen en el documento “El Sistema Sanitario Español: Informe de una década” de López Casanovas, G., Ortún, V. y Murillo, C. (1997), patrocinado y editado por la Fundación del Banco Bilbao-Vizcaya (BBV).

poderes públicos que deberán *“organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”*.

La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, completada por la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública, establece con claridad cuáles son los objetivos generales que persigue el sistema sanitario en España. El artículo 3 de dicha Ley establece el marco de actuación del modelo sanitario: *“los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”*.

El principio de equidad aparece por su parte reconocido en el artículo 12 de la Ley: *“los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español”*.

Los objetivos generales son el desarrollo de los principios constitucionales que expresan las exigencias de garantía de preservación de los principios de universalidad y gratuidad con financiación mayoritariamente pública. La Ley General de Sanidad, tomando como referencia la todavía vigente Ley de Seguridad Social de 1974, supone un cambio decisivo en lo que se refiere al modelo a seguir. En este sentido, se establecen las condiciones para configurar un sistema sanitario propio de un estado social y democrático, en la línea de las experiencias del modelo del Reino Unido. Se define un Sistema Nacional de Salud que permite sin embargo la incorporación de las peculiaridades intrínsecas a la realidad española, concretamente las relativas al proceso de descentralización de las competencias de la administración pública de acuerdo con el desarrollo del mapa de 17 comunidades autónomas. Se trata pues de un sistema sanitario con un importante y preponderante papel del sector público que viene complementado, mediante fórmulas de muy diversa naturaleza, con la participación del sector privado, especialmente el que actúa con fines no lucrativos. Como objetivos implícitos en este modelo aparecen como elementos destacados el deseo que la utilización de los servicios sanitarios se realice en función de las necesidades sentidas por la población y que los ciudadanos contribuyan a la financiación del sistema según sus capacidades económicas.

La administración del Sistema Nacional de Salud está compartida entre la administración del estado y las de las comunidades autónomas que tienen competencias efectivas en materia sanitaria (son siete comunidades autónomas las que, en la actualidad, tienen estas competencias: se trata de las comunidades autónomas de Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco y Valencia). La concreción de los objetivos generales se realiza a través, entre otros, de los correspondientes planes de salud a nivel regional.

3. Recursos utilizados y su distribución.

Las dotaciones de infraestructura y de personal confieren al panorama de la provisión de la atención sanitaria algunos elementos que merecen una reflexión considerable. El volumen absoluto y relativo de los recursos con los que los proveedores de la asistencia sanitaria atienden las demandas de los ciudadanos, así como también su distribución geográfica, se vislumbra en las tablas que se ofrecen a continuación. Se han realizado diversos ensayos² para intentar obtener alguna medida sintética de la dotación de infraestructuras y de recursos de personal en el conjunto del sistema sanitario. El objeto de este tipo de aproximaciones ha sido tanto el deseo de ofrecer de manera descriptiva y resumida un panorama de los valores de los factores que más contribuyen a explicar las variaciones observadas como, por otra parte, servir de referente objetivo para alimentar distintas fórmulas de reparto territorial del volumen de recursos financieros puestos a disposición del sistema sanitario. Lo más interesante de este tipo de aproximaciones consiste en la aproximación a la construcción de ratios de dotaciones en relación con las necesidades. En otras ocasiones, se ha simplificado la complicación de disponer de un índice sintético y se ha optado por utilizar, a estos mismos efectos, algunas variables seleccionadas y presuntamente consensuadas para su incorporación en las fórmulas de reparto³.

La dimensión de las infraestructuras de la atención hospitalaria vivió una época de expansión muy importante en la década de los 70, a la que siguió -aunque con un ritmo de crecimiento menor -la década siguiente en la que se completó un mapa que permite acercarnos a la media de los indicadores de los países occidentales tanto en lo que se refiere al número de establecimientos como al de camas per capita. Los poco más de 800 hospitales que conforman la red asistencial hospitalaria en España están catalogados como hospitales generales y de especialidades. Los hospitales generales representan, en número de establecimientos, el 56% del total de hospitales.

Lo destacable, sin embargo, es la constatación de algunas variaciones significativas. En primer lugar, en el número absoluto de centros que, después de los crecimientos a los que antes aludía, se estabilizó para iniciar posteriormente un decrecimiento. Entre 1985 y 1995, el número de hospitales ha descendido en un 13%. Este dato no supone una pérdida importante de recursos puesto que responde a políticas de concentración de esfuerzos, a la creación de consorcios y otras formas organizativas que aunque han supuesto variaciones que afectaron al número de establecimientos inciden tan sólo de forma muy moderada al número de camas (la disminución en el número de camas, en este mismo periodo ha sido sólo de un 3%). En la actualidad la oferta de camas es de aproximadamente 170.000. En segundo lugar, y

²Puig,J. Y López,A.: “Assessing health care infrastructure at the regional level: a statistical approach”, *Applied Economic Letters*, 2 (pp. 463-466). 1995; Puig,J.: “Una evaluación de las desigualdades territoriales en infraestructuras sanitarias”, *Universitat Pompeu Fabra*, 1997, mimeo; Figueras,J.et al.: “Health care infrastructure. Needs in the lagging regions”, *Final Report a la DG XVI de la CEE*, 1992, mimeo.

³Rico,A.. “Aspectos redistributivos de la financiación sanitaria regional”, *II Simposio sobre Igualdad y redistribución de la renta y la riqueza*. Madrid, 1995, mimeo; Rico,A. y Rubio,P.: “Necesidades sanitarias y redistribución regional de recursos en España”, *Universidad Carlos III*, 1996, mimeo.

como consecuencia también de los cambios organizativos, la oferta de camas en los hospitales generales ha aumentado a costa de una importante disminución, aproximadamente el 40%, del número de hospitales y de camas de agudos. La tercera fuente de variaciones se observa en la distribución geográfica de los recursos hospitalarios. El indicador de número de camas por 1.000 habitantes es 8 veces mayor en la comunidad autónoma mejor dotada en relación con la que tiene menos oferta hospitalaria.

Por lo que se refiere al personal también son aplicables muchos de los elementos enunciados en el apartado precedente referido a las dotaciones de infraestructuras. El indicador de número de camas por personal sanitario empleado en los hospitales está en los niveles medios de los países industrializados. En esta comparación sin embargo debe recordarse que el numerador está por debajo de la media de dichos países lo que relativiza sin duda el resultado ofrecido por este indicador.

En atención primaria existe también una notable diversidad de modelos y formas de prestación de los servicios. Dicha diversidad se constata asimismo en los estudios comparados entre modelos distintos en los países europeos⁴. Esta variabilidad depende de dos factores: el grado de desarrollo de la reforma de la atención primaria emprendida con la aplicación de la Ley General de Sanidad y, en segundo lugar, la puesta en marcha de nuevos modelos de gestión que tiene un nivel de implantación muy desigual según comunidades autónomas.

Cerca de 150.000 profesionales (entre médicos y personal de enfermería y auxiliar) desarrollan sus tareas en aproximadamente 5.000 centros y servicios de salud. Junto a la red pública de prestación de la atención primaria, coexiste una oferta de médicos privados. En los casos en los que el paciente decide acudir a la oferta privada de consultas médicas, aquél puede visitar -sin previo filtro- directamente a un especialista. La mayoría de estos facultativos están encuadrados en los registros de las compañías de aseguramiento privado de enfermedad con las que establecen el correspondiente contrato para regular sus honorarios.

En la red asistencial pública, la atención primaria ha pasado de desarrollarse en los antiguos ambulatorios (en los que la inmensa mayoría de médicos dedicaban como máximo media jornada laboral) a los denominados centros de salud. Aunque el proceso de reconversión no se ha completado todavía (existen también variaciones importantes en el grado de implantación de la reforma según la comunidad autónoma y explicables por un conjunto de factores distintos que van desde las restricciones presupuestarias a la presión ejercida por algunos colectivos de profesionales), es preciso resaltar la característica principal de la prestación de la atención sanitaria en dichas instituciones. La atención puramente curativa se complementa con otra de tipo preventivo desde una concepción integral de la salud de la población. La actividad realizada en los centros de salud (consultas, pruebas diagnósticas, visitas a domicilio, etc.) se articula en base a tres principios de funcionamiento: el personal sanitario (de enfermería y también médico) está dedicado a tiempo completo, son retribuidos mediante un salario fijo, actúan bajo los principios de la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo y cuentan, a diferencia de la red no reformada,

⁴Gervás, J. et al.: "Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe", *Family Practice*, vol. 11, pp.: 307-317, 1994.

con servicios de apoyo asistencial. Los centros de salud están coordinados desde las denominadas Áreas Básicas de Salud que tienen responsabilidades sobre conjuntos de población que van entre los 5.000 y 250.000 habitante.

El tercer eje de la prestación de los servicios sanitarios se articula alrededor de las prestaciones farmacéuticas. En este capítulo debe distinguirse entre la administración de fármacos en los establecimientos hospitalarios públicos y centros de salud y el consumo farmacéutico que se dispensa a través de las oficinas de farmacia. El Insalud, junto con el resto de Servicios Regionales de Salud, incurre en el 87% del consumo en farmacia que, después de imputar el efecto del copago, supone el 90% del gasto satisfecho por el sector público.

El número de farmacéuticos per capita en España es cinco veces mayor que el que ofrecen las estadísticas del Reino Unido y Holanda. Las 18.000 oficinas de farmacia suponen que el indicador de número de habitantes por farmacia (2.100) es claramente superado por la mayoría de los países industrializados (2.500 en Alemania y Francia, 4.750 en el Reino Unido y algo más de 10.000 en Holanda).

La tecnología constituye otro de los inputs de la producción de servicios sanitarios. El factor tecnológico, entendido en su concepción más amplia, incluye los equipos, aparatos, procedimientos médicos diagnósticos y quirúrgicos, los medicamentos y productos de farmacia así como la organización y gestión de los servicios sanitarios. Es innegable que los avances tecnológicos condicionan de manera importante la cantidad y la calidad en la producción de los servicios sanitarios. La importancia de este factor en el vector de argumentos determinantes de la salud ha sido reconocida en cualquiera de las aproximaciones formales de las funciones de producción de salud y de servicios sanitarios. En un mercado de competencia monopolística, como el de muchos de los bienes y productos sanitarios, la innovación tecnológica patentable y apropiable, es decir la que permite la incorporación de nuevos fármacos y equipos diagnósticos y terapéuticos, contribuye de manera decisiva a la diferenciación de los productos⁵. Las innovaciones en producto son, cuantitativa y cualitativamente, más importantes que las innovaciones en procesos y en las organizaciones debido a que las regulaciones protegen de forma considerable a los agentes de las injerencias de potenciales competidores. El Estado actúa señalando condiciones a la entrada y de las fórmulas retributivas de los profesionales con lo que regula la oferta de personal tiene, por otra parte, capacidad para establecer presupuestos clínicos y protocolos de actuación de los profesionales mediante los que regular la incorporación de los medios y métodos que implican distintos grados en la adopción de las innovaciones tecnológicas. Finalmente, establece los mecanismos mediante los que se produce información acerca de los efectos directos e inducidos -tanto de naturaleza clínica como económica y social- de la adopción de las tecnologías existentes y las incorporadas a lo largo del tiempo. Estas evaluaciones tienen por objeto proporcionar a los decisores mayor conocimiento de la

⁵Ortún,V.: “Sistema sanitario y estado del bienestar: problemas a la vista” (pp.: 40-57), en Catalá,F. y de Manuel,E. (Eds.): “Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar”, Edita: Escuela Andaluza de salud Pública, 1998.

importancia del factor tecnológico y, en consecuencia, inspirar la conveniencia de su uso y difusión alertando, por otro lado, de las situaciones de utilización inapropiada o desaconsejada⁶.

La traducción del volumen de recursos en términos de gasto permite entroncar con una de las premisas establecidas al principio en relación, concretamente, con las exigencias de reformas en el sistema sanitario vigente en la actualidad. La información que se acompaña a continuación permite una rápida excursión por alguna de las cifras más destacadas del volumen del gasto sanitario con expresión detallada de su naturaleza (público y privado), evolución en el tiempo, importancia relativa (proporción del gasto sanitario sobre el producto interior bruto), composición y área de aplicación, fuentes de financiación y distribución territorial.

En relación con estas informaciones resulta de interés para los objetivos perseguidos en mi exposición señalar algunas consideraciones relevantes. Es preciso, en primer lugar, constatar el escenario común con el de la mayoría de países industrializados por lo que respecto a los crecimientos del gasto sanitario. A los factores sobradamente reconocidos como impulsores de esta trayectoria alcista (cambios en la estructura demográfica de la población, cambios en los patrones de la morbi-mortalidad, incorporación de nuevas tecnologías para el diagnóstico y la terapéutica, aparición de nuevas necesidades en salud, entre otros) deben señalarse otros elementos intrínsecos a la propia organización de los servicios sanitarios. En este sentido, la incertidumbre y las asimetrías de información vienen acompañadas a menudo por respuestas institucionales insuficientes o ineficientes, en un sistema sanitario que no otorga responsabilidad financiera a los agentes consumidores y proveedores de los servicios sanitarios, no ha sido capaz de enmarcar y delimitar con la precisión exigible las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios en un sistema accesible a todos y en el que tampoco quedan suficientemente explícitos los derechos de los ciudadanos⁷. La elasticidad-renta se mantiene en el tiempo en valores superiores a la unidad⁸ y aunque los valores de gasto comparable con otros países nos sitúan en la banda baja, las diferencias entre niveles de renta y gasto sanitario se han ido atenuando en los últimos años.

El gasto sanitario en España, al igual que sucede con el gasto en educación y en vivienda, ha experimentado avances cuantitativos importantes en este último cuarto de siglo. La participación de los gastos sociales en el global del gasto público ha crecido en términos absolutos y relativos (como porcentaje del gasto sobre el producto interior bruto, los gastos de distribución han pasado de constituir el 16% del PIB en 1975 al 28% en 1995. Si esta relación se expresa solamente para los gastos no financieros nos encontramos que el gasto social representa aproximadamente el 56%. Las últimas previsiones

⁶Lázaro, P.: “Desarrollo, innovación y evaluación de tecnología médica”, (pp.: 346-383), en Catalá, F. y de Manuel, E. (Eds.): “Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar”, Edita: Escuela Andaluza de salud Pública, 1998.

⁷Cabasés, J.M.: “La financiación de la sanidad en España” (pp. 319-343), en Catalá, F. y de Manuel, E. (Eds.): “Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar”, Edita. Escuela Andaluza de salud Pública, 1998.

⁸González, B. y Murillo, C.: “El gasto sanitario de los países y de las familias: problemas metodológicos y empíricos para su cuantificación y estimación”, *Ekonomiaz*, n° 25 (pp.: 70-89), 1993; Murillo, C., Piatecki, C. y Sáez, M.: “Health care expenditure and income in Europe”, *Health Economics*, vol. 2, (pp.: 127-138), 1993.

apuntan que esta proporción puede aumentar hasta el 60% en el año 2000). Este crecimiento ha sido financiado en gran medida por un aumento de los ingresos públicos alimentados con los aumentos de la presión fiscal.

La dedicación del gasto total a la partida correspondiente al gasto sanitario ha ido creciendo también en las tres últimas décadas de manera considerable. La proporción que el gasto sanitario público representa sobre el total del producto interior bruto ha pasado de menos del 2% a principios de los sesenta hasta el 6,2% actual. Este gasto público representa el 80% del gasto sanitario total⁹ y el 12% del gasto total presupuestado por el gobierno de la nación para este año. Estos datos nos llevan a la tradicional discusión de las insuficiencias presupuestarias de las partidas de gasto público. Las exigencias de control del déficit público pesan como una losa en las perspectivas de financiación de la sanidad en un sistema en el que, como ya viene siendo una triste costumbre, las cuentas de la gestión directa del Insalud presentan desviaciones importantes¹⁰ lo que obligó a actuaciones especiales en forma de operaciones de saneamiento en 1989, 1992 y 1994 por un total de más de un billón de pesetas. Se trata de disponer de capacidad suficiente para discriminar entre las dos fuentes que alimentan el déficit sanitario, la insuficiencia financiera y los problemas de gestión y las ineficiencias con objeto de garantizar una política adecuada de resolución del problema. De este modo se cultivarían las condiciones para erradicar la noción de “residuo de residuos”¹¹ de la prestación sanitaria dentro del presupuesto de la Seguridad Social y el abuso de las modificaciones de los créditos.

Las fuentes de financiación del gasto han sido las cotizaciones sociales y los impuestos generales. El cambio de modelo de financiación ha supuesto que la vía impositiva haya pasado de representar el 15% del total de la financiación del gasto público en 1980 al 77% en 1995. El gasto sanitario privado proviene, fundamentalmente, del gasto de bolsillo de las familias. Los datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadística¹² a través de las encuestas a los hogares (encuestas de ingresos y de distribución de los gastos) permiten estimar que en 1990 el gasto medio por persona fue de 19.013 pts.¹³ De esta cantidad, el 40% corresponde al gasto en medicamentos y productos de farmacia, el 30% a los servicios de dentista, el 19% a los servicios médicos y, el resto, al pago de las primas correspondientes a las pólizas suscritas con las compañías de aseguramiento privado de enfermedad.

⁹En los diez últimos años esta cifra ha variado al alza pasando desde el 75% en 1985 al 80% con cifras de 1995.

¹⁰En el periodo comprendido entre 1987 y 1989 las desviaciones presupuestarias (expresadas como porcentajes entre el presupuesto líquido y el inicial) del Insalud Gestión Directa alcanzaron los dos dígitos. Desde 1992, este porcentaje se ha rebajado considerablemente.

¹¹López Casanovas, G., Ortún, V. y Murillo, C. (1997), op.cit..

¹²Instituto Nacional de Estadística: “Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91”

¹³Murillo, C., Calonge, S. y González, Y.: “La financiación privada de los servicios sanitarios” (pp-: 245-290), en López Casanovas, G. y Rodríguez, D. (Coords.): “La regulación de los servicios sanitarios en España”, Biblioteca Civitas Economía y Empresa, Edita: Ed. Civitas., FEDEA y AES. 1997.

Un análisis de la descomposición de los factores explicativos de las variaciones del gasto sanitario revela, para el caso español¹⁴, que el incremento anual medio del gasto sanitario público en términos nominales entre 1980 y 1995 fue del 13,07%. Teniendo en cuenta los aumentos de la cobertura sanitaria, después de la progresiva implementación de la cobertura universal, los cambios en la estructura demográfica y las variaciones de los precios que fijan el coste de los recursos empleados, resulta que la prestación sanitaria real media per capita ha crecido, para este mismo periodo, a una tasa anual acumulativa media de 2,82%. Este indicador ha sufrido variaciones notables a lo largo de los quince años de referencia: hubo una disminución neta en el periodo coincidente con la política agresiva de contención de costes y un panorama externo de crecimiento de los índices de precios a dos dígitos, y luego, a partir de 1987 se recuperan los aumentos para proporcionar un crecimiento a una tasa anual media del 5,96%.

Para cada uno de los agentes que intervienen en el sistema existen informaciones estadísticas que permiten valorar la parte del gasto atribuible a su presencia en la prestación de los servicios sanitarios. La composición funcional del gasto sanitario de la Seguridad Social proporciona una idea suficiente de la participación en el gasto público de la atención especializada, en relación con la atención primaria y el consumo farmacéutico. Es el gasto hospitalario, la atención especializada, la que absorbe la parte más importante del gasto sanitario público alcanzando, en promedio en los últimos años, un poco menos del 63% de dicho gasto. Le sigue, en orden de importancia, la partida de gasto en farmacia con el 18% y el de la atención primaria con el 15%. La investigación y formación, o mejor dicho la partida que se contabiliza en los presupuestos del Insalud como Investigación y Formación que por lo tanto no considera las que corresponden a otras áreas ministeriales como Educación, supone el 2,2% del gasto.

4. Organización y gestión del sistema sanitario.

Uno de los elementos que permite analizar mejor la situación de cualquier sistema sanitario es el de su organización y gestión. La descripción de los flujos relacionales de agentes y de financiación de sus actividades pone de manifiesto comúnmente las características más destacadas de una organización tan compleja como la sanitaria. Sin ánimo de reproducir aquí la estructura organizativa del sistema sanitario español, puesto que el espacio y el tiempo disponible no aconsejan detenerse en este tipo de detalles, es conveniente citar cuando menos algunos elementos distintivos de nuestra situación.

En primer lugar, la aplicación de los principios contenidos en la Constitución española ha supuesto un proceso gradual de descentralización de las competencias asumidas inicialmente por la administración central y sus órganos gestores de las prestaciones sanitarias. El Sistema Nacional de Salud (SNS) se define, en la Ley General de Sanidad, como el conjunto de servicios de salud tanto de la administración

¹⁴López Casasnovas, G., Ortún, V. y Murillo, C. (1997), op.cit., siguiendo la propuesta de Schieber, G.J. y Poullier, J.P.: "Overview of international comparisons of health care expenditures", Health Care Review,

central como de las comunidades autónomas. En la actualidad las siete comunidades autónomas que poseen sus propios servicios regionales de salud suponen, aproximadamente, un 60% del volumen de gasto sanitario y afectan también a una proporción parecida de la población española. La convivencia de este modelo dual ha permitido desarrollar, con criterios propios, algunos programas sanitarios, incorporar nuevos instrumentos y modelos de gestión, establecer prioridades en las políticas de salud, etc. adaptadas a las peculiaridades de cada una de dichas regiones. También es cierto, y a la vez preocupante, que este proceso de descentralización haya conducido a la puesta en marcha de mecanismos de prestación sanitaria con una variabilidad notable, quizá más allá de la estrictamente razonable una vez controlados los efectos de las características diferenciales de la población y sus necesidades en cada región.

La disposición legal que abrió el marco de actuación actualmente vigente en España es un Real Decreto de 1978 que establece las condiciones en las que se realizará la gestión de la seguridad social, la asistencia sanitaria y el desempleo. De una entidad gestora única, el Instituto Nacional de Previsión, se pasa a una terna de instituciones con competencias diferenciadas de modo que se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) que es a quien le compete la gestión de la seguridad social. La gestión de la asistencia derivada de los accidentes laborales y demás enfermedades profesionales se implica en las mutualidades patronales, mientras que para los funcionarios civiles se crea una mutualidad específica (MUFACE).

Otro elemento importante es la pretendida mejora en la articulación de los distintos niveles asistenciales. Este es un aspecto sobre el que todavía queda mucho camino por recorrer. La red asistencial de los centros de salud en la atención primaria sigue sin estar incardinada con la atención que prestan los servicios hospitalarios para la atención especializada. Otro elemento organizativo relevante es el que se traduce en decisiones conducentes a favorecer la separación de funciones entre financiadores, proveedores e intermediarios/compradores. La separación de funciones así como la pretendida mayor autonomía de los centros con competencia regulada preside muchos de los pasajes del Plan Estratégico del Insalud Gestión Directa.

Las relaciones entre financiadores y compradores públicos y los proveedores de la asistencia sanitaria se han desarrollado en España alrededor de la figura de los contratos-programa. Los contratos-programa deben entenderse en suma como instrumentos de concreción de los acuerdos de financiación, gestión y política sanitaria con objeto de permitir la incorporación de elementos incentivadores de la eficiencia productiva. Una segunda clase de objetivos que persigue el establecimiento de dichos contratos es el de sentar las bases que permitan la presencia de nuevas formas organizativas que mejoren la gestión de las unidades productivas¹⁵. En una primera versión, este tipo de contrato permitía a los centros hospitalarios de la red pública establecer de manera precisa su cartera de servicios, fijar objetivos de cantidad de actividad y calidad de las prestaciones y, finalmente, determinar su financiación de manera estrechamente

Annual Supplement (pp. 1-7), 1989.

¹⁵Cabasés, J.M. y Martín, J.: "Diseño y financiación de estrategias de desregulación en el sector público en España" (pp.: 481-537) en López-Casasnovas, G. y Rodríguez, D. (coord.): "La regulación de los servicios sanitarios en España", Edita Civitas, Colección Economía, FEDEA y AES.

ligada a la actividad realizada¹⁶, aunque el motivo de su puesta en funcionamiento respondía básicamente a la necesidad de modificar el habitual sistema de pago de carácter retrospectivo -tipo Unidades Básicas Asistenciales (UBA's) o sus derivados (UPA's, EVA's, UCA's y UMA's)- por otro que incorporara elementos prospectivos. Los objetivos de financiación se concretan en definitiva en mediciones de los costes medios. Complementariamente a esta finalidad, los contratos-programa permitieron analizar la eficiencia de los hospitales y establecer medidas relativas de su grado de (in)eficiencia. La definición de una u otra medida de actividad no resulta neutral a los incentivos implícitos en los diferentes contratos-programa. Un interesante estudio recientemente publicado¹⁷ nos informa de los porcentajes de sobrevaloración de la actividad quirúrgica de los hospitales del Insalud Gestión Directa según que se hubieran utilizado diferentes medidas de dicha actividad. La proporción media de variaciones (ganancias o pérdidas, según el caso) oscilan entre 2 y 6 puntos porcentuales, y los valores extremos suponen desde un 11% de infravaloración hasta un 28% de sobrevaloración.

En 1997, el Insalud Gestión Directa presenta su plan estratégico que incorpora algunas variaciones en la forma de los contratos-programa. Entre las principales modificaciones podemos citar: la modificación del concepto de actividad en la medida en la que se controla por variaciones en el case-mix, la introducción de nuevos indicadores como, por ejemplo, los relativos a la calidad de la prestación y a la magnitud de las listas de espera; incorporación de incentivos de recaudación por cobros a terceros y a la productividad y, aunque de manera ciertamente muy introductoria, se pretende reforzar los mecanismos de conexión entre los distintos niveles asistenciales y especialmente las relaciones de la atención hospitalaria con la de la atención primaria.

El Plan Estratégico de Insalud Gestión Directa incorpora, como acabamos de mencionar un poco más arriba, elementos favorecedores de la separación efectiva de funciones entre aseguradores, compradores y proveedores de servicios sanitarios. Una de las expresiones de esta voluntad es la definición de los nuevos contratos de gestión que vienen a sustituir a los contratos-programa de primera generación. Las novedades se extienden más allá de las fórmulas de financiación y alcanzan asimismo la propia estructura de los contratos y la naturaleza jurídica de los centros asistenciales. Un elemento innovador es el que atañe a las políticas de incentivos y de personal. Se diseña un modelo que reestructura la política de retribuciones al personal mediante la posibilidad abierta de que los gerentes establezcan complementos a la productividad de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos fijados en cada ejercicio. Por lo que respecto a las fórmulas de financiación de los hospitales se introducen elementos correctores en razón al tamaño de los mismos y a la extensión de la cartera de los servicios ofertados, se definen los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD's) como definidores de la actividad asistencial (lo que por otra parte implica nuevas exigencias en las capacidades de los sistemas de información que simultáneamente proporcionen datos de clasificación por la actividad realizada en forma de proceso continuo y la necesidad expresada) y, por último, se añaden elementos caracterizadores de calidad en la prestación de

¹⁶González,B.: "Los sistemas de información y el tránsito a los contratos de gestión en Insalud gestión Directa" (pp.: 45- 60), en "Información sanitaria y nuevas tecnologías", 1998. Edita: Asociación de Economía de la Salud.

¹⁷González,B. (1998), op. cit..

los servicios. Los contratos se estructuran en forma de cascada definiendo distintos niveles. En cada nivel se establece con claridad el ámbito de actuación y las responsabilidades de agente y principal. La regulación se establece, en consecuencia, en dos niveles distintos¹⁸: en primer lugar, por la vía de las cantidades mediante un acuerdo del volumen de actividad para cada proveedor y, en segundo lugar, por el lado de los precios mediante la fijación de tarifas para las unidades de valor y precios concretos para algunas actividades.

Finalmente, se abre la posibilidad de existencia de centros que se gestionen a través de entidades interpuestas con personalidad jurídica apropiada. La experiencia del modelo sanitario en Cataluña ha constituido el argumento definitivo para abrir las compuertas a la proliferación de consorcios, empresas públicas, en forma de fundaciones, etc., cesiones a mutuas y sociedades anónimas sujetas a derecho privado.

La atención primaria también ha sido beneficiaria de las fórmulas de contratos-programa. Como cuestiones específicas de los contratos-programa y contratos de gestión en este área de actividad mencionaré, a título de ejemplo, el mecanismo utilizado por el Insalud que fija un doble criterio de valoración. Por una parte, la cobertura de cada programa ponderado por el grado de cumplimiento de los objetivos contenidos en los planes de salud y, en segundo lugar, la acreditación del buen cumplimiento de un conjunto de normas técnicas que los servicios centrales establecen para cada centro. Los acuerdos se derivan de un proceso de discusión mixto en el que intervienen representantes de la atención primaria y de la especializada lo que le confiere al modelo una posibilidad, al menos teórica, de planteamiento de incentivos compatibles entre ambos niveles asistenciales. Los excedentes producidos se reinvierten como incentivos al personal y, en algunos casos, para enjugar déficits acumulados. De hecho, existe una segunda vía de beneficio de la atención primaria después de la puesta en funcionamiento de los contratos-programa. Es un beneficio inducido por la puesta en práctica de dichos contratos en el ámbito de la atención especializada en el sentido de que los dos niveles asistenciales queden mejor conectados en la medida de que la actividad pasa a considerarse como un proceso completo tanto desde la valoración de las cantidades como de los precios (coste por paciente y proceso).

La complementariedad con el sector privado se canaliza, en una medida muy importante, a través de la participación de las entidades de seguros privados. En España es mayoritaria la fórmula de lo que ha venido denominándose hasta fecha muy reciente como seguro de asistencia sanitaria. Mediante esta fórmula de aseguramiento los suscriptores de las pólizas tienen acceso a un cuadro cerrado de profesionales e instituciones. El suscriptor elige, a su conveniencia, el proveedor de la prestación sanitaria y satisface a cambio una prima periódica y, en algunos casos, un bono suplementario de cuantía también prefijada. La modalidad más extendida en Europa, la del aseguramiento de reembolso de los gastos incurridos, es muy minoritaria en España aunque presenta una evolución creciente.

¹⁸López Casasnovas, G., Ortún, V. y Murillo, C. (1997), op.cit..

Algunas de las compañías aseguradoras poseen sus propias instalaciones aunque la práctica más extendida es la del régimen de conciertos con el sistema público. El sector asegurador es un sector muy concentrado: las tres entidades con mayor cuota de mercado poseen el 52% de las pólizas de seguros privados en España. El número de empresas aseguradoras ha disminuido a una tasa constante debido a los procesos de fusión y absorción de pequeñas entidades por parte de las de mayor dimensión. Desde la promulgación de la Ley de Ordenación del Seguro de 1984 se ha pasado de 243 empresas a 110, en 1995. Las entidades aseguradoras basan su comportamiento estratégico en la competencia en precios que, junto con la implantación territorial, determinan en buena medida las elecciones de los ciudadanos. La rentabilidad del conjunto del negocio asegurador en asistencia sanitaria y reembolso de gastos presenta un equilibrio técnico, representado por el ratio entre la siniestralidad y el volumen de primas, del 80,2% en el conjunto de actividades aseguradoras que financian a los proveedores mediante pagos capítativos, y del 99,7% en aquellas otras cuya fórmula de financiación es por acto médico realizado¹⁹.

El seguro de reembolso de los gastos representa, aproximadamente, el 8,5% del negocio asegurador privado. El número de personas aseguradas está estabilizado, desde 1989 en poco menos de seis millones que depositan, en concepto del precio de las pólizas, un total de 270.000 millones de pesetas. El pago del precio de la prima supone un pago adicional por parte de los suscriptores en tanto en cuanto éste pago no les exime de su contribución general por la vía de las cotizaciones sociales o impuestos generales. El precio medio de las primas en la modalidad de seguro de asistencia sanitaria se estima en 46.196²⁰ pts. anuales. El pago por partida doble ofrece, sin embargo, la posibilidad de que para cada ocasión, en función de las preferencias reveladas en términos de características de la prestación a recibir, de las expectativas de confort y de comodidad de los distintos establecimientos, centros y servicios, el usuario decida entre acogerse al sistema público o a la oferta del aseguramiento privado. Existen variaciones considerables en el tipo de pólizas que, según las prestaciones garantizadas, ofrecen servicios completos, servicios limitados y restringidos.

Las pólizas proceden tanto de la suscripción directa y voluntaria por parte de los demandantes de este tipo de operaciones, como de las de tipo colectivo que tienen sus raíces en las decisiones de los gremios y otras asociaciones. Finalmente, cabe destacar el importante papel que juega en el negocio de las aseguradoras una clientela cautiva conseguida del colectivo de los funcionarios civiles del estado, del de las fuerzas armadas y de la administración de la justicia²¹. La mutualidades públicas representan en 35% de las personas suscritas a pólizas de seguro privado y una proporción similar del volumen de primas. De entre los suscriptores de las pólizas a través de las mutualidades públicas destaca sobremanera el colectivo de personas pertenecientes a la mutualidad general de funcionarios civiles del estado (MUFACE). Estos funcionarios pueden elegir, con carácter estable a lo largo de todo el año, entre ser

¹⁹Murillo,C., Oliva,M. y Carles,M.: “Cuotas de mercado, localización y mercado de seguros sanitarios privados” (pp.357-366), en “Información sanitaria y nuevas tecnologías”, 1998. Edita: Asociación de Economía de la Salud.

²⁰Carles,M.: “Financiación, compra y provisión de asistencia sanitaria: una aproximación contractual”. Tesis doctoral (no publicada). Universitat Rovira i Virgili. 1998.

²¹González,Y.: “La demanda de seguro sanitario privado. Una elección bajo incertidumbre”. Edita: Univ. Valladolid. 1996.

atendidos en el sistema público o a través de los proveedores que les ofrecen algunas de las entidades aseguradoras privadas. El resultado es que el 86% de los funcionarios de MUFACE se acogen a la opción de proveedor privado habiéndose observado un ligero crecimiento de esta proporción a lo largo de los últimos años.

Los usuarios del sistema sanitario público tienen acceso gratuito a la consultas médicas, las de las consultas externas de los hospitales, las hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, etc. Solamente en el caso del consumo farmacéutico existe una participación en el coste de la prestación. Después de modificaciones parciales a los criterios de magnitud del co-pago, en la actualidad (desde 1980) los activos y sus beneficiarios satisfacen el 40% del coste del medicamento. Quedan exentos los pensionistas y sus beneficiarios. El Informe Abril²² contenía elementos de recomendación de la puesta en funcionamiento de instrumentos de coparticipación de los usuarios en el coste de los servicios. El tema ha seguido abierto a debate sin que se hayan tomado medidas que modifiquen la situación histórica. En lo que sí se avanzó, aunque sea tímidamente, es en la decisión de visualizar de alguna forma los costes incurridos en la prestación de los servicios hospitalarios y, por otra parte, en la adopción de medidas de financiación selectiva de ciertos medicamentos de dudosa utilidad terapéutica.

La partida del gasto farmacéutico, tal como ya se avanzó con anterioridad, supone un volumen importante dentro de la factura sanitaria global. En este sentido las cifras correspondientes a España nos sitúan en la cabecera del conjunto de países industrializados, aunque la tendencia ha sido hacia la igualación o reducción de desviaciones. Las políticas de contención del gasto en farmacia²³ pueden actuar ya sea por el lado de la demanda (coparticipación en los costes, concienciación de los costes incurridos), como por el de la oferta (política de genéricos, establecimiento de acuerdos con la industria farmacéutica para la devolución de una parte del margen comercial, listas negativas o positivas, precios de referencia y precios controlados). En el sistema sanitario español se baraja además una posibilidad añadida que no es otra que la extensión de la tarifa por consumo de medicamentos como sucede con el consumo de los funcionarios de MUFACE.

La valoración de las diferentes experiencias habidas en las políticas de contención del gasto farmacéutico han corrido con suerte muy diversa. El establecimiento de coparticipación en los costes y de exención en el pago de algunos colectivos (especialmente por lo que se refiere a los pensionistas) no ha producido los efectos deseados²⁴ debido, en parte, al fraude derivado del trasvase de recetas de los pensionistas por parte de la población activa. Por otra parte, la exclusión de medicamentos de la financiación pública ha provocado algunos cambios en la prescripción con tendencia a buscar substitutivos si financiados, mientras que la evidencia señala que solamente una parte de las disminuciones observadas en el gasto son

²²Informe Abril, 1991

²³Zara,C., Segú,L. Font,M. y Rovira,J.: “La regulación de los medicamentos: teoría y práctica”, gaceta Sanitaria, Vol. 12, nº 1, pp: 39-49, 1998.

²⁴Puig,J. “Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste”, Investigaciones Económicas, vol. XII, nº 1; pp.45-68. 1988

atribuibles a la financiación selectiva y que, en todo caso, los efectos deseables desaparecen rápidamente en el tiempo.

Por su parte, estudios sobre el efecto de la exclusión de medicamentos de la cobertura gratuita²⁵ ofrecen resultados que, cuando menos, ponen en tela de juicio el resultado pretendido con la medida que, por otra parte, tiene costes políticos muy considerables.

El conjunto de las relaciones entre los agentes que intervienen en los procesos de decisión en el sistema sanitario puede formalizarse de una manera muy interesante en el marco de las aportaciones del modelo de principal-agente²⁶. La participación de los agentes en distintas tareas y con diferentes niveles de responsabilidad permite, en su adaptación al ámbito sanitario, diseñar un sistema de distribución de riesgos con incorporación de incentivos para compensar algunos riesgos no deseados. Las experiencias de separación de funciones entre financiadores y proveedores, en la línea de las recomendaciones implícitas en los mecanismos de competencia gestionada, y los sistemas gestionados de salud han tenido un importante eco en España especialmente a partir de las recomendaciones formuladas en el “Informe Abril”. Los centros hospitalarios y de atención primaria se han acogido a una versión débil de dichos modelos teóricos mediante la concreción de los contratos-programa mientras que, por otra parte, algunas comunidades autónomas (Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia y País Vasco) y también la administración central han ensayado de forma puntual esquemas organizativos más avanzados²⁷ en distintas formulaciones como, por ejemplo, empresas públicas, fundaciones, entes públicos empresariales, consorcios y sociedades limitadas o cooperativas autogestionadas. Estos nuevos modelos organizativos abarcan indistintamente la atención hospitalaria como la atención primaria, centros de diagnóstico, servicios de emergencias y oficinas de evaluación de la tecnología.

5. Resultados

En este apartado haremos referencia a distintos indicadores de resultados que, como es obvio tratándose de la prestación de servicios, acaban siendo aproximaciones del producto final deseado que no es otra cosa que la mejora del estado de salud de la población. Además, existen algunos principios sobre los que

²⁵Catalán,A.y Parellada,N.:”Impacto del Decreto de financiación selectiva de medicamentos sobre el gasto farmacéutico”, Cuadernos de Gestión en Atención Primaria, Vol.1, nº1, pp.: 44-54, 1995; De Marino, M., Marqués,JM. y Velasco,A.: “IMppact of selective financing of drugs on pharmaceutical expediture conrol in the province of Valladolid, Spain”, Pharmacoeconomics, Sep- 10 (3), pp. 269-280, 1996; Torralba,M., Casals,N. et al.: “La prescripción farmacéutica en Cataluña tras el Decreto de financiación selectiva de medicamentos”, Gaceta Sanitaria, vol. 10, nº 55, pp: 183-190, 1996; Murillo,C., Sáez,M. y Zara,C.: “Les éffets du financement sélectif des médicaments en Espagne”, LVIIème colloque AEA. Economie du Medicament, Montréal, setiembre. 1997.

²⁶Holmstrom,B. Y Milgrom,P.: “Multitask principal-agent analyses: incentive contracts, asset ownership and job design”, The Journal of law, Economics and Organization, vol. 7, pp.: 24-52, 1991.

²⁷Martín,J.: “Cambios e innovación institucional. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria”, (pp. 422-452), en Catalá,F. y de Manuel,E. (Eds.): “Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar”, Edita. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.

se basan muchas de las decisiones en materia de políticas sanitarias y políticas de salud. Lograr una adecuada distribución de los recursos con una utilización oportuna de los inputs necesarios para la producción de los bienes y servicios sanitarios es equivalente a exigir de los modelos sanitarios que actúen con el respecto exigible a los principios de equidad y eficiencia.

La población española de derecho la constituyen 39 millones y medio de personas según datos del padrón municipal de 1996. Algo más de la mitad, el 51,1%, son mujeres; el 19,5% son personas de edad comprendida entre 0 y 14 años, mientras que los mayores de 65 años alcanzan 13,9%. Los cambios demográficos apuntan a un progresivo envejecimiento de la población: estimaciones recientes²⁸ señalan que la pirámide de población ofrecerá una base menor en los próximos años a la vez que las franjas superiores crecerán de manera preocupante. Estas proyecciones apuntan que dentro de diez años la población mayor de 65 años representará el 19% del total y que habrá alcanzado el 30% en el año 2045. Las bajas tasas de natalidad junto a la disminución de la mortalidad general y aumentos en la esperanza de vida explican estas previsiones.

Los patrones de mortalidad en España presentan tasas brutas relativamente bajas, en comparación con la de la mayoría de países industrializados. En este panorama de resultados de los indicadores de salud destacan las bajas tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas y cáncer de pulmón, mientras que las tasas de mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares, cáncer de estómago y enfermedades infecciosas presentan valores elevados en relación al mismo conjunto de población de referencia. Es preciso destacar también las elevadas tasas de mortalidad asociadas a aspectos ligados con los hábitos de vida y problemas sociales como son, por ejemplo, las relacionadas con los accidentes de tráfico y laborales y las derivadas del consumo de drogas.

La búsqueda de diferencias significativas en grupos concretos de población nos conduce a señalar como hechos destacables la mayor mortalidad en la población masculina de la que son responsables las muertes debidas a tumores malignos, cirrosis, cáncer de pulmón y el conjunto de causas externas²⁹. Por regiones, aparecen diferencias que en los casos más acusados suponen variaciones que en promedio se sitúan en el 30%. Las diferencias más destacadas se producen en la mortalidad por diabetes, arteriosclerosis, enfermedad obstructiva crónica, cáncer de estómago, cirrosis, enfermedades renales, isquemia cardíaca en mujeres y, de nuevo, en las muertes provocadas por los accidentes de tráfico.

Los indicadores de salud, especialmente los de mortalidad y esperanza de vida, deben acompañarse de señales de calidad de vida. En este sentido, la esperanza de vida en buena salud y la expectativa de mala salud subjetiva son dos instrumentos que aportan informaciones sugerentes para completar el panorama.

²⁸Fernández Cordón, J.A.: Demografía, actividad y dependencia en España”, Documento de trabajo de la serie Economía Pública. Fundación BBV. 1996.

²⁹Martínez de Aragón, M.V., Llacer, A. y Martínez Navarro, J.F.: Mortalidad en España y Comunidades Autónomas 1989-92. Situación en la Unión Europea. Instituto de Salud Carlos III. 1997. González, J., Mata, J.M., Oñorbe, J. y Segura, A.: “Análisis de la situación de salud” (pp.: 61-91), en Catalá, F. y de Manuel, E. (Eds.): “Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar”, Edita. Escuela Andaluza de salud Pública, 1998.

La esperanza de vida en buena salud ha aumentado en 1,3 años en el periodo comprendido entre 1986 y 1991, mientras que las expectativas de mala salud, tomadas a partir de declaraciones de los encuestados (y que por lo tanto son expresiones de la opinión subjetiva en relación a este concepto), han disminuido en 0,8 años en el mismo periodo³⁰. En estos mismos indicadores aparecen diferencias entre hombres y mujeres y destaca la dualidad en la evolución de los mismos en el caso de las mujeres: su esperanza de vida crece por encima de la de los hombres, pero viene acompañada de una percepción de menor calidad.

Hemos hecho mención de la importancia de la mortalidad por accidentes de tráfico. La situación en esta partida de la contabilidad de la mortalidad en España es realmente preocupante puesto que la estadística comparada ofrecida por Eurostat nos sitúa en el grupo de cabeza del continente, tanto si se contabilizan las tasas de mortalidad como las muertes por número de coches en circulación. A este indicador debe añadirse, además, el que expresa los efectos de las secuelas de los accidentes en las personas heridas graves.

El nivel de utilización de los recursos sanitarios por parte de la población constituye una fuente de información de gran utilidad no sólo para la toma de decisiones en el nivel de la macro-gestión sino también para la gestión de centros y servicios y la gestión clínica. De manera resumida y muy sintética puede afirmarse que en los últimos años ha aumentado la calidad de la asistencia prestada por los equipos de atención primaria, ha crecido la incorporación de las nuevas tecnologías en la atención especializada, se han incorporado elementos que han permitido desarrollar las prácticas en hospitales de día y de cirugía mayor ambulatoria. Sin embargo, siguen persistiendo demoras, valoradas por la población como los aspectos más negativos en la provisión de los servicios sanitarios, tanto en la espera para ser atendidos en algunas actividades de la atención hospitalaria como en las consultas.

De las reformas organizativas emprendidas en los últimos años merece la pena detenerse, aunque sea brevemente, en algunos aspectos de interés. Por lo que respecta a los distintos niveles asistenciales abordaremos en primer lugar la valoración de la reforma de la atención primaria. El objetivo de la reducción del tiempo que los profesionales sanitarios dedicaban a la resolución de cuestiones administrativas en beneficio de una mayor dedicación a la consulta clínica se valora como alcanzado en niveles satisfactorios. Esta impresión es compartida tanto por los propios profesionales como por los usuarios que manifiestan que el tiempo dedicado a las consultas ha aumentado considerablemente aunque, desde otro punto de vista³¹ podría argumentarse que es producto de la mayor dedicación horaria de los médicos y de la menor proporción de población atendida por cada profesional. Se han reducido las tasas de derivación a los especialistas (aunque, por otro lado, se desliza parte de las demandas no satisfechas hacia los servicios de urgencias y las consultas externas de los hospitales). Por otro lado, la disminución de la frecuentación y el control del consumo farmacéutico son todavía asignaturas pendientes.

³⁰Ministerio de Sanidad y Consumo: "Indicadores de salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo 'Salud para todos' ". Ed.: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1995.

³¹Gervás, J. y Ortún, V.: "Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España", (pp.: 129-155), en López-Casasnovas, G. Y Rodríguez, D.: "La regulación de los servicios sanitarios en España", 1997, Editorial Civitas, FEDEA y AES.

Las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios exige la constante adaptación de los recursos disponibles a las necesidades de salud. De acuerdo con el análisis que hemos comentado al principio sobre los determinantes de las variaciones en el gasto, es posible realizar algunas proyecciones para medir la magnitud de las modificaciones esperables. En efecto, si extrapolamos las informaciones relativas a las variaciones en la prestación real media por persona, bajo un escenario de aumento nulo de la cobertura (después de que la protección alcanza a la práctica totalidad de la población) y de crecimiento de los precios en la senda marcada en los tres últimos años, resulta que el incremento estimado del gasto sanitario público debería situarse entorno del 6 al 7% anual³².

Los problemas de financiación del sistema pueden abordarse también desde otras perspectivas distintas al aumento de la capacidad financiera y, en consecuencia, del incremento de los recursos³³: políticas de contención de los costes, mejoras en la eficiencia en el uso y distribución de los recursos, reformas organizativas por la vía de mejorar las condiciones de competencia entre los agentes proveedores de la asistencia sanitaria y el establecimiento de prioridades entre servicios y grupos de pacientes³⁴ son algunas de las posibilidades que se manejan en el debate actual.

El panorama es sin duda preocupante: algunos de los principios en los que se fundamenta el sistema sanitario en España no se dan o, como mucho, se alcanzan con ciertas dificultades y, además, hay una insuficiencia financiera acusada. La financiación pública no garantiza plenamente el principio de que deben contribuir más aquellos que tienen mayor capacidad de pago y el análisis de la utilización de los servicios sanitarios nos ilustra el hecho de que más que relacionarse el uso con la necesidad se aprecia una estrecha relación entre el acceso a los recursos y la oferta existente de los mismos. Ante una situación como la descrita es preciso estudiar todas las soluciones posibles. De entre ellas, hay cuatro alternativas que se ofrecen con mayores garantías de éxito³⁵. La primera de ellas consiste en que, a igual esfuerzo recaudatorio fiscal, intercambiar el destino de algunas de las partidas del gasto público en favor de la correspondiente a la sanidad que debería acompañarse de un mayor rigor en la gestión del gasto. Aumento de los ingresos como consecuencia de una mayor presión fiscal. Ésta opción, a diferencia de la anterior, se enfrenta a una dificultad inherente a la oportunidad política de la medida. Sin embargo, se aboga en todo caso por una financiación adicional selectiva con políticas de subvención estatal compensatoria. La tercera vía consiste en contraponer el peso mayoritario actual de la financiación pública con mecanismos que permitan aumentar la participación de la financiación privada (no impositiva) en la factura global de la sanidad. Las tres fuentes de financiación privada de mayor relevancia son los pagos directos por el uso de servicios y consumo de bienes sanitarios (co-pagos, etc.), generalizar el sistema de prestación de servicios que en la actualidad disfrutaban los funcionarios y, finalmente, subvencionar el gasto privado en general y el pago de las primas de las pólizas de los seguros voluntarios en particular. La cuarta vía

³²López-Casasnovas, G., Ortún, V. y Murillo, C. (1997) op.cit..

³³Cabasés, J.M. (1998) op. cit.

³⁴Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., Mckeels, M., Mossialos, E.: "Choices in Health Policy", Dartmouth, Aldershot. 1995.

³⁵López-Casasnovas, G., Ortún, V. y Murillo, C. (1997) op.cit..

consiste en la definición estricta del catálogo de las prestaciones garantizadas con cargo a la financiación pública en base a criterios de coste-efectividad.

Cualquiera de estas opciones no está exenta de dificultades de aplicación y de consecuencias perversas. El objetivo de conseguir una financiación equitativa tiene una respuesta teórica y aplicada en la pretendida progresividad de la imposición sobre la renta. Descontando el hecho de que el fundamento de la financiación no debe residir en el riesgo individual, es necesario minimizar los conflictos provocados por la introducción de co-pagos y deducibles en el consumo sanitario³⁶ que, en cualquier caso, no pueden ser considerados de manera extensiva sino selectiva³⁷. La reducción de los gastos sanitarios como consecuencia de que los ciudadanos actúen de manera más racional evitando incurrir en consumos innecesarios puede llegar a trasladar costes de los más sanos (más frecuentes entre los de mayores rentas) a los más necesitados (más frecuentes entre los de clases sociales bajas) o, como también se ha constatado en algunos experimentos, desplazando en el tiempo consumos que cuando se realizan acaban siendo de mayor complejidad y resultados más inciertos.

El futuro de la financiación sanitaria pasa, como apuntábamos anteriormente, por valorar con mayor exactitud la magnitud de la insuficiencia financiera controlando los efectos confusores de las ineficiencias y los problemas de la mala gestión de centros y servicios. Es preciso, en consecuencia, aflorar de nuevo el gasto real como condición previa a la exigencia posterior de mayores responsabilidades en la gestión.

A nivel micro, la aplicación de los contratos-programa ha permitido desvelar algunas informaciones hasta ahora desconocidas. Por una parte, este tipo de contratación ha permitido romper la dinámica de la presupuestación retrospectiva aunque se los ha calificado también de “ficción legal” en el sentido de que lo que se realiza es más una dirección por objetivos, con un cierto grado de descentralización de competencias, con costes vinculados a la actividad presupuestada. Es un contrato de condiciones muy especiales puesto que ni los contratantes asumen responsabilidades plenas de la ejecución de los términos del contrato, ni puede de manera efectiva rescindir ni denunciarse. Además, el traslado de riesgos a los proveedores y a las organizaciones no deja de ser un deseo pero sin alcanzar cotas creíbles de realidad. Los estudiosos del tema³⁸ han valorado, sin embargo, algunos aspectos positivos añadidos a los mencionados anteriormente: mejoras en la eficiencia (con un ritmo, necesariamente, decreciente), cambios en la cultura organizativa, las exigencias informativas han permitido conectar sistemas de información (de la actividad y administrativos) ya existentes pero en muchas ocasiones con finalidades independientes y por lo tanto desconectados y, como ya se apuntó más arriba, han permitido vincular costes con actividad.

³⁶Cabasés, JM. (1998), op.cit.

³⁷López-Casasnovas, G.: “La transición de los servicios sanitarios públicos universales a los sistemas nacionales de aseguramiento”, apéndice II: “¿Qué sabemos de los precios por lo que respecta a la incidencia de estos sobre la demanda sanitaria?”, *Fulls Econòmics, Informes*, nº 5, 1993, Edita: Generalitat de Catalunya; López-Casasnovas, G. y Ortún, V.: “Economía y Salud. Fundamentos y políticas”, 1998, Encuentro Ediciones.

³⁸Cabasés, J. y Martín, J., 1997 (op.cit.), López-Casasnovas, G., Ortún, V. y Murillo, C., 1997 (op.cit.), González, B., 1998 (op.cit.) y Martín, J., 1998 (op.cit.).

El principio de equidad está presente en el contenido de las normas básicas que establecen los objetivos generales del sistema sanitario español tal como tuvimos ocasión de referenciar al principio de este trabajo. Cuando nos referimos a la equidad debemos inmediatamente distinguir entre la equidad horizontal y la equidad vertical. El grado de equidad horizontal, igual utilización de para aquellos con la misma necesidad, en el sistema sanitario español ha sido tratado por algunos autores³⁹ que han comparado los resultados obtenidos de las encuestas de salud. Los resultados de la comparación de las encuestas de 1987, 1993 y 1995 permiten estimar⁴⁰ cómo el nivel de renta (una vez controlados los efectos de otras variables explicativas) se correlaciona negativamente con el uso de servicios sanitarios, tanto en el caso de que la variable explicada sea el número de visitas al médico general y al especialista como en el número de días de hospitalización. Problemas de acceso a los recursos y a la información se apuntan como los elementos responsables de estas diferencias.

Por lo que se refiere a la equidad vertical -desigual trato para los que poseen características desiguales- la participación de un grupo de investigadores españoles en un proyecto internacional⁴¹ permite disponer de datos absolutos y relativos que merecen un análisis pormenorizado. Por el lado de la financiación, los resultados de esta investigación sirven para valorar en qué medida los ciudadanos con diferente capacidad económica contribuyen también de distinta forma, o no, a la financiación del sistema sanitario. Para el caso español, se estima que los impuestos directos son una fuente claramente progresiva de la financiación del gasto sanitario público. En efecto, con datos referidos a 1990, la decila inferior -que posee el 2,6% de la renta total-contribuye con el 0,3% de los impuestos directos, mientras que la decila superior -cuya renta representa el 27,7% de la renta total- contribuye con el 41,2% de los impuestos. Por otra parte, la imposición por la vía del valor añadido es claramente regresiva para este mismo año de referencia. El panorama en el conjunto del sistema impositivo presenta una estructura cercana a la proporcionalidad⁴² en 1990, sin que se hayan observado grandes diferencias con respecto a otras estimaciones efectuadas con datos de 1980. En cambio, si se analiza solamente la progresividad de la imposición directa las diferencias son mucho más marcadas (el índice de Kawkani para 1980 es de 0,112 y para 1990 de 0,212). En ambos casos, sin embargo, la población incluida en la decila de renta inferior presenta una posición claramente desfavorecida en el sentido de la proporcionalidad antes aludida.

³⁹Abásolo, I. "La economía del gasto sanitario en la comunidad autónoma Canaria", Tesis doctoral no publicada. Universidad de La Laguna, 1997, y Urbanos, R.: "Equidad horizontal en la provisión pública de servicios de salud: un análisis aplicado al caso español", Documento de trabajo. Universidad Complutense. Madrid, 1997, y Urbanos, R.: "Factores determinantes de la desigualdad de utilización en la atención sanitaria pública: una propuesta metodológica" (pp.: 337-344), en "Información sanitaria y nuevas tecnologías", Edita: AES, 1998.

⁴⁰Urbanos, R. (1997 y 1998, op. cit).

⁴¹Rodríguez, M., Calonge, S., et al.: "Equity in the finance and delivery of health care in Spain", en AAVV: "Equity in the finance and delivery of health care. An interational perspective", Oxford Univ. Press., 1993; Rodríguez, M. y Calonge, S.: "Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación sanitaria", Papeles de Economía (en prensa) y "Equidad y redistribución en el sistema sanitario español", Economía y Salud, Boletín Informativo de AES, nº 29, 1998.

Las cotizaciones sociales han pasado de ser una fuente mayoritaria de la financiación del gasto a suponer poco más del 20% en 1990. De constituir una fuente financiera de carácter regresivo han alcanzado en 1990 una posición de progresividad aunque muy cercana a la proporcionalidad. Finalmente, los pagos privados -gastos directos en la compra de bienes y servicios sanitarios, así como el pago de las primas de las pólizas de seguros voluntarios de asistencia sanitaria, son claramente regresivos debido, fundamentalmente, a que se dedican a la adquisición de servicios complementarios a los ofrecidos de manera gratuita por la seguridad social.

Teniendo en cuenta todo el conjunto de los pagos, la financiación del sistema sanitario español era regresivo en 1980 (con un índice de Kawkani de -0,0589). En diez años, después de los cambios introducidos por el nuevo marco legislativo en materia de sanidad y de su financiación, el sistema aparece cercano a la proporcionalidad (índice de Kawkani de 0,0004).

Desde el punto de vista de la redistribución se constata que aproximadamente el 31% del valor de todas las prestaciones se traslada de unas decilas de renta a otras distintas. Las dos decilas superiores financian el 87% del total de las prestaciones, mientras que la decila de renta inferior importa aproximadamente el 40% de aquéllas. Estos efectos redistributivos son, sin duda, elementos de valoración importante del avance del estado del bienestar al menos en lo que se refiere a la contribución al mismo del modelo sanitario vigente en nuestro país.

6. A modo de síntesis y conclusiones.

Sin que este trabajo pretenda conformarse en un análisis exhaustivo de la situación actual para argumentar una agenda de las reformas pendientes y posibles, cabe ordenar algunas de las consideraciones que sobre el futuro de la sanidad en España se desprenden de lo dicho anteriormente⁴³. Desde un enfoque tomado de la valoración de las políticas sanitarias es indispensable centrar las actuaciones en cuatro aspectos relevantes: la transparencia en la gestión sanitaria, las razones añadidas a la simple importación a nuestro sistema de las experiencias de separación de funciones entre agentes, la ética de la eficiencia y la contribución de los agentes sociales y de los usuarios en la toma de decisiones. Una segunda perspectiva es la que se sustenta en la necesidad de introducir en el debate, con mayor énfasis que el que hoy en día se utiliza, argumentos basados en las políticas de salud como elementos que contribuyen decisivamente a la mejora del bienestar social.

Desde el primer tipo de argumentos es exigible de los responsables de las políticas sanitarias una mayor atención a la puesta en marcha de mecanismos de producción de informaciones válidas (flujos

⁴²Los autores de la investigación citada utilizan el índice de Kawkani para medir el grado de progresividad del sistema. El índice de Kawkani es la diferencia entre el índice de concentración de los pagos y el índice de Gini de concentración de la renta.

⁴³Algunas de las opiniones vertidas en este apartado están tomadas -de manera resumida- del trabajo, ya referenciado, de López Casasnovas, G., Ortún, V. y Murillo, C., 1997.

asistenciales, listas de espera, tiempo medio de consultas, tasas de derivaciones, uso de avances tecnológicos, contenido de la prestación real, etc.) para el seguimiento y control de los flujos de actividades y económicas. De esta forma se establecerían las bases para realizar controles del gasto mucho más de acuerdo con la producción efectuada, es decir de acuerdo con los resultados obtenidos valorados en sus costes medios. Estos son algunos de los requisitos para poder incorporar mecanismos de competencia efectiva entre proveedores de manera que la financiación sea sensible a las respuestas que dichos agentes realicen en la medida que se incentive la producción a costes estimados eficientes.

La separación entre funciones debe permitir generar un mercado de gestores más amplio y transparente a la vez que propiciar la aparición de nuevas agencias de compra que, en cualquier caso, recibirían del sistema una valoración de sus funciones basada también en los resultados obtenidos. Los nuevos modelos de gestión con la aparición de fórmulas diversas (tanto por la naturaleza jurídica de las entidades como por los tipos de contratos establecidos) han de contribuir decisivamente al proceso de traslado de los riesgos incurridos. Retribuir de forma capítativa ajustando riesgos incentivaría la oferta integrada de servicios con el consecuente ahorro producido por la eliminación de pruebas repetidas y de utilizaciones innecesarias por el efecto de duplicidades.

Las dificultades en la definición del catálogo de prestaciones junto con la confusión habitual entre acceso y cobertura universal han trasladado a los profesionales sanitarios algunos problemas evitables en relación con la asignación de los recursos. La necesidad de incorporar elementos en la gestión clínica se vive más como una restricción a la libertad de actuación del profesional que como un activo que redundaría en el beneficio de todos. Se aprecia un valor añadido en la transmisión de informaciones a los profesionales (en activo y también a los futuros en su época de formación) que permitan visualizar los derechos, obligaciones y los incentivos de la práctica por cuenta propia y en el sistema público.

Finalmente, los usuarios se enfrentan al consumo de bienes y servicios sanitarios de cuya efectividad, consecuencias y coste tienen información limitada. Cualquier avance en la línea de las medidas de protección al consumidor, usuales en otros mercados, debe considerarse con la prudencia exigible desde la perspectiva del bien salud pero con la intensidad que sus beneficios puedan reportar. Una información pública sobre los resultados de las revisiones de la utilización, de la dimensión de las listas de espera y de la difusión de las nuevas tecnologías, entre otros, son externalidades positivas a tener en cuenta.

El segundo enfoque abordaba los aspectos de las políticas de salud en la más pura línea de las acciones mancomunadas provenientes de distintos departamentos. La evidencia empírica mostrada en las estimaciones de funciones de producción de salud señalan el peso relativo de las políticas sanitarias y la importancia de otros elementos que escapan, estrictamente hablando, de las competencias en materia sanitaria como, por ejemplo, las condiciones de las viviendas, la salud medio-ambiental, la prevención de los riesgos laborales y de los accidentes domésticos y de tráfico, la atención a los discapacitados y a la tercera edad. La falta de coordinación en algunas de las actuaciones de la administración ha sido la causa de la aparición de resultados no deseables. El abanico de ejemplos es extenso: desde la falta de

coordinación en actuaciones en emergencias provocadas por desastres naturales a ciertas incoherencias en la comercialización de productos alimentarios pasando por las decisiones de control medioambiental. La salud pública debe considerarse mancomunada con los servicios asistenciales en el marco de objetivos comunes de salud para la población. Pero su puesta en funcionamiento efectiva, más allá de las consideraciones teóricas y programáticas, exigen al menos conocer con detalle tres elementos: cuáles son los factores de riesgo de la morbilidad y la mortalidad, cuáles son los agentes que intervienen en la mejora de las condiciones de salud en estos grupos de riesgo y cómo identifican a partir de la información de los indicadores de salud existentes las necesidades de actuación y, finalmente, cómo articular ofertas concretas para que luego puedan ser convenientemente evaluadas.

Cuadro 1. RECURSOS HOSPITALARIOS EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE

	Gasto hospitalario en % del gasto sanitario público	Camas por cada 1000 habitantes	Médicos por cada 1000 habitantes	Número de camas por empleado
Alemania	43,0	10,4	3,2	1,31
España	48,0	4,3	3,8	1,98
Francia	55,8	9,7	2,7	1,09
Holanda	61,5	11,4	2,5	n.d.
Italia	53,0	7,2	4,8	1,41
Reino Unido	56,0	5,3	1,6	2,60

Fuente: Chew (1995), OCDE (1996) y Nera (1997)

Los gastos hospitalarios son de 1991, el n° de camas por empleado de 1990 y el n° de camas y de médicos de varios años entre 1989 y 1994.

Cuadro 2. PERSONAL DE HOSPITALES (1980-1994)

Tipo de personal	1980	1985	1990	1994	Tasa de variación anual media 1980-1994
Gerentes	2.151	2.542	3.964	5.579	7,04
Personal sanitario total	199.386	195.469	240.031	261.758	1,96
Médicos	50.256	47.454	57.243	65.400	1,90
Farmacéuticos	666	879	997	1.457	5,75
Otros profesinales	913	1.342	1.468	1.584	4,01
Enfermeros/as	64.844	73.034	91.804	99.179	3,08
Auxiliares enferm.	71.707	72.760	88.519	94.138	1,96
Personal no sanitario total	81.850	91.249	104.194	107.696	1,98
Total	272.117	289.260	348.189	375.033	2,32

Fuente: INE y Ministerio de Sanidad y Consumo (varios años) y elaboración propia

Los datos se refieren al total de los centros hospitalarios públicos y privados

Cuadro 3. PERSONAL EN HOSPITALES DE AGUDOS, SEGÚN DEPENDENCIA

	SNS	Otros Públicos	Privados SAL	Otros Privados	Total
Médico contratado/cama	0,48	0,37	0,23	0,16	0,39
Médico colaborador/cama	0,00	0,01	0,26	0,56	0,12
Enfermero/a /cama	0,96	0,69	0,48	0,36	0,78
Auxiliar/cama	0,78	0,665	0,48	0,46	0,68

Fuente: INE y Ministerio de Sanidad y Consumo. Tomado de Fernández-Cuenca (1998)

Los datos corresponden a 1994.

Cuadro 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS SEGÚN SU PROPIEDAD Y TIPO

Tipo de hospital	Nº hospitales	Nº de camas	Nº camas por hospital
Generales	453	117.440	259,2
De especialidades de corta estancia	167	13.287	79,6
Quirúrgicos	109	8.161	74,9
Pediátricos	5	447	89,4
Maternidad	17	1.750	102,9
Psiquiátricos	11	679	61,7
Otros	25	2.250	90,0
De especialidades de larga estancia	193	33.724	174,7
Psiquiátricos	82	22.728	277,2
Geriátricos y crónicos	99	9.864	97,9
Otros	12	1.312	109,3
Total	813	164.451	202,3
Propiedad			
SNS	198	78.332	395,7
Otros OO Públicos	147	32.869	223,6
Privados	468	53.250	113,8
Total	813	164.451	202,3

Fuente: INE (1995) y Nera (1997)
 Datos referidos a 1991

Cuadro 5. UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

Hospitales públicos		Hospitales privados	
Tecnología	Nº de equipos por millón de habitantes	Tecnología	Nº de equipos por millón de habitantes
Escáner	4,5	Escáner	3,3
Litrotrotores	0,6	Litrotrotores	1,0
Resonancia magnética	0,8	Resonancia magnética	1,7
Unidades de megavoltaje	2,4	Unidades de megavoltaje	0,8

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1995) y Nera (1997)

Cuadro 6. RECURSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Institución	Número
Centros de Salud	1.707
Ambulatorios rurales	3.128
Ambulatorios con servicios de medicina general y peditaría	206
Servicios de Apoyo	
Unidades de Planificación Familiar	208
Unidades de Salud Mental	322
Unidades de Fisioterapia	223
Personal	
Médicos generales/médicos de familia	21.080
Pediatras	4.752
Cobertura	
Población cubierta	61%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1995) y Nera (1997)

Cuadro 7. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA ASISTENCIA PRIMARIA EN EL ÁMBITO DE LA EUROPA OCCIDENTAL

PAÍS	Sistema de pago	Población por médico de AP	Médicos generales /Total Médicos	Práctica relacionada a una población definida	Participación Comunitaria	Médico General como Puerta de entrada al sistema (a) (b)	Organización de la asistencia médica
ALEMANIA	F	1960	18	No	No	No	SP
AUSTRIA	F/C	-	-	No	No	No	SP
BÉLGICA	F	613	46	No	No	No	SP
DINAMARCA	C/F	1492	25	Si	No	Si	GR/SP
ESPAÑA	S/C	2000	15	Si	Si	Si	PHC
FINLANDIA	S	-	-	Si	Si	Si	PHC
FRANCIA	F	680	54	No	No	No	SP
HOLANDA	C	2325	18	Si	No	Si	GR/SP
HUNGRÍA	S	1282	24	Si	Si	Si	-
IRLANDA	C/F	1587	42	Si	No	Si	SP/GR
ITALIA	C	980	26	Si	No	Si	SP
NORUEGA	S/A/F	1515	29	Si	Si	-	-
PORTUGAL	S	1639	23	Si	Si	Si	PHC
REINO UNIDO	C/A/F	1852	42	Si	No	Si	GR/SP
SUECIA	S	-	-	Si	Si	No	PHC
SUIZA	F	1724	34	No	No	No	SP
YUGOSLAVIA	S	1428	42	Si	Si	-	-

Notas: GR: trabajo en equipo ; PHC: centros de salud pública; SP: práctica profesional individual; C: capitación; S: salario; F: pago por acto médico; A: Pagos especiales o subsidios.

(a) Dinamarca presenta dos esquemas. En el esquema 2 (implica al 7% de la población) el paciente tiene libertad total para escoger entre el médico general o el especialista (con una participación en el coste del 50% de los costes ambulatorios). En Irlanda hay un acceso directo a los especialistas para los pacientes que pertenezcan a las categorías 2 y 3 (clase media-alta, implica al 60% de la población). En Italia hay un acceso directo a la oftalmología, pediatría, ginecología y obstetricia; siendo este el caso español, a excepción de la asistencia ginecológica.

(b) En Austria y Alemania existe acceso directo a todos los especialistas que ofrecen asistencia ambulatoria, los servicios internos son provistos eminentemente tras una derivación.

Fuente: Gervás, J. et al. (1994).

Cuadro 8. ALGUNOS INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE AP EUROPEOS

PAÍS	Derivaciones por 1000, encuentros directos	Derivaciones dobles, sobre el total de derivaciones (a)	Tiempo entre la derivación y la visita al especialista (días)	Encuentros directos en una semana media de trabajo.	Consultas domiciliarias sobre el total de encuentros	Duración de los encuentros (minutos) (b)	Contactos con médicos per capita anuales (c)	Pruebas a pacientes por cada 100 encuentros	Número de pruebas por paciente al que se le han aplicado pruebas.
ALEMANIA	55.1	30	6.9	220	16	9	11.5	-	-
AUSTRIA	-	-	-	-	-	-	5.8	-	-
BÉLGICA	37.5	29	7.5	135	46	11	7.5	7.1	4.1
DINAMARCA	63.6	15	26.2	98	7	6.4	5.2	-	-
ESPAÑA	54.6	28	12.0	134	6	4.7	4.0	5.5	3.7
FINLANDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRANCIA	24.4	33	6.3	82	39	14	7.1	-	-
HOLANDA	44.2	9	10.8	141	19	9.1	5.1	6.0	2.1
HUNGRÍA	34.6	44	1.5	200	11	-	-	-	-
IRLANDA	42.0	22	27.4	135	17	-	6.6	5.2	2.1
ITALIA	66.2	40	10.7	115	14	7.6	11	9.6	3.7
NORUEGA	80.5	19	33.7	68	10	-	5.7	-	-
PORTUGAL	55.6	26	28.5	81	1.5	8.2	2.7	12	3.6
REINO UNIDO	47.2	19	36.3	128	15	5.8	4.5	5.1	1.6
SUECIA	-	-	-	-	-	-	2.8	-	-
SUIZA	38.4	17	12.5	150	7	-	6.0	16.1	2.1
YUGOSLAVIA	63.7	51	7.1	188	6	-	-	-	-

Notas: (a) Una derivación doble se define como aquella por la que el paciente ha sido derivado alguna vez en los tres años anteriores.

(b) Los datos españoles provienen de dos tipos de prácticas donde el paciente recibe siempre un encuentro con la enfermera anterior a la visita médica (prevención y control de crónicos). La duración media de un encuentro de enfermería era de 5 minutos.

(c) Los médicos entendidos como generales y especialistas.

Fuente: Gervás, J. et al. (1994).

Cuadro 9. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR CC.AA.

	Centros de Salud	% Población cubierta
Andalucía	191	65
Aragón	82	74
Asturias	54	72
Baleares	30	63
Canarias	72	69
Cantabria	29	49
Castilla-La Mancha	174	87
Castilla-León	192	82
Cataluña	206	42
Comunidad Valenciana	141	66
Extremadura	76	79
Galicia	50	21
Madrid	192	64
Murcia	51	64
Navarra	49	83
País Vasco	94	47
La Rioja	13	77
Ceuta y Melilla	6	98
Total	1.707	61

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicios de Salud. Tomado de Fernández-Cuenca (1998)
 Los datos corresponden a 1995, excepto en el caso de Andalucía y País Vasco (1993), Cataluña (1992) y Galicia y Navarra (1994)

Cuadro 10. GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

	Gasto en ambulatorio	Gasto en Centros de Salud	Gasto en Otras modalidades	Gasto Total en AP	Gasto en AP en % s/ Gasto Total
1981	11.621		4.565	16.186	12,0
1982	12.966		4.935	17.901	11,6
1983	15.020		6.186	21.206	11,2
1984	17.010	181	6.828	24.019	11,3
1985	19.578	1.887	7.621	29.086	11,7
1986	24.265	4.151	8.442	36.858	12,0
1987	31.648	7.035	9.845	48.528	11,3
1988	40.102	13.220	12.382	65.704	11,3
1989	33.441	30.022	10.559	74.022	
1990	21.767	53.095	17-158	92.020	

Fuente: OCDE y Nera (1997)

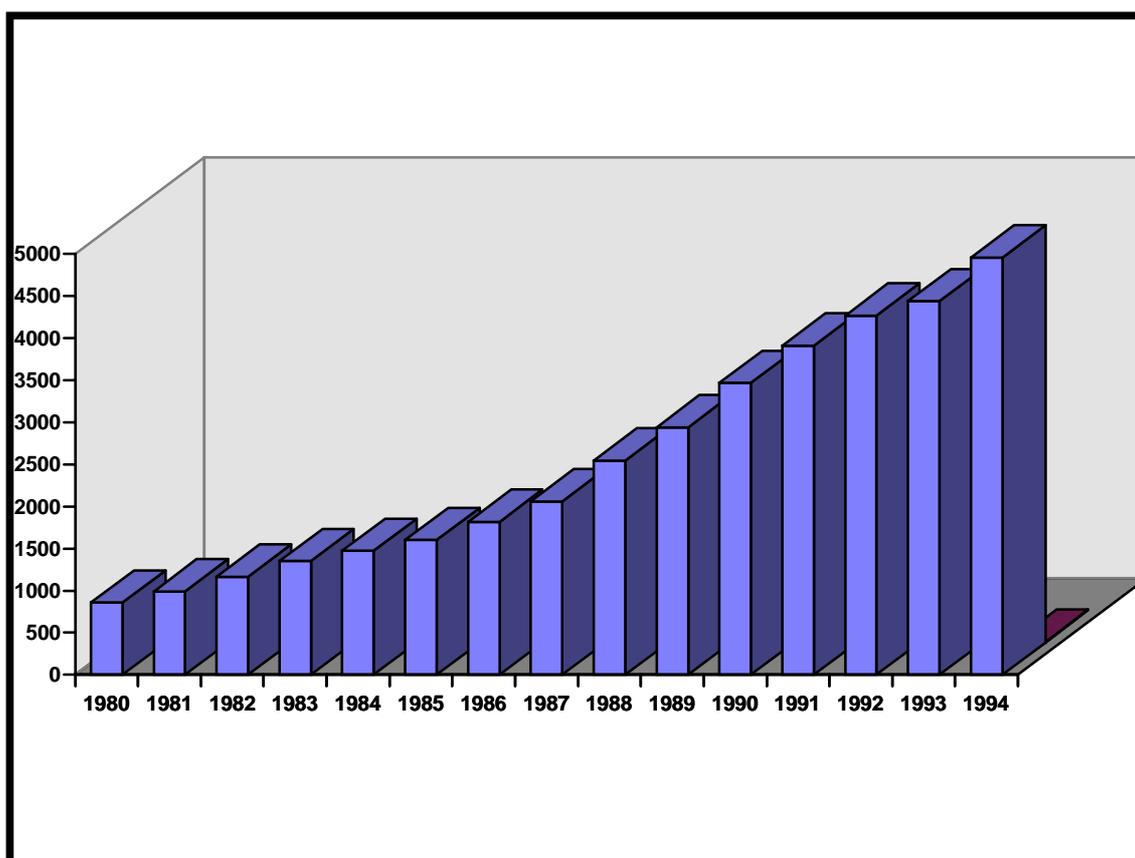
Cuadro 11. RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE

	Farmacéuticos en activo por cada 100.000 habitantes	Oficinas de farmacia	Nº habitantes por farmacia	Nº de prescripciones por habitante	Gasto farmacéutico por persona
Alemania	60	20.350	2.541	12,0	29.275
España	99	18.217	2.142	12,9	14.907
Francia	90	22.325	2.555	16,0	24.964
Holanda	20	1.425	10.572	4,3	11.854
Italia	89	15.875	3.598	21,1	22.989
Reino Unido	21	12.096	4.766	8,8	12.213

Fuente: Chew (1995), El País (1995) Farmaindustria y Nera (1997)

El número de oficinas y los gastos farmacéuticos son de 1992, el número de prescripciones y el de farmacéuticos son de varios años entre 1989 y 1994.

Gráfico 1. Gasto Sanitario total en España (miles de millones de pts.)

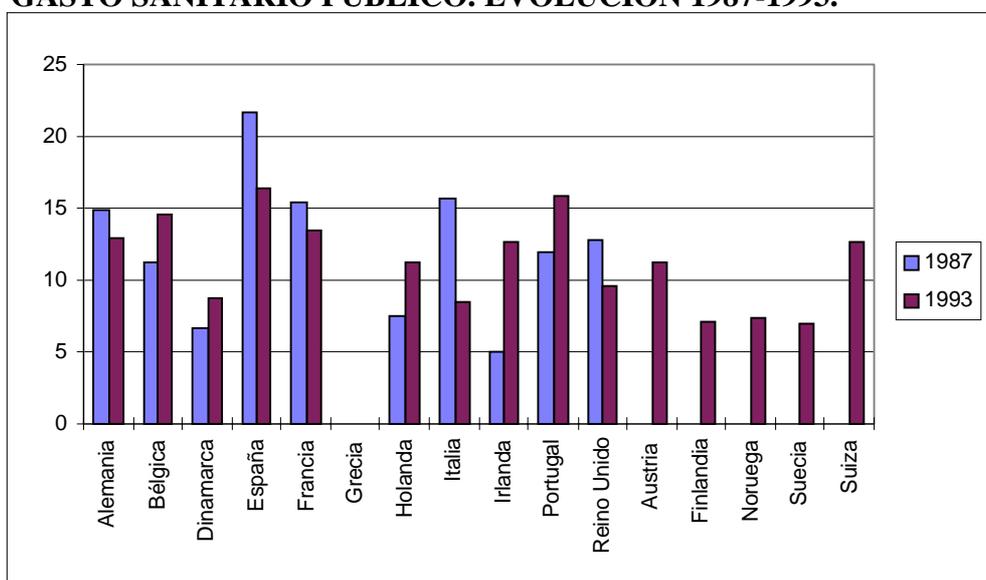


Cuadro 12. EVOLUCIÓN Y RELEVANCIA DEL GASTO FARMACÉUTICO DE FINANCIACIÓN PÚBLICA

Año	Gasto Farmacéutico público nominal. (1)	IPC grupo 5.1. base 1992	Gasto Farmacéutico púb real.		Gasto Sanitario público nominal. (2)	GF/GS (1)/(2)
	Ptas. corrientes		Ptas. reales	Tcrec. anual	Ptas. corrientes	
1987	256493	91,237	282205	-	1615168	15,88%
1988	303822	93,233	327122	15,92%	2016706	15,07%
1989	361369	94,166	385227	17,76%	2299054	15,72%
1990	419971	94,83	444563	15,40%	2730865	15,38%
1991	491616	96,869	509450	14,60%	3086730	15,93%
1992	565027	100,383	565027	10,91%	3373089	16,75%
1993	609398	101,626	601944	6,53%	3643020	16,73%
1994	648987	103,406	630014	4,66%	4050210	16,02%
1995	729799	106,447	688224	9,24%	4342225	16,81%

Fuente: Tomado de López,G., Ortún,V., Murillo,C., 1997, op.cit., a partir datos del INE y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 2. RATIO GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO SOBRE GASTO SANITARIO PÚBLICO. EVOLUCIÓN 1987-1993.



Tomado de López,G., Ortún,V., Murillo,C., 1997, op.cit..

Los datos para 1987 son cifras de gasto financiados por los sistemas de seguros de enfermedad, por el Estado. Para Portugal se han tomado datos sobre el gasto sanitario total en 1987. Los datos para 1993 permiten también hacer ciertas aclaraciones: a) Para Francia, las cifras corresponden a Gasto farmacéutico que no incluyen hospitales, b) Irlanda tiene datos correspondientes a 1990, c) Portugal tiene datos correspondientes a 1992, al igual que Suiza y Finlandia, d) Austria incluye datos correspondientes a 1991.

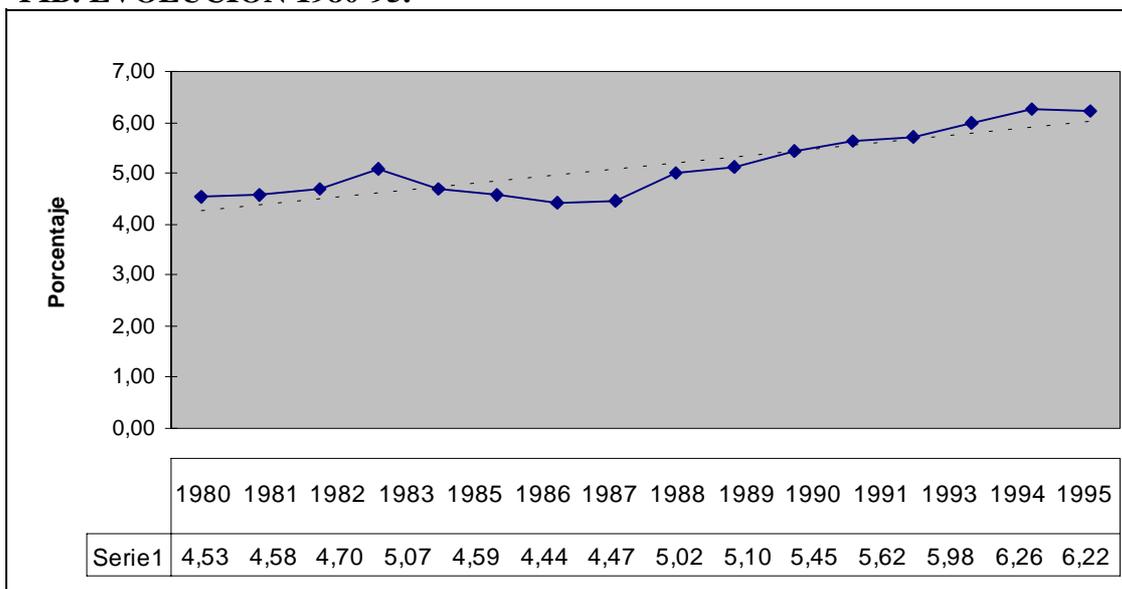
Fuente: Indicadores de la Prestación Farmacéutica del SNS (1990) y Farmaindustria (1994).

Cuadro 13. TARIFAS PROCEDIMIENTOS EXTRAÍDOS.

	1993.			1994.	
	INSALUD G.D.	GALICIA	ANDALUCÍA	INSALUD	ANDALUCÍA
Diálisis. paciente-mes.	280000	280000	397500	280000	-
Hemodiálisis	-	-	-	-	13250
Hemodinámica terapéutica.	470000	529000	-	529000	
Hemo dinámica diagnóstica	87000	100000	-	100000	
Extracción renal bilateral.	750000	750000	950000	750000	750000
Extracción multiorgánica.	1250000	1250000	1500000	1250000	1250000
Trasplantes renales.	1600000	1600000	1400000	1600000	1600000
Trasplantes hepáticos.	4000000	4500000	3703200	4500000	4500000
Trasplantes cardíacos.	3000000	3090000	3284700	3090000	3090000
Trasplantes médula ósea.	-	-	-	1600000	1600000
Cirugía Ambulatoria					
Amigdalectomia	-	-	-	27000	-
Artroscopia	-	-	-	95000	-
Cirugía Hemorroidal	-	-	-	63000	-
Dilatación y Legrado Uterino	-	-	-	40000	-
Escisión Sinus Pilonidal	-	-	-	40000	-
Extirpación Tumoración benigna mama	-	-	-	62000	-
Liberación y escisión vainas y/o tendones	-	-	-	45000	-
Orquidopexia				55000	-
Cataratas	105000	112000	-	112000	-
Cirugía de Varices	-	-	-	85000	-
Herniorrafia Unilateral.	60000	75000	-	75000	-
Herniorrafia Bilateral.	105000	97000	-	97000	-
Safenectomia.	90000	90000	-		-
Hallux Valgus.	48000	59000	-	56000	-
Adenoidectomia	18000	27000	-	-	-
Fimosis	35000	35000	-	35000	-
Quiste Lacrimal	22000	27000	-	27000	-
Docencia	2500000	-	-	-	-

Fuente: González et al, 1995; Cabasés y Martín, 1996.

Gráfico 3. PORCENTAJE DE GASTO SANITARIO PÚBLICO SOBRE EL PIB. EVOLUCIÓN 1980-95.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos facilitados por el M° de Sanidad y Consumo e INE (1997).

Cuadro 14. DESCOMPOSICIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO EN SUS FACTORES DETERMINANTES. VARIACIONES INTERANUALES. 1980-95.

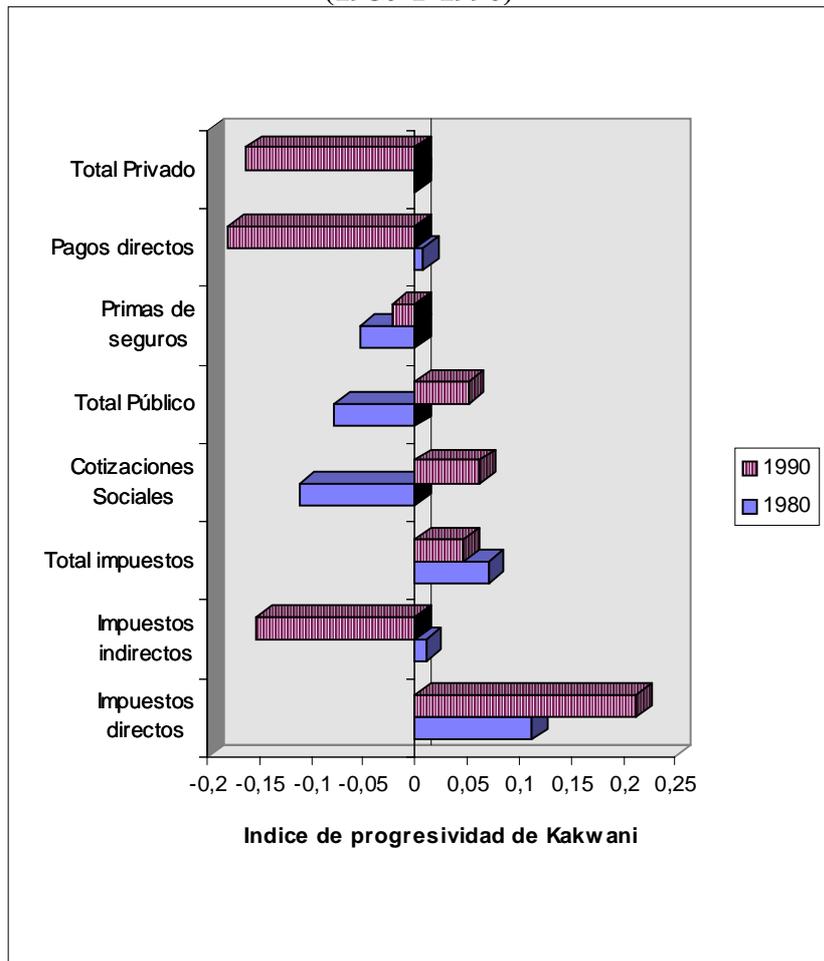
Años	Gasto Sanitario Público ¹	Tasa de cobertura sanitaria: porcentaje de población protegida	Población menor de 65 años ² (P ₁)	Población mayor de 65 años ² (P ₂)	Factor demográfico (P ₁ + 3.3 P ₂)	Índice de precios sanitarios ¹	Prestación sanitaria real media por persona
1980	-	-	-	-	-	-	-
1981	13.62	0.72	0.04	4.18	1.23	14.59	-2.76
1982	18.81	1.07	0.83	2.85	1.43	12.47	3.04
1983	23.22	1.30	0.39	1.38	0.69	14.16	5.82
1984	5.29	4.78	0.21	2.17	0.80	9.96	-9.34
1985	7.74	5.12	0.15	2.08	0.74	8.62	-6.34
1986	10.74	1.16	0.11	2.01	0.70	7.85	0.79
1987	12.60	0.08	-0.05	2.76	0.83	5.98	5.25
1988	24.86	0.35	-0.22	3.45	0.96	5.16	16.86
1989	14.00	-0.18	-0.03	1.76	0.56	4.97	8.19
1990	18.78	1.95	-0.16	2.48	0.71	5.41	9.76
1991	13.03	1.56	-0.73	3.99	0.86	6.67	3.44
1992	9.28	0.00	-0.15	2.52	0.78	9.56	-1.03
1993	8.00	0.00	-0.18	2.50	0.77	2.49	4.58
1994	11.18	0.00	-0.23	2.46	0.74	4.66	5.45
1995	7.21	0.00	-0.25	2.45	0.75	4.92	1.43
Tasa anual acumulativa 80-86 (%)	13.07	2.34	0.29	2.44	0.93	11.25	-1.61
Tasa anual acumulativa 87-95 (%)	13.16	0.49	-0.24	2.70	0.77	5.46	5.96
Tasa anual acumulativa 80-95 (%)	13.08	1.20	0.02	2.60	0.84	7.77	2.82

Notas: 1 Datos facilitados por el M° de Sanidad y Consumo.

2 1980-1985: Ecosante . OCDE(1995). 1986-1995: INE (1997).

Fuente: *López Casanovas y Casado (1997)*

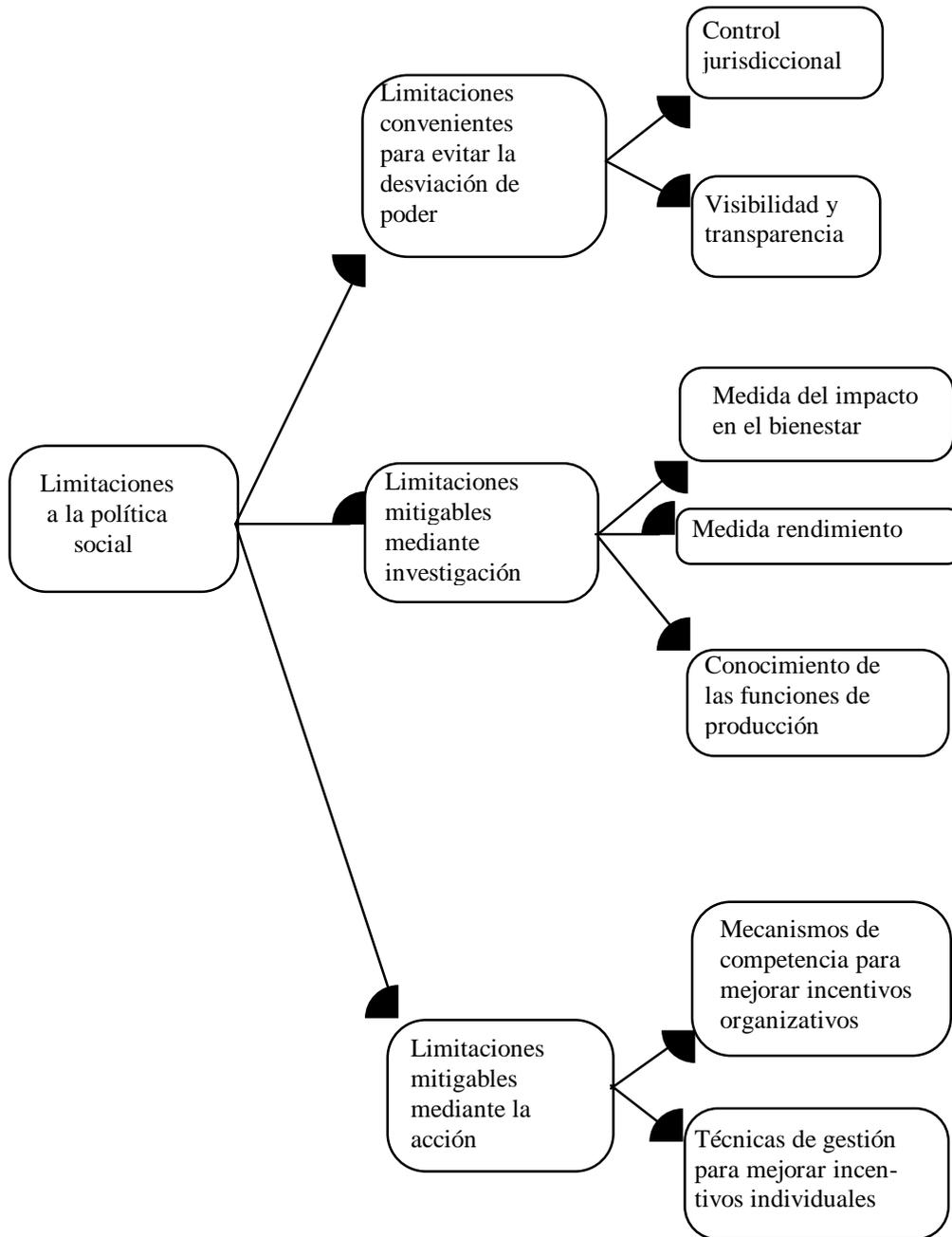
Gráfico 4. PROGRESIVIDAD EN LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA (1980 Y 1990)



Tomado de López,G., Ortún,V., Murillo,C., 1997, op.cit., a partir de Rodríguez et al. (1996).

Figura 1. LIMITACIONES A LA GESTIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL

Limitaciones a la gestión de la política social



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 7. Investigaciones que han mitigado las limitaciones a la optimización de la política social (ejemplo Sanidad)

- Medidas del "producto final" o impacto en el bienestar tipo Años de Vida Ajustados por Calidad o métodos de evaluación contingente
- Establecimiento explícito de prioridades sanitarias frente a decisión secuestrada (Oregón, Nueva Zelanda)
- Medidas del "producto intermedio" de los servicios sanitarios, tipo Grupos Relacionados con el Diagnóstico o Grupos de Atención Ambulatoria
- Aplicación de diversos métodos, paramétricos y no paramétricos, para la medición de la eficiencia de los centros sanitarios
- Empleo de la dirección por objetivos mediante contratos-programa, orientación al usuario, creación de unidades más manejables
- Funcionamiento de diversas modalidades de mercados internos, competencia por comparación y contratos de incentivos

Fuente: Elaboración propia.