

ASPIRACIONES COLECTIVAS Y EFICIENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO

En el sistema sanitario se centran en la actualidad buena parte de las aspiraciones colectivas de mejora del Estado de bienestar. Pero ¿es posible satisfacer estas aspiraciones colectivas? La respuesta a este interrogante es parte fundamental del presente artículo de **Joan Carles Costas i Terrones** y **Guillem López Casasnovas**, que, a través de un recorrido por los datos más relevantes del gasto sanitario español y de otros países de la OCDE, así como de los principales problemas de gestión y administración de los sistemas sanitarios públicos, analizan las dificultades para conseguir tal objetivo y las líneas de actuación que pueden facilitar el acercamiento a él mediante una gestión más eficiente y responsable, que pasa por la creación de incentivos para implicar en la lucha por la consecución de la máxima equidad y eficiencia a los distintos actores del sistema.

I. INTRODUCCION

DESDE la óptica de la economía pública aplicada, el estudio de la economía de la salud, y el análisis del gasto sanitario en particular, reviste especial interés (1).

En primer lugar, y desde una perspectiva general, por la crudeza que adquiere la aplicación del paradigma de recursos escasos en el campo de la salud y la distinta naturaleza con la que aquél se traduce de acuerdo con el sistema sanitario de que se trate y el origen de los recursos económicos que se le asignan. En sistemas de mercado, la preocupación por el crecimiento del gasto sanitario no parece, a primera vista, que deba ser muy diferente a la que puede surgir de un mayor peso de los gastos en transporte o en vivienda —para poner un ejemplo más cercano— dentro de los presupuestos fa-

miliares. Si éste es un gasto deseado por el ciudadano, ¿cuál es la razón de que exista preocupación en aquellos países, como Alemania o Estados Unidos, que están al límite o sobrepasan en su gasto sanitario la décima parte de su PIB? (cuadro n.º 1).

Para un sistema público, la respuesta sería algo más obvia: el gasto sanitario rivaliza por la utilización de recursos con los otros gastos que constituyen el gasto público, como por ejemplo el gasto en educación, el gasto en defensa, etc., y a su vez el gasto público en su conjunto rivaliza también con el total de recursos disponibles en la economía en cada momento del tiempo. El hecho de que diversos componentes del gasto sanitario sean claramente susceptibles de usos alternativos dentro del propio sistema sanitario fuerza la búsqueda de soluciones que amplíen márgenes de actuación, básicamente por la vía del ahorro y la conten-

ción de costes, y permitan la consecución de nuevos objetivos: una mayor equidad en la distribución de los recursos, mejoras en la calidad de las prestaciones, etcétera. A diferencia del sector público, en un sistema de provisión privada la respuesta anterior no resulta clara. Sólo en la medida en que los crecientes gastos sanitarios se reflejen en las primas empresariales de seguro, y éstas en los costes salariales por hora trabajada, parecerá justificada la preocupación.

Como señala Thurow (1984), un crecimiento del gasto sanitario que respondiera a preferencias sociales no debería ser problema si no viviéramos en un mundo tan interdependiente. El que dentro del coste/hora de un obrero de Chrysler figuren 274 dólares de gasto sanitario sólo se convierte en un problema en cuanto el coste/hora por el mismo concepto de un obrero de Toyota es la mitad (220 yens) y el de un obrero de SEAT, la cuarta parte (110 ptas.). Es la competitividad internacional la que obliga, en estos contextos, a maximizar el producto salud de los servicios sanitarios (2).

Otros puntos de interés que surgen de la aplicación de la disciplina económica al tema «salud» estriban en que éste ofrece un campo rico para el estudio y evaluación de alternativas; por ejemplo, y tal como se verá más adelante, en cuanto a formas de organización, de fijación de responsabilidades, sistemas de financiación (cuadro n.º 2), modos de práctica, alternativas de tratamiento, modelos de planificación y métodos de control. La propia variedad de experimentos realizados al respecto por distintos países es ilustrativa de la riqueza anterior.

CUADRO N.º 1

**GASTO SANITARIO TOTAL Y GASTO SANITARIO PUBLICO
RESPECTO AL PIB. PAISES DE LA OCDE**

	Porcentaje de gasto sanitario público en el PIB	Porcentaje de gasto sanitario en el PIB
Australia	6,6	7,8
Austria	4,4	7,2
Bélgica	5,7	6,2
Canadá	6,2	8,4
Dinamarca	5,3	6,3
Finlandia	5,4	6,6
Francia	6,5	9,1
Alemania	6,4	8,1
Grecia	3,6	4,6
Islandia	6,5	7,9
Irlanda	6,9	8,0
Italia	6,1	7,2
Japón	4,8	6,6
Luxemburgo	—	6,4 (82)
Países Bajos	6,8	8,6
Nueva Zelanda	4,4	5,6
Noruega	5,6	6,3
Portugal	3,9	5,5
España	4,2	5,8
Suecia	8,6	9,4
Suiza	—	7,8 (82)
Turquía	—	—
Reino Unido	5,3	5,9
Estados Unidos	4,4	10,7
PROMEDIO	5,6	7,2

Fuente: OCDE (1987).

mientos terapéuticos es la de que, aun comenzando a utilizarse tan sólo para los casos más favorables, destinatarios reales de la terapia, en la medida en que la capacidad aumenta, más y más casos menos prometedores «suben a bordo». De esta forma, los beneficios marginales de atender la mayor capacidad son más bajos que los beneficios medios conseguidos en los casos existentes. Como señalan algunos autores (Williams, 1987), más que el nivel alcanzado, es el fuelle que muestra constantemente el gasto sanitario para un crecimiento futuro lo que merece una mayor atención de los economistas. Este es el caso ciertamente de nuestro país, para el que se prevé en un futuro inmediato un crecimiento importante en el gasto sanitario a la vista de un conjunto de elementos latentes —analizados más adelante— que exigen un resolución. Ello puede arrastrar, sin embargo, consigo todo un conjunto de disfuncionalidades vinculadas a la estructura de provisión sanitaria. No afrontar su racionalización de modo previo al crecimiento del gasto puede diluir los componentes de aumento de cantidad (cobertura y prestaciones reales) y mejora de la calidad —a los que legítimamente se aspira— en los derivados de la ineficiencia de las estructuras sanitarias. Para dicho propósito, cualquier intento de racionalización debe partir del reconocimiento del papel clave del proveedor frente a unas aspiraciones colectivas que, en el campo sanitario, parecen de difícil satisfacción.

Independientemente del sistema sanitario de que se trate, el propósito fundamental de la aplicación de la economía al sector de cuidados de la salud es intentar comprobar si el valor que se obtiene en cualquier actividad es mayor que el valor de lo que se debe sacrificar para llevarla a término. Ello choca con la pretensión de algunos agentes que se escudan en el juramento hipocrático como salvaguarda ética frente al argumento económico, aduciendo que es deber del médico hacer todo lo que esté a su alcance por su paciente sin atender a consideraciones de coste.

En el ámbito del sistema de mercado y del racionamiento de

recursos por la vía de la disponibilidad de pago, el argumento incluye su natural autolimitación: hasta lo que se esté dispuesto a pagar. En los sistemas de provisión pública, el argumento anterior tiene postulados diferentes a los de la ética: no atender la valoración de costes y beneficios conjuntamente es, cuando menos, una forma de fanatismo. Decir que el tratamiento viene justificado por el beneficio conseguido, independientemente de cuán pequeño sea, sin límite respecto de los costes de oportunidad —que otros como consecuencia han de soportar— no reviste aspecto ético alguno (3).

La historia de muchos trata-

II. ¿ES POSIBLE LA SATISFACCIÓN DE LAS ASPIRACIONES COLECTIVAS EN EL CAMPO SANITARIO?

Tal y como muestran los cuadros posteriores, existen dudas de que el gasto sanitario público en España sea mucho más bajo que el que corresponde a los niveles alcanzados en la mayoría de países occidentales, especialmente si se consideran el nivel

de renta en España, algo inferior a la media europea, la elasticidad renta del gasto sanitario respecto del PIB y los factores demográficos usualmente asociados al gasto sanitario (4).

Esta constatación no es óbice para que se destaque la preocupación por la necesidad de mantener en el futuro una política de contención de costes, a la vista de las tensiones que se acumulan en nuestro sistema sanitario. La ampliación de la cobertura, la necesidad de aumento de las pres-

taciones reales —tanto en términos cuantitativos (salud mental, odontología, prótesis, etc.), como cualitativos—, los requerimientos sanitarios de una población más envejecida y la presión de los desarrollos tecnológicos, hacen que el futuro del gasto sanitario parezca de difícil satisfacción, y más en países como España que acumulan en el seno de los servicios sanitarios parte de los esfuerzos para consolidar un estado de mayor bienestar.

Debe señalarse que la correcta

CUADRO N.º 2

SISTEMAS DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA EN DIFERENTES PAISES

	Organismo protector	Población cubierta	Criterios
Alemania Federal:	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro estatal obligatorio (90 por 100). • Seguro privado (7,5 %). • Estatal + privado (6,7 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Obligatorio + voluntario. Voluntario. 	<ul style="list-style-type: none"> — Ingresos obtenidos. — Profesionales.
	* Asistencia gratuita sin desembolso, excepto prótesis y farmacia.		
Estados Unidos:	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro privado (76 %) (lucrativo o no): <ul style="list-style-type: none"> — Variable. — Según asistencia. (Desembolso y reembolso parcial)	<ul style="list-style-type: none"> Voluntario. 	<ul style="list-style-type: none"> Profesional y otros.
	<ul style="list-style-type: none"> • MEDICARE (12 %). • MEDICAID (8 %). • Sin seguro (12,6 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Automático. Automático. 	<ul style="list-style-type: none"> > de 65 años. Pobreza.
	* Caso general: franquicia o tiquet moderador.		
Francia:	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de enfermedad (99 %). • Mutuas (69,3 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Obligatorio + voluntario. 	<ul style="list-style-type: none"> Profesional.
	* Desembolso y reembolso/gratuitos algunos/tiquets moderadores: A = 30 %. H = 20 %. F = 60/30 %.		
Italia:	<ul style="list-style-type: none"> • SNS (100 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Automático. 	<ul style="list-style-type: none"> Residencia.
	* Asistencia gratuita, excepto farmacia y prótesis dental.		
Países Bajos:	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro obligatorio (70 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Obligatorio, facultativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos profesionales.
	* Asistencia gratuita, excepto <i>forfait</i> farmacéutico.		
	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro privado (30 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Facultativo. 	
	* Desembolso y reembolso posterior total o parcial.		

Fuente: S. Sandier, «Les Politiques de Santé Etrangères». Coloquio CREDOC, Paris 1985.

apreciación de la evolución del gasto sanitario requiere considerar el gasto realizado aún hoy por una diversidad de entes públicos proveedores de asistencia sanitaria: ayuntamientos, diputaciones, Administración del Estado, Administración de la seguridad social. A pesar de lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, la multiplicidad de entes proveedores de asistencia se mantendrá probablemente por un largo período, lo que implicará dificultades de coordinación y duplicidad de servicios al menos en una buena parte del territorio (Costas, González y Soler, 1985).

La aspiración de crear servicios regionales de salud autosuficientes sobre bases territoriales, la falta de definición clara del alcance de lo que se entiende por servicios sanitarios (por ejemplo, en materia de asistencia geriátrica) y la aparición de lo que se ha dado en llamar medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, tratamientos con aguas termales, iridología, así como otros componentes de la medicina empírica) hace que, a falta de criterios explícitos de racionalización del gasto, el futuro aparezca como tremendamente incierto respecto a la contención del gasto sanitario. Puede aducirse que parte de este fenómeno acaba representando un cambio simplemente semántico: muchos gastos pueden considerarse de salud, aunque acaben no reflejándose en las estadísticas convencionales, fuera, quizá, de la Encuesta de Presupuestos Familiares (5).

En este contexto, parece imponerse la necesidad de equilibrar criterios de elegibilidad («si no lo necesitas no lo tendrás») con criterios de capacidad («si no lo puedes pagar no lo tendrás») a la hora de afrontar las

aspiraciones colectivas en materia sanitaria.

En el momento de otorgar un mayor papel a los criterios de demanda y disponibilidad de pago dentro de los sistemas públicos como el nuestro, vale la pena considerar los siguientes extremos, a la luz de los contenidos básicos observados en la relación de agencia. Así, en las situaciones en que:

- 1) La asistencia le va a resultar provechosa, el paciente la quiere y está dispuesto a pagar por ella.
- 2) La asistencia va a ser útil, el paciente la quiere pero no puede pagar por ella.
- 3) El paciente no quiere la asistencia, pero el médico (6) piensa que se le debe prestar porque le va a ser provechosa.
- 4) El médico sabe que la asistencia no va a rendir fruto alguno pero el paciente la quiere y está dispuesto a pagarla.
- 5) El paciente y el médico quieren la asistencia pero la sociedad la restringe o prohíbe.

Parece claro, pues, que no se vislumbran soluciones de tipo general y que tan sólo en los supuestos 1) y 4) parece justificada la introducción explícita de criterios de disponibilidad de pago, referida a aquellas prestaciones que ofrecen menor rigidez en sus funciones de demanda, como sería el caso para el co-pago farmacéutico, un eventual tiquet moderador en los hospitales, en la parte de asistencia blanda, etcétera.

Aunque éste es un campo en el que los sistemas sanitarios públicos tienen posibilidades exploratorias, especialmente ante la evidencia de que este tipo de cambios asistenciales no deter-

minen un impacto significativo en el estado de salud del ciudadano, se choca rápidamente con la necesaria integración de los servicios. Por ejemplo, cuestionando el concepto de necesidad aplicable a la asistencia primaria cuando ésta cumple un papel de filtro en relación con la hospitalaria, al introducir un elemento de voluntad y disponibilidad de pago en relación a las listas de espera, dejando sin embargo abierta la puerta de las urgencias (causa de más del 50 por 100 de las admisiones hospitalarias en nuestro sistema); en términos similares, con respecto a las intervenciones quirúrgicas en régimen abierto y hospitalización de día respecto al régimen de internado, etc. Es evidente que los niveles de prestación están lejos de satisfacer las aspiraciones del ciudadano, que espera un tratamiento más acorde con la categoría de cliente que con la de paciente usuario. La práctica del doble seguro, con el pago tres o cuatro veces por el mismo servicio, es reflejo de la situación anterior. Este es el caso, por ejemplo, de Cataluña, donde una quinta parte de la población mantiene de modo simultáneo doble seguro, público y privado, lo que se traduce además, en algunos casos, en gasto sanitario privado directo, a la vista del poco satisfactorio funcionamiento de algunas mutuas sanitarias, especialmente en ámbitos rurales.

Podría considerarse, por tanto, si no se derivarían aumentos en el bienestar de los ciudadanos como resultado de elegir entre asistencia INSALUD y asistencia sanitaria privada, instrumentando algún mecanismo de exención de pago de cotizaciones (sobre su alicuota proporcional referida al gasto sanitario) o de bonificación en el impuesto sobre la renta. En

este sentido, un grupo de trabajo establecido por la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalidad de Cataluña (7) ha concluido una propuesta para permitir la elección entre provisión pública y privada de asistencia sanitaria, basada en los siguientes principios:

1. El conjunto de la población debería contar con un seguro, pudiendo elegir a estos efectos entre provisión pública y privada.

2. Las compañías de seguro privado deberían garantizar en cualquier momento idénticos servicios que los ofrecidos por el sistema general de la seguridad social.

3. La elección de provisión privada significaría automáticamente el abandono de cualquier derecho a acceder a los servicios sanitarios públicos.

4. El asegurado podría cambiar de entidad aseguradora en plazos de tiempo preestablecidos.

5. La entidad elegida recibiría una cantidad fija del sector público, en adición a una cantidad determinada pagada directamente por el asegurado.

Sin embargo, las cifras de posibles ahorros por el sector público que el mencionado informe plantea deben tomarse con cautela (posiblemente estarían por debajo de los costes variables medios, ya que el grupo de población que podría optar por abandonar la provisión pública es el de aquéllos que realizan ya hoy una menor o nula utilización del sistema público). Una mayor profundización en estudios de estas características parece importante.

El caso de la Mutualidad de Funcionarios de la Administra-

ción Civil del Estado (MUFACE) ofrece un buen banco de experimentación, aún reconociendo que el gasto medio *per capita* del INSALUD, referido al colectivo que ha optado por la provisión pública, es posiblemente un estimador sesgado.

Un aspecto adicional, que añade complejidad a las decisiones en sistemas sanitarios públicos cara a la satisfacción de las aspiraciones de los ciudadanos, se refiere a la exacta identificación de quién es el «cliente» del sistema. Así, el argumento que normalmente utiliza el médico de que está dispuesto a no escatimar medios en atención a su paciente puede ser controvertido.

En efecto, el peso del «coste de oportunidad» en el gasto sanitario público exige una visión, por parte del médico, más globalizadora de la que supone el aquí y ahora del paciente tratado en particular. No resulta claro, al menos, que el cliente en el sistema público sea únicamente el paciente que recibe tratamiento en el momento. ¿O es que acaso no cabría considerar también como pacientes a aquéllos que están a la espera de tratamiento y con respecto a los cuales la aplicación de recursos más allá de la igualdad entre beneficios y costes marginales del paciente asistido está postponiendo el tratamiento? ¿No deberían contemplarse también como pacientes aquéllos que saben que necesitan tratamiento a pesar de que, por diversas razones (dificultades de acceso, coste de oportunidad del tiempo perdido a corto plazo, etc.), no lo buscan? ¿Podrían considerarse también como pacientes aquéllos que en cualquier momento del tiempo pueden necesitar tratamiento? ¿O es que los recursos despilfarrados no serían susceptibles de usos

alternativos en actividades como las de educación sanitaria, investigación y aplicación de nuevas tecnologías? (8).

III. EL RECONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR COMO CLAVE DEL SISTEMA

El monopolio de información del que dispone el proveedor y la inducción hacia sus propios intereses que puede conseguir en el comportamiento del paciente, hace que el papel del personal médico resulte clave para el funcionamiento del sistema.

En efecto, de modo explícito o no, el médico desarrolla como mínimo dos tipos de tareas que influyen en la asignación de los recursos económicos; las resultantes de: a) decisiones clínicas; b) decisiones de cómo gestionar los recursos en el servicio o consultorio, con lo cual dispone libremente de los recursos puestos a su disposición por el sistema (Evans, 1974), y c) decisiones sobre prioridades en la utilización de los recursos, con claras interferencias sobre criterios políticos o de política sanitaria en particular (a quién trasplantar y cuándo, ingreso por urgencias, etcétera).

Sobre la base del reconocimiento anterior de asimetrías en la información y la consiguiente posibilidad de selección adversa, la teoría económica (Radner y otros) postula que la relación de agencia y la participación en el *output* son las vías apropiadas para asegurar la compatibilidad de intereses en un contexto en que ni estructuras jerarquizadas ni controles preventivos resultan eficaces.

Es por todo ello por lo que el esfuerzo de los economistas se ha concentrado, en los últimos tiempos, en los mecanismos que incentivan el comportamiento eficiente de los proveedores, tanto desde la óptica financiera como desde la del cambio organizativo, y en la formación del personal sanitario para que éste incluya en sus decisiones el concepto de costes y beneficios en el margen. Estas políticas han sido objeto de estudio en países anglosajones. Experimentos como los PACT (*Planning Agreements with Clinical Teams*) o los Presupuestos Clínicos (*Clinical Budgeting*) han intentado trasladar a los equipos médicos la gestión descentralizada de los recursos, constituyéndolos como centros de beneficio y responsabilidad. Su actividad puede ser controlada por el principal de la relación con medidas algo más sensibles al *output* realizado, tanto en términos de la complejidad de las patologías tratadas (por el lado de la demanda) como de la especialización (lado de la oferta) con la que éstas se tratan. En este terreno, el perfeccionamiento de los instrumentos de *case-mix* (ajuste por la distinta combinación de casos), del tipo GRD (grupos relacionados por el diagnóstico), índice de gravedad de patologías, algoritmos de gestión de enfermos, etc., ha resultado decisivo para la instrumentación del anterior tipo de medidas.

La política de rentas debiera resultar, sin embargo, compatible con una política de motivación de carácter más microeconómico, como la anteriormente señalada.

En otros trabajos (G. López, 1985) se ha probado cómo la política salarial aplicada, desde finales de los años setenta, en

nuestro país a los médicos hospitalarios de la seguridad social se ha traducido en una pérdida importante de poder adquisitivo, supuestamente fortalecida por la presión de la oferta de médicos surgidos de las facultades de Medicina, que deprimía las reivindicaciones salariales.

Dicha política ha sido equívoca, al ignorar la posibilidad que tiene el médico de influir sobre otras variables del sistema, con efectos importantes en los niveles de gasto. El ajuste en el coste salarial para un supuesto control del gasto ha influido negativamente sobre el componente «carga de trabajo» realizada (en términos de descenso en las horas efectivas de trabajo) por parte del personal médico. Las posibilidades de compatibilizar puestos de trabajo y la absorción de oferta de médicos internos residentes se han reflejado en la ampliación de plantillas, con la consiguiente elevación del gasto sanitario. La inducción de demanda ha servido para justificar, en gran medida, el aumento de la carga de trabajo.

La política de contención de costes ha buscado, a su vez, frenar los gastos de inversión —de los que el administrador tiene un mayor control—, desmotivando al agente en relación a lo que era parte de su compensación en especie en la elección entre las prácticas en clínicas privadas o públicas: el acceso a modernas tecnologías y el trabajo en grupo.

Resulta claro que el control del gasto por la vía del *numerus clausus* no deja de ser problemático. ¿Cuántos médicos son suficientes? ¿Qué valores deben darse a los salarios-objetivo (Pérez Díaz, 1982), tras larga formación postuniversitaria mal re-

munerada? ¿Qué cantidades legítimamente exigirían una menor exigencia de incompatibilidad? ¿Qué innovación tecnológica es la apropiada para la satisfacción de las aspiraciones clínicas del médico? ¿Cómo influye ésta en situaciones en que impera un grado elevado de la denominada medicina defensiva, en evitación de riesgos morales y persecuciones judiciales por supuestos de práctica profesional deficiente? Estas y otras cuestiones no tienen hoy una fácil respuesta.

En este contexto, el Decreto-Ley de 12 de septiembre de 1987 ha establecido un nuevo modelo retributivo para el personal sanitario del INSALUD, que equipara su remuneración a la del resto de funcionarios del Estado. A su vez, los salarios se incrementan con la dedicación exclusiva en el sector público, lo que incluye una renuncia al ejercicio de la medicina privada.

Con ambas medidas, se intenta, al menos sobre el papel, aumentar la productividad y mejorar la calidad asistencial, de acuerdo con una supuesta mayor identificación con los intereses públicos. Esta misma razón se postula en Cataluña respecto del establecimiento de jornada partida (hasta las cinco de la tarde), aun sin exigir incompatibilidad alguna.

En la práctica, sin embargo, ambos resultados pueden ser dudosos. La primera de las medidas (aplicación del régimen de incompatibilidades) puede resultar más emocional que práctica, lo cual no quiere decir que no fuera necesaria para intentar forzar un cambio drástico en el entorno cultural sanitario.

La segunda de las medidas, al no concretarse en la elaboración previa de un programa de activi-

dades a realizar durante las tardes en los centros, no ofrece una garantía de que, con el control de la permanencia de la persona, si se aplica, sea suficiente para la mejora de la productividad. Todo ello puede acabar representando un aumento salarial sin contrapartida alguna.

Punto y aparte supone el complemento de productividad, una de las pocas medidas de incentiación explícitamente planteadas. Al repartirse en la mayoría de los casos dicho complemento de modo uniforme entre los distintos profesionales, el objetivo perseguido queda desvirtuado. Aunque por su cuantía no resulte de gran importancia, el complemento ha acabado suponiendo un nuevo aumento salarial. Más esperanzador resulta quizás el intento de desincentivar económicamente el exceso de guardias médicas que se venía registrando, y que tenía una incidencia, aunque diversa, muy importante sobre la nómina del médico.

Además, y como resultado paralelo de lo anterior, el aumento en las diferencias salariales entre profesionales ejerciendo en centros propios y concertados va a incrementar sin duda los problemas de financiación de estos últimos.

Por otra parte, cabe señalar que, debido al elevado paro existente y al nivel de subempleo en la profesión, así como al elevado grado de politización que impera en el sector, contraponiéndose todo ello con una baja relativa de los valores corporativos, se añaden nuevas incógnitas que hacen planear un futuro incierto sobre el papel que puedan desarrollar los proveedores dentro del sistema sanitario. Dicho comportamiento puede resultar clave para el futuro del gasto sanitario en nuestro país.

IV. LOS PROBLEMAS DE GESTIÓN EN LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS

Un reciente trabajo del profesor A. Einthoven (1987), elaborado por encargo del gobierno británico de Mrs. Thatcher, ha arrojado luz sobre un conjunto de temas que en el pasado han oscurecido el debate de las cuestiones de eficiencia y gestión en la mayor parte de sistemas sanitarios públicos.

Einthoven parte de la idea de que los sistemas del tipo NHS (servicios nacionales de salud) se asientan sobre una amplia base de consenso social que, declaraciones programáticas al margen, ningún grupo político ha variado sustancialmente en el pasado. Es por ello por lo que el margen de maniobra que permita mejorar la gestión sanitaria resulta difícilmente aproximable desde la óptica del debate sobre la eficiencia relativa sector público-sector privado, al comparar, en la mayoría de los casos, situaciones no comparables. Este reconocimiento es coetáneo con el descubrimiento que se está produciendo en Estados Unidos de las ventajas de las medicinas «gestionadas» (Easterbrook, 1987) —experiencia de estructuras tales como las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), sistemas multihospitalarios, pago prospectivo, etc.— que tienen mucho más que ver con las experiencias europeas de sistemas sanitarios públicos que con la experiencia registrada con modelos sanitarios privados como el estadounidense.

Desde esta consideración, Einthoven centra su atención en el problema que tienen planteados

los sistemas nacionales de salud del estilo NHS: encaminar los recursos hacia los objetivos —y no sólo aquéllos formulados en términos de eficiencia— previamente establecidos. Se trata de guiar miles de decisiones en la dirección de mejorar la calidad de los servicios, manteniendo a la vez un control rígido sobre los costes. Y ello en ausencia de incentivos claros en los procesos de toma de decisiones distintos al propio comportamiento ético de las partes. Esta situación se produce además en un contexto de fuerte presión innovadora que complica una solución directa. En otras palabras, la debilidad de los sistemas nacionales de salud radica en su estructura organizativa y en la falta de vínculos entre *output* y costes en los niveles más desagregados de decisión.

El problema anterior se plantea, sin duda, en sistemas sanitarios como el nuestro, fuertemente organizados sobre estructuras de jerarquización y asalarización por parte de los proveedores y escasos márgenes de libertad en la actuación de los usuarios.

Tres recomendaciones, al menos, se dan en el trabajo de Einthoven que, respetando la óptica redistributiva en sistemas sanitarios como el español, suponen un intento de mejorar los márgenes de gestión al servicio de la eficiencia. Dichas propuestas se formulan como reformas factibles sin desnaturalizar la opción social reflejada en el sistema sanitario tal como deja traslucir hoy la Ley General de Sanidad.

Un primer esfuerzo debería realizarse en la línea de mejorar la asignación de recursos intrasistema, corrigiendo las desviaciones observadas en el gasto que no se ajustasen a factores

explicativos a la vista de los objetivos establecidos. El cálculo del coeficiente de variación para la mayoría de indicadores de gestión convencionalmente utilizados (costes por proceso, índice de rotación por niveles, porcentaje de readmisiones ajustado por la complejidad de las patologías tratadas, etc.) mostraría sin duda el alcance de la observación anterior.

Una segunda línea de actuación encaminada a mejorar la gestión podría proceder de la separación de distintas modalidades asistenciales, que permita una mayor participación del usuario, detectando aquellos elementos de demanda que sobrepasen los estratos de necesidad.

Estas reformas podrían encaminarse a la mejora en la satisfacción de las aspiraciones del usuario, acompañadas con una mayor exigencia de esfuerzos en participar en la financiación. Buena prueba de ello es, para el caso del NHS británico, la propuesta de introducción de un *ticket* moderador en asistencia hospitalaria (en la parte referida a asistencia «blanda»).

En tercer lugar, podría avanzarse, dentro del reconocimiento de que la responsabilidad pública de los servicios sanitarios no exige su directa producción, en explorar las posibilidades que ofrece la vía de la concertación de servicios provistos con medios ajenos o en régimen de *contracting out*. Regulación y financiación pueden ser elementos suficientes para asegurar también, por la vía de la concertación externa, una buena provisión pública de los servicios sanitarios.

Finalmente, la territorialización de los servicios a niveles regionales y de distrito podría permitir mayores grados de libertad de

elección por parte de los ciudadanos, principalmente en asistencia primaria, aunque también quizá para los servicios hospitalarios. A su vez, la experimentación de modalidades de gestión diversas, más ajustadas a las situaciones concretas, si va acompañada de una mayor descentralización de las responsabilidades de gestión, podría producir motivaciones adicionales en la correcta asignación de los recursos.

La mayoría de las propuestas anteriores tendrían en nuestro país un claro exponente, ya no tanto por razones apriorísticas de prosecución de eficiencia como históricas, en el caso de Cataluña. En efecto, la comparación del sistema sanitario de Cataluña con el del Estado ofrece importantes diferencias, que se traducen al menos en:

1) El alto nivel de concertación de servicios hospitalarios ya existente en Cataluña. La utilización de medios hospitalarios ajenos a la seguridad social cuadruplica en Cataluña los valores medios del conjunto del Estado.

2) El importante peso que tiene el gasto sanitario privado en Cataluña, reflejo de la presencia de una fuerte tradición mutualista.

En efecto, el caso catalán reviste particular atractivo a la vista de la importancia que tiene el sector concertado, y el privado en general, en la provisión de los servicios sanitarios. A ello se añade el interés existente en introducir un mayor grado de libertad en los flujos sanitarios dentro de una red asistencial única de regulación pública. La presencia de sistemas multihospitalarios de relativa importancia, como son el *Consorti Hospitalari de Catalunya*, la *Unió Catalana d'Hos-*

pitals y el *Consorti d'Hospitals de Barcelona*, hace que incluso pueda analizarse la red propia del *Institut Català de la Salut* —la entidad gestora equivalente al INSALUD en Cataluña— como un sistema multihospitalario más. Con ello cabría diseñar un escenario en el que los diferentes sistemas gozaran de una mayor independencia en su gestión descentralizada, mientras que el propio *Institut Català de la Salut* se reservaría exclusivamente el papel de «principal» en la relación de agencia creada. Sus responsabilidades consistirían únicamente en preservar el marco estatutario y de financiación del conjunto de la red. Una posible utilización de numerarios de pago basados en mayor medida en la patología o tipo de enfermo asistido, independientemente de quién lo hubiese tratado, podrían añadir atractivo a la nueva situación.

Independientemente del punto anterior, la existencia en Cataluña de una fuerte presencia mutualista y una larga tradición de seguro privado, que hace que prácticamente se triplique, respecto a las cifras medias del Estado, el porcentaje de ciudadanos con doble seguro (público y privado), añade interés al caso como supuesto de estudio. En efecto, la consolidación de experiencias de integración (mutualidad y provisión directa de servicios sanitarios), en caso de generalizarse y extenderse a los servicios de atención primaria, podría atisbar el nacimiento de un sistema de provisión, incluyendo aquí la red sanitaria de titularidad propia, de rasgos similares al basado en organizaciones para el mantenimiento de la salud. A través de dicho sistema se trataría de liberalizar la «compra», por parte de los ciudadanos, de la con-

dición de miembro de una de aquellas organizaciones (en lugar de comprar un seguro propiamente dicho). Consiguientemente, cuando un afiliado necesitara asistencia podría acudir a alguno de los centros (propios o concertados) de la respectiva HMO a la que perteneciese.

Ello supondría un pago anticipado, sobre base anual, realizado antes y no después del tratamiento. En realidad se trata con ello de instaurar formas de medicina socializada promovidas por empresas privadas, aligerando, sin desnaturalizarlos, a los sistemas nacionales de salud de dos de los grandes problemas que antes mencionábamos: 1) el de la falta de incentivos y agilidad ante los procesos de innovación registrados en el sector, y 2) los problemas derivados de la imposición de estructuras de gobierno que han de guiar un enorme número de decisiones de profesionales poco motivados (ya sean estos asalariados, ya sean proveedores bajo prácticas independientes). En este sentido, se postula en favor de las HMO su capacidad de estimular el cambio en el comportamiento de los proveedores a través de incentivar la mejora en la calidad asistencial (atracción de afiliados) y la contención de costes (a la búsqueda de un pre-pago más atractivo), quedando a resultas de los logros alcanzados.

Las potencialidades reconocidas además para esta modalidad de contratación, consistente con los objetivos públicos, radicarían en:

1) Su coherencia con el concepto de salud como *output* final de la asistencia sanitaria. Es decir, se produce un pago (anticipado) por parte de los miembros del grupo (por tanto, respecto de los valores medios y no reales indi-

viduales) en contraprestación a los servicios de mantenimiento de la salud del colectivo. Con ello se estimulan las políticas de prevención y su tratamiento más eficiente.

2) El estímulo constante a la revisión de prácticas cuya asociación de costes y beneficios no resulta probada, en favor del estudio de otras alternativas más eficientes. Estas organizaciones podrían ser, a su vez, las destinatarias de la política de contratación pública efectuada desde el ente público de gestión en la modalidad de concertación basada en un pre-pago *per capita*.

Para el despliegue de todas las virtualidades de este tipo de organizaciones se requeriría un desarrollo del sistema sanitario en las direcciones siguientes:

a) la constitución de sistemas integrados de provisión, abarcando, por ejemplo, ofertas asistenciales alternativas a la hospitalización;

b) garantizar el cumplimiento de la obligación de que las organizaciones proveedoras mantuvieran, en el tiempo y en el espacio, una base competitiva, evitando que la concertación se produjera respecto de una oferta monopólica u oligopólica, y

c) establecer mecanismos que controlasen los *output* de los niveles asistenciales ofrecidos, evitando el acortar injustificadamente determinados tratamientos, así como su sustitución por alternativas asistenciales de calidad dudosa, aún cuando, como reconoce Easterbrook (*op. cit.*), ello suele resultar un problema complejo, ya que puede ser difícil decir realmente qué nivel de atención sanitaria es el correcto.

Los estudios empíricos parecen probar que las HMO pueden

reducir los gastos de atención sanitaria de modo importante (un 25 por 100 al menos en el momento inicial de su implantación, según algunos autores) sin efectos adversos sobre la población en general —aunque, como afirma Easterbrook (*op. cit.*), resulta más difícil precisar dicho resultado para grupos de población específicos (pobres, personas sin posibilidad de valerse por sí mismas, etcétera).

Estos factores constituirían las limitaciones que deberían imponerse, en cualquier caso, a los márgenes de gestión, en busca de la eficiencia dentro de los sistemas sanitarios públicos.

V. LA EVOLUCION RECIENTE DEL GASTO SANITARIO: EL CASO ESPAÑOL

El gasto público sanitario ha mantenido en España, desde 1965 hasta 1982, una trayectoria semejante a la del de los países del mundo occidental. Tasas de crecimiento muy elevadas que le llevan a aumentar su participación en el producto interior bruto desde 1,4 por 100 en 1965 a 3,6 por 100 diez años más tarde. Sin embargo, después de este crecimiento continúa siendo un concepto de gasto relativamente reducido, ya que en 1975 la media OCDE se situaba en el 5,2 por 100, y sólo Grecia y Turquía dirigían participaciones inferiores de su PIB al gasto sanitario público (OCDE, 1985a). A partir de 1975 la crisis económica obliga a los países occidentales a establecer una moderación de las tasas de crecimiento (OCDE, 1985b) del conjunto del gasto público. Al propio tiempo, otros tipos de gasto, fundamentalmente las pensiones, mantienen una expansión acele-

CUADRO N.º 3

GASTO INSALUD 1980-1987

AÑO	Gasto INSALUD (1)	PIB (2)	Gasto INSALUD/PIB (1)/(2) = (3) (%)	Porcentaje crecimiento de (3) (4)	Población protegida (5)	Gasto por pers. prot. (6)	Gasto deflactado (7)	Porcentaje crecimiento de (7) (8)
1980	551.806	15.209.100	3,63	—	31.107.452	17.739	17.739	—
1981	654.313	16.989.000	3,85	6,15	31.647.244	20.675	18.460	4,07
1982	762.498	19.567.300	3,90	1,18	32.170.421	23.702	18.604	0,78
1983	843.590	22.234.700	3,79	-2,64	33.066.635	25.512	17.941	-3,57
1984	900.796	25.121.300	3,59	-5,49	35.715.173	25.222	15.993	-10,85
1985	1.015.666	27.853.500	3,65	1,69	36.664.435	27.702	16.161	1,05
1986	1.154.811	32.085.000	3,60	-1,30	36.973.753	31.233	16.395	1,45
1987 (*)	1.307.281	35.280.800	3,71	2,95	37.303.644	35.044	17.437	6,35

(*) Liquidación provisional, datos Intervención General de la Seguridad Social.

Fuentes: PIB y deflactor del PIB: datos del Banco de España. INSALUD, 1980-1986: *Memorias liquidación Seguridad Social*, 1987: *Boletín Económico S.S.*, diciembre 1987. Población protegida 1980-1983 pertenece a la *Memoria estadística* del INSALUD de cada año. 1984-1985 pertenece al *Boletín de información sanitaria*, resumen 1984. 1986 pertenece al presupuesto por programas del INSALUD para 1988. 1987-1988 son estimación propia.

rada que reduce la capacidad pública de financiación del gasto sanitario, lo que da lugar a un intento generalizado de contención que halla su mejor expresión a partir de los años finales de la década.

La trayectoria del gasto del Instituto Nacional de la Salud durante el período 1980-1987 es la que se refleja en los cuadros números 3 a 5. Como es posible observar, las cifras se presentan en pesetas corrientes y constantes con base en 1980. Es preciso resaltar que el deflactor utilizado es el del PIB. Este deflactor no es el óptimo, pero es de uso obligado, debido a la inexistencia de la serie adecuada correspondiente a asistencia sanitaria pública. Probablemente el deflactor del PIB es inferior al de asistencia sanitaria, dando como resultado cantidades superiores a las reales e infravalorando, por tanto, el descenso en el gasto que se ha producido en el período. En este sentido, es posible observar que en un estudio de la OCDE (1985a) los deflactores utilizados para los años 1981 y 1982 son 114,56 y

132,17, con base 100 en 1980. El del PIB es 112 y 127,4 para los mismos años y base. Por otra parte, se debe señalar que la población protegida es una estimación realizada hasta 1986 por el INSALUD, mientras que la del año 1987 es el producto de una estimación propia basada en el número de cartillas.

Tal vez la conclusión más importante que es posible obtener del cuadro n.º 3 sea la aparente escasez relativa del gasto público sanitario (9). Aún considerando que el gasto del INSALUD no es la totalidad del gasto público, sí es conocido que en 1980 (10) era el 90 por 100 del total, y difícilmente hoy supondrá menos del 85 por 100 (11). Pues bien, en 1982 la media OCDE del gasto sanitario público se situaba en el 5,8 por 100, con sólo tres países —Grecia, Portugal y Turquía— con una fracción del PIB inferior a España.

Durante el período 1982-1987 el crecimiento del gasto ha sido prácticamente nulo. Sin embargo, en este mismo período, el número de personas beneficia-

rias de la asistencia sanitaria de la seguridad social ha crecido en un 20 por 100, lo que ha supuesto un descenso del gasto por beneficiario del 16 por 100.

Siempre es difícil establecer las causas de una contracción del gasto de esta envergadura, pero es posible que puedan sintetizarse en dos: la primera, un quinquenio de restricción presupuestaria de la que tal vez la mejor explicación sea la que establece que el presupuesto del INSALUD es «residuo de residuos». La segunda, la necesidad de incluir colectivos totalmente desprotegidos, o bien simplemente una mayor recaudación de cuotas de seguridad social.

La inclusión de colectivos que de otra forma hubiera quedado al margen de cualquier tipo de asistencia pública (12), como los jóvenes que, por alcanzar los 23 años, quedaban excluidos, es una decisión política generada por el desempleo juvenil que no precisa de mayores comentarios, salvo señalar que suponen un gasto adicional reducido (13) y ningún nuevo ingreso por cuotas.

En un sentido contrario, cabe observar la inclusión obligatoria de los trabajadores afiliados al régimen especial de trabajadores autónomos en la contingencia de asistencia sanitaria, realizada en 1984. Hasta esta fecha, los trabajadores autónomos tenían la opción de afiliación, una opción que en raras ocasiones se traducía en sentido positivo, en parte debido a que el derecho a la asistencia ya se obtenía por

otros motivos. En su lugar, un buen número de estos trabajadores habían contratado seguros voluntarios. A partir de 1984, la obligatoriedad de cotización, además de incrementar la recaudación de cuotas, ha tenido al menos tres efectos: el incremento del gasto en farmacia, el incremento de salarios en los médicos de cabecera, ya que el pago se realiza por cartillas adscritas, y un cierto descenso en la suscrip-

ción de seguros colectivos. En general, hasta este momento, este colectivo está realizando un uso muy reducido de los servicios de asistencia primaria del INSALUD, salvo la parte correspondiente a recetas médicas. En conclusión, los colectivos de nuevo ingreso parecen tener una demanda de servicios inferior a la media existente en el momento de su incorporación.

CUADRO N.º 4

ESTRUCTURA ECONOMICA DEL GASTO DEL INSALUD

Pesetas corrientes

AÑO	Personal	Bienes y servicios	Inversiones	Farmacia	Conciertos	Otros	Total gasto
1980	232.814	50.461	16.671	110.171	123.851	17.838	551.806
1981	281.556	59.308	20.223	125.691	150.334	17.201	654.313
1982	325.623	72.466	29.043	151.127	165.523	18.716	762.498
1983	377.374	80.669	25.209	165.728	176.551	18.059	843.590
1984	414.939	88.056	30.318	172.404	176.284	18.795	900.796
1985	473.414	106.981	34.113	188.481	192.216	20.461	1.015.666
1986	560.953	146.475	38.195	203.588	180.886	24.714	1.154.811
1987 (*)	664.502	168.608	45.225	231.400	172.865	24.681	1.307.281

Pesetas constantes, base 1980 = 100

AÑO	Personal	Bienes y servicios	Inversiones	Farmacia	Conciertos	Otros	Total gasto
1980	232.814	50.461	16.671	110.171	123.851	17.838	551.806
1981	251.389	52.954	18.056	112.224	134.227	15.358	584.208
1982	255.591	56.881	22.797	118.624	129.924	14.691	598.507
1983	265.383	56.729	17.728	116.546	124.157	12.700	593.242
1984	263.119	55.838	19.225	109.324	111.784	11.918	571.209
1985	276.188	62.412	19.901	109.959	112.138	11.937	592.536
1986	294.464	76.890	20.050	106.870	94.953	12.973	606.200
1987 (*)	330.631	83.893	22.502	115.136	86.011	12.280	650.453

Estructura porcentual del gasto del INSALUD

AÑO	Personal	Bienes y servicios	Inversiones	Farmacia	Conciertos	Otros	Total gasto
1980	42,19	9,14	3,02	19,97	22,44	3,23	100
1981	43,03	9,06	3,09	19,21	22,98	2,63	100
1982	42,70	9,50	3,81	19,82	21,71	2,45	100
1983	44,73	9,56	2,99	19,65	20,93	2,14	100
1984	46,06	9,78	3,37	19,14	19,57	2,09	100
1985	46,61	10,53	3,36	18,56	18,93	2,01	100
1986	48,58	12,68	3,31	17,63	15,66	2,14	100
1987 (*)	50,83	12,90	3,46	17,70	13,22	1,89	100

(*) Liquidación provisional, datos Intervención General de la Seguridad Social.

Fuente: El deflactor empleado es el del PIB suministrado por el Banco de España. INSALUD 1980-1983: datos de la *Memoria de liquidación de la S.S. 1983, 1984-1986. Memoria de liquidación S.S. de los respectivos años.*

CUADRO N.º 5

ESTRUCTURA DEL GASTO POR SERVICIOS

Pesetas corrientes

AÑO	ASISTENCIA PRIMARIA				ASISTENCIA HOSPITALARIA					
	Personal	Porcentaje crecimiento	Bienes y servicios	Porcentaje crecimiento	Personal	Porcentaje crecimiento	Bienes y servicios	Porcentaje crecimiento	Conciertos	Porcentaje crecimiento
1980	94.735	—	6.068	—	128.723	—	42.875	—	123.851	—
1981	111.962	18,18	7.490	23,43	157.629	22,46	49.969	16,55	150.334	21,38
1982	125.323	11,93	8.291	10,69	178.521	13,25	61.610	23,30	165.523	10,10
1983	140.871	12,41	8.974	8,24	212.445	19,00	69.363	12,58	176.551	6,66
1984	154.938	9,99	10.237	14,07	232.220	9,31	75.089	8,26	176.284	-0,15
1985	168.896	9,01	13.026	27,24	272.008	17,13	88.310	17,61	192.216	9,04
1986	190.479	12,78	17.486	34,24	328.908	20,92	122.435	38,64	180.886	-5,89
1987 (*)	213.202	11,93	18.617	6,47	410.000	24,65	142.845	16,67	172.865	-4,43

Pesetas constantes, base 1980 = 100

AÑO	ASISTENCIA PRIMARIA				ASISTENCIA HOSPITALARIA					
	Personal	Porcentaje crecimiento	Bienes y servicios	Porcentaje crecimiento	Personal	Porcentaje crecimiento	Bienes y servicios	Porcentaje crecimiento	Conciertos	Porcentaje crecimiento
1980	94.735	—	6.068	—	128.723	—	42.875	—	123.851	—
1981	99.966	5,52	6.688	10,21	140.740	9,34	44.615	4,06	134.227	8,38
1982	98.370	-1,60	6.508	-2,69	140.126	-0,44	48.359	8,39	129.924	-3,21
1983	99.065	0,71	6.311	-3,03	149.399	6,62	48.778	0,87	124.157	-4,44
1984	98.249	-0,82	6.491	2,86	147.254	-1,44	47.615	-2,39	111.784	-9,97
1985	98.533	0,29	7.599	17,07	158.689	7,76	51.520	8,20	112.138	0,32
1986	99.989	1,48	9.179	20,79	172.655	8,80	64.270	24,75	94.953	-15,32
1987 (*)	106.081	6,09	9.263	0,92	204.000	18,15	71.074	10,59	86.011	-9,42

(*) Liquidación provisional, datos Intervención General de la Seguridad Social.

Fuente: El deflactor empleado es el del PIB suministrado por el Banco de España. INSALUD, 1980-1983: datos de la Memoria de liquidación de la S.S. 1983, 1984-1986: Memorias de liquidación S.S. de los respectivos años. 1987: Anexo contabilidad presupuestaria, Intervención General de la Seguridad Social, diciembre de 1987.

Cualquiera que sea la explicación que se dé, el hecho es que la participación en el PIB del gasto del INSALUD y, por extensión, de todo el gasto sanitario público, después de aumentar durante los años 1981 y 1982 hasta alcanzar el 3,9 por 100, ha cambiado la tendencia creciente y ha descendido hasta situarse en el 3,6 por 100 del PIB en 1986 y 1987. En conjunto, un descenso desde 1982 del 9 por 100 en la participación respecto al PIB.

Los cuadros n.ºs 4 y 5 presentan la distribución del gasto del INSALUD de acuerdo a las clasificaciones económicas y por

servicios. Las conclusiones más importantes que parecen desprenderse de estos cuadros son las detalladas a continuación.

1. El gasto de personal en asistencia primaria permanece constante en el período 1982-1986, lo que resulta sorprendente, tanto porque el sistema de pago se corresponde parcialmente con el número de cartillas, y éstas han aumentado en el período, como porque la reforma de la asistencia primaria parecía constituir —con toda razón— el objetivo básico de una política sanitaria consistente de la limitación de los recursos.

2. El gasto en farmacia, con pequeñas oscilaciones, permanece constante en el período. Como sea que otro trabajo incluido en esta Revista trata el tema en profundidad, no parece necesario detenerse con mayor extensión en este tipo de gasto.

3. El gasto de personal de instituciones cerradas (hospitales) pasa de 128 a 199 miles de millones, con un crecimiento del 55 por 100 en tan sólo siete años.

No es posible establecer el grado en que la variación del gasto de personal corresponde a un incremento en los salarios

reales o al crecimiento del número de personas empleadas, ya que el INSALUD no publica estos datos. Sin embargo, se debe destacar que el 38 por 100 de este aumento se produce en el año 1987, como consecuencia de los acuerdos entre la Unión General de Trabajadores, la Confederación de Sindicatos Médicos y el Ministerio de Sanidad, mientras que en el período 1980-1984 se produce un fuerte descenso de los salarios reales del personal médico (López, 1985).

Por otra parte, si realmente se ha producido un descenso relativo en los salarios reales, acompañado por un incremento en el personal sanitario, la tendencia se inscribiría en la general existente en la OCDE. En efecto, desde 1970 los ingresos de los médicos —medidos por la relación respecto a la remuneración media de los asalariados— han tenido un descenso relativo. Así, por ejemplo, Italia ha pasado del 5,7 en 1965 al 2,9 en 1980, y Francia, del 4,8 al 3,3 en el mismo período (Poulier, 1987).

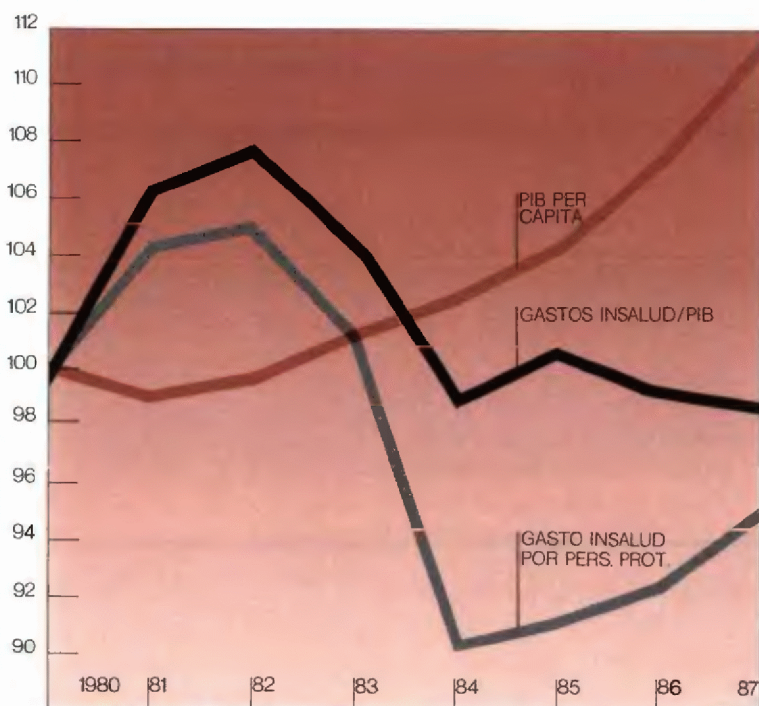
En línea con el incremento en gastos de personal, se halla el de compra de bienes y servicios que se produce en los hospitales, al pasar de 42 a 69 miles de millones, con un incremento del 61 por 100.

4. El descenso más acusado es el que se produce en servicios concertados que, al pasar de 124 a 78 miles de millones, disminuye el 36 por 100. Si se considera el período 1982-1987, el descenso es todavía más acusado, ya que la disminución se sitúa en el 40 por 100 (14).

5. Probablemente, los puntos 3 y 4 anteriores son complementarios, ya que la política de restricción presupuestaria se ha instrumentado en la forma más

GRAFICO 1 TASAS DE CRECIMIENTO

Base 100: 1980



simple, es decir, hacia los servicios concertados a terceros y hacia las inversiones en los centros propios. Como consecuencia, estos centros propios han debido absorber una mayor carga, que pudiera ser la explicación parcial del incremento en gastos de personal y de bienes y servicios.

Por otra parte, es preciso señalar que la tendencia es plenamente congruente con el objetivo explícito del gobierno de extender la red propia y realizar un uso cada vez menor de los servicios concertados. Este objetivo, en apariencia, ha sido, al menos parcialmente, abandonado por el actual equipo dirigente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

6. La diferencia de crecimiento existente entre las asistencias primaria y hospitalaria es una tendencia probablemente poco deseable, pero que se halla en la línea de hospitalocentrismo presente en todos los países desarrollados. Así, en 1981-1982 la participación del gasto hospitalario en el conjunto del gasto público (15) de la OCDE se sitúa, en media, en el 54,2 por 100 (OCDE, 1987), mientras que en 1970 este porcentaje se situaba en el 50,9 por 100.

En una línea semejante cabe observar el descenso relativo del gasto en farmacia, que pasa del 20 por 100 en 1980 al 18 por 100 en 1987, una tendencia que tam-

bién se ha producido en el período 1970-1982 en la OCDE.

VI. CONCLUSION

En resumen, el análisis efectuado en las páginas anteriores nos permitirá concluir los siguientes puntos:

1. La preocupación por el control del gasto sanitario no surge tanto motivada por el nivel de gasto ya alcanzado como por la existencia de factores que pueden impulsar en un futuro inmediato su elevación. Entre éstos cabe destacar los derivados de la universalización de la cobertura y el aumento de las prestaciones reales medias por persona protegida en la forma prevista por la Ley General de Sanidad. Asimismo, el envejecimiento progresivo de la población inducirá un mayor gasto asistencial.

Parece pues que se deba concentrar la atención en las cuestiones de eficiencia en la prestación (contención del coste sanitario) para poder hacer frente a los retos anteriores (con efectos obvios sobre las cuestiones de equidad) y liberar además recursos que permitan la adopción de nuevas tecnologías y la mejora de la calidad asistencial.

Es ampliamente reconocido, por otra parte, que en el sistema sanitario se centran hoy buena parte de las aspiraciones colectivas de mejora del estado de bienestar. Pero ¿es posible satisfacer estas aspiraciones colectivas?

2. Sin desnaturalizar el contenido de la Ley General de Sanidad, existe un conjunto de reformas hoy factibles en nuestro sistema sanitario que permiten la consecución de los objetivos antes expuestos respetando el con-

junto de ideas básicas en que se fundamenta.

En primer lugar, puede profundizarse en unos procedimientos de concertación de servicios producidos por el sector privado, sin perjuicio de mantener la responsabilidad pública en su provisión y financiación, en todos aquellos casos en que de ello resulte una mayor eficiencia en la asignación de los recursos. En segundo lugar, es necesario un esfuerzo en el sentido de alcanzar una mejor utilización de los recursos dentro de la propia red pública, corrigiendo las desviaciones observadas respecto a los objetivos preestablecidos. En tercer lugar, la responsabilización, tanto del usuario como de los profesionales sanitarios, de las implicaciones económicas de sus decisiones podría traducirse en diferentes actuaciones. Por ejemplo, la participación del usuario en el coste de aquellos componentes de la asistencia que sobrepasan estrictos criterios de necesidad, como es el caso de los relativos a la calidad de los servicios hoteleros. Al tiempo, dicha medida permitiría introducir una recaudación adicional que puede utilizarse para financiar un mayor nivel en la asistencia sanitaria y, por tanto, sin que se deba producir deterioro alguno en los objetivos de equidad globalmente considerados.

Por su parte, mejores sistemas de presupuestación y control ayudarían a que el profesional sanitario compartiera la responsabilidad económica de su actuación, rompiendo los mecanismos incrementalistas que tan poco ayudan a una asignación eficiente de los recursos sanitarios.

En cuarto lugar, un factor que podría resultar sumamente apropiado es la introducción de ma-

yores grados de posibilidad de elección por parte del ciudadano respecto de centros y modos de provisión. La generalización del sistema aplicado por la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado es un buen ejemplo, ya que mantiene la responsabilidad pública en materia de regulación y financiación, introduciendo elementos de competitividad en la propia red pública.

3. El gasto sanitario español ha estado sometido desde 1983 a un fuerte proceso de contención en su volumen global, a la vez que se ha ampliado la cobertura pública. El resultado de estos factores ha sido una fuerte reducción del gasto por asegurado que sólo en 1988 parece invertir su sentido. Otras consecuencias han consistido en la no materialización de las previsiones de la Ley General de Sanidad, el deterioro notorio del nivel asistencial y un proceso de transferencias a Cataluña y Andalucía que revisió, en su día, unas características de tensión y confrontación que no se han producido en otros servicios transferidos.

NOTAS

(1) Véase en este punto J. Rovira, G. López y R. Illa, «La formación de los profesionales sanitarios en economía de la salud: elemento para una estrategia de desarrollo de la formación en economía de la salud en España», Fondo de Investigación Sanitaria y de la Seguridad Social, Madrid, julio 1986 (mimeo).

(2) L. Thurow (1984), citado también por V. Ortún Rubio, «Economía y medicina», *Medicina Clínica*, vol. 88, n.º 10, 1987.

(3) Véase J. P. Newhouse (1987).

(4) Véase OCDE (1987).

(5) Véase G. López Casasnovas (1986).

(6) Obviamente, no es el médico el único profesional sanitario que decide sobre la asignación de recursos. Aquí se utiliza como sinónimo de profesional sanitario. De este colectivo, un 32 por 100 pertenecía al grupo clasificado como renta media/alta y un 11 por 100 al clasificado como renta media/baja.

(7) Véase, en este punto, J. Rovira Fornis: comunicación presentada a las VI Jornadas de Economía de la Salud, Valencia, 1986.

(8) A. Williams (1987).

(9) Es difícil establecer un patrón de medida respecto a la participación deseable del gasto sanitario en el PIB. Los factores demográficos, la renta, las diferencias en los precios y la densidad de población, entre otros, son factores que afectarían al nivel relativo de gasto.

(10) Ministerio de Sanidad y Consumo (1985), para la estimación del gasto en España. Costas y Rovira (1984), para el gasto en el municipio de Barcelona.

(11) Probablemente, esta participación relativa ha crecido, ya que algunas diputaciones, a las que en 1980 correspondía aproximadamente el 6 por 100 del gasto público sanitario, como consecuencia de la futura absorción de sus servicios sanitarios por las CC.AA., están restringiendo su gasto en una medida muy importante.

(12) Salvo los que pudieran incluirse en el padrón de beneficencia municipal.

(13) Corresponden a las edades con menor utilización del sistema sanitario.

(14) Los cambios en los sistemas de contabilización realizados por el INSALUD pueden debilitar esta conclusión.

(15) Se ha optado en este caso por entender como hospitalario el llamado gasto institucional. No es posible realizar comparaciones exactas entre países de la OCDE, ya que la clasificación del gasto en institucional, ambulatorio, farmacia y otros, reviste contenidos distintos según la estructura de servicios de cada país.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABEL-SMITH, (1984): *L'expérience de douce pays européens en matière de contrôle du coût des soins de santé (1977-1983)*, Commission des Communautés Européennes.

ALBET, J., y PUIG, J. (1987): «Financiación y reforma de la asistencia primaria en España», *Gaceta Sanitaria*, noviembre-diciembre.

ARROW, K. J. (1963): «Uncertainty and the Welfare Economic of Medical Care», *American Economic Review*, n.º 5, págs. 941-973.

COSTAS, J. C. (1988): *El finançament dels serveis sanitaris transferits per la Seguretat Social*, Institut d'Estudis Autònoms, Barcelona (en prensa).

— ROVIRA, J. (1984): «La despesa sanitària en el municipi de Barcelona l'any 1980. Proposta de metodologia. Generalitat de Catalunya-Ajuntament de Barcelona».

— GONZÁLEZ, J., y SOLER, C. (1985): *El proyecto de Ley General de Sanidad*, Instituto de Estudios Económicos, Colección Informes, Madrid.

EASTERBROOK (1987): «La medicina gestionada», *Papeles de Gestión Sanitaria*, n.º 6, Ministerio de Sanidad y Consumo.

EINTHOVEN, A. (1987): *The Economist*, n.º 27, junio.

EVANS, R. (1974): «Supplier Induced demand, some empirical evidence and implication», en M. Perlmann (ed.), *Economics of health and Medical Care*, McMillan, Londres.

KERVASDOUE, J. de (1987): «Croissance et Régulation des Dépenses de Santé: de l'Administration des Institutions de Soins à la Gestion des Populations», en *Systèmes de santé, pouvoirs publics et financers: qui contrôle quoi?*, La Documentation Française, Paris.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1984): *A Budget-Based Contract for Improving Efficiency in the Hospital Sector*, Universidad de York, 1984.

— (1985): «Gasto público y proceso presupuestario: el caso de la financiación de los hospitales», *Presupuesto y Gasto Público*, número 25.

— (1986): «Perspectiva 2000: ¿es posible la des-aceleración del gasto sanitario?», *Jano*, diciembre, vol. XXI, número extraordinario.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1985): *Coste económico del sistema sanitario español*, Madrid.

NEWHOUSE, J. P. (1987): «Cross National Differences in Health Spending: what do they mean?», *Journal of Health Economics*, n.º 6, pág. 160.

OCDE (1985a): *La Santé en Chiffres 1960-1983*.

— (1985b): *Dépenses Sociales 1960-1990*.

— (1987): *Financing and Delivering Health Care*, Paris.

PÉREZ DÍAZ, V. (1982): «Médicos, administradores y enfermos: la calidad de la asistencia sanitaria», *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, número 12/13.

POULLIER, J. P. (1987): «Evolution des Dépenses de Santé: Comparaisons Internationales», en *Systèmes de santé, pouvoirs publics et financers: qui contrôle quoi?*, La Documentation Française, Paris.

THUROW, L. (1984) «Learning to say no», *New England Journal of Medicine*, n.º 311, págs. 1569-1572.

WILLIAMS, A. (1987): «Health Services Management», Universidad de York (mimeo).

ANEXO

LA CONSIDERACION DE LOS INCENTIVOS EN LA REFORMA DE LA ASISTENCIA PRIMARIA

La reforma de la asistencia primaria ha sido observada en los últimos años como el objetivo más importante a la hora de racionalizar y mejorar el conjunto de la asistencia sanitaria pública. Ello ha sido y es así debido a que este nivel de asistencia es la entrada natural de los pacientes al sistema e influye, de forma extremadamente importante, tanto en el gasto en farmacia como en el gasto hospitalario.

Como es bien conocido, el nivel primario de asistencia es el que en estos momentos tiene un nivel de aceptación más bajo. Ello responde al muy reducido nivel de calidad que tiene esta asistencia, debido a la congestión de los ambulatorios y a la falta de incentivos de los profesionales sanitarios. La solución adoptada consiste en la formación de equipos sanitarios —equipos de atención primaria, básicamente— constituidos por médicos generalistas, pediatras-puericultores, odontólogos-estomatólogos, psicólogos, ATS y asistentes sociales. Así, mediante la prolongación del horario laboral y el trabajo en equipo, se cree que será posible una atención sanitaria integral, que mejorará el nivel asistencial y además reducirá la asistencia hospitalaria.

No cabe duda de que el planteamiento es correcto, hallándose en línea con las directrices de la OMS, y es posible que se obtuvieran los resultados deseados si se instrumentara debidamente. Ahora bien, también es posible que la reforma se haya planteado sin considerar suficientemente las motivaciones de los actuales profesionales sanitarios.

En la actualidad, los médicos generalistas «de cupo» perciben salarios que aproximadamente alcanzan las 180.000 pesetas mensuales, con un horario teórico de trabajo de, como máximo, dos horas y media diarias. Este horario permite la existencia de otras actividades sanitarias en el sector privado y, en ocasiones, en el público. Sin embargo, no se debe olvidar que algunos de estos profesionales

realizan actividades en los hospitales sin percibir remuneración directa alguna.

La cuestión que ahora se puede plantear es si con elevaciones de salarios muy reducidas será aceptada la prolongación del tiempo laboral a 30-36 horas semanales, en especial si se considera que en algunas ocasiones la constitución de los equipos de atención primaria se está realizando sin poner a su disposición los medios materiales complementarios a la prolongación del horario (*). En el momento actual, existe un cierto nivel de desocupación entre los profesionales sanitarios que se produce, en su práctica totalidad, en el periodo inmediatamente posterior a la finalización de la licenciatura. Es posible que los profesionales sanitarios que se hallan en la situación descrita se integren en los equipos de atención primaria durante un cierto periodo de tiempo. Sin embargo, es dudoso que, una vez adquirida la experiencia necesaria, deseen permanecer en esa situación.

Los resultados que se han obtenido hasta ahora de este aspecto de la reforma de la asistencia primaria son aún preliminares, pero permiten afirmar que muy pocos profesionales con experiencia superior a cinco años están realizando sus funciones en la forma pretendida por la Ley. Además, la dificultad en la constitución de los equipos de atención primaria se va haciendo cada vez mayor conforme la reforma se implanta en las zonas menos propicias.

El problema no tiene una solución fácil, ya que no es posible obtener los resultados deseados si no se dirige hacia este sector asistencial una importante dotación adicional de recursos, sin que, por otro lado, exista ninguna garantía de que se producirá un descenso en los costes de la asistencia hospitalaria.

(*) Se ha calculado un 15 por 100 de crecimiento de gasto como coste de la reforma, incluyendo el aumento de pruebas de diagnóstico (Albet y Puig, 1987).

Por otra parte, se está llevando a cabo el llamado proceso de «integración de los especialistas» en los hospitales, lo que supone trasladar un buen número de médicos especialistas que hoy prestan sus servicios en los ambulatorios a los hospitales. Los efectos pretendidos por esta reforma son evitar las duplicaciones que existen de servicios de esta asistencia primaria especializada con los mismos servicios hospitalarios.

Es posible que, a medio plazo, la integración suponga un descenso en el gasto, pero también puede tener otras consecuencias. En primer lugar, una elevación de los salarios de los especialistas integrados, ya que los salarios de los hospitales son más altos que los existentes en los ambulatorios. En segundo lugar, y con muy superior importancia sanitaria o económica, la integración «da entrada» en el hospital a algunos pacientes cuyo caso se resolvía en el nivel primario, lo que probablemente producirá un mayor uso de los servicios de apoyo al diagnóstico —radiología y laboratorio— y un mayor número de internamientos. En el mismo sentido, se añade la opción que se da al médico generalista de ofrecer a un paciente una atención más completa, y que puede ser ejercida tanto por motivaciones éticas como por descontento con el sistema sanitario. Las consecuencias sobre el gasto parecen claras, si bien también es posible una mejora del nivel asistencial.

El proceso global de reforma de la asistencia primaria realmente tiene un buen nivel de coherencia interna, en especial al observar la situación existente. Como se anotó con anterioridad, la retribución del personal médico —al que debieran unirse los ATS de zona— se realiza mediante una cantidad fija y otra proporcional al número de cartillas (no personas) que tiene asignado. Al propio tiempo, en las ciudades este personal presta un servicio, no en una consulta propia, sino en las instalaciones de la seguridad social,

sometido al horario anteriormente mencionado.

Por tanto, la retribución es de tipo salarial, pero con diferencias según el número de cartillas. Por lo que respecta al tiempo de trabajo necesario para atender a la población asignada, se debe señalar que depende del número de personas que incluyan las cartillas y del uso que efectúen estas personas de los servicios de la seguridad social, lo cual depende claramente de la calidad del servicio percibido y de la existencia de otros tipos de seguro, es decir, del nivel de renta. La consecuencia es, por ejemplo, consultas de pediatría sin prácticamente pacientes que atender, mientras otras deben realizar 40 consultas y despachar recetas. Realmente no parece un sistema muy justo ni eficiente.

La alternativa a la reforma basada en los equipos de atención primaria pudiera haberse centrado en crear un sistema de elección de médico al que se le retribuyera por acto médico o por capitación, pero ejerciendo su actividad en la consulta propia del médico.

De haberse adoptado esta línea, semejante a las existentes en Francia, Holanda, RFA y Canadá, entre otros países de la OCDE, pudieran haberse producido un conjunto de consecuencias que tenderían a incrementar el gasto, tanto en el nivel primario como en el hospitalario. Como es bien sabido, los sistemas de pago por acto médico tienden a multiplicar tanto el número de actos como el uso de analítica y radiología. Por otra parte, los sistemas de capitación —como el existente— tienden a multiplicar la remisión de enfermos a los hospitales, un hecho que se habría reforzado por la fragilidad actual de los sistemas de admisión en los hospitales propios. En consecuencia, otra línea de reforma hubiera podido comprometer el objetivo de contención del gasto.

En resumen, la asistencia primaria es hoy la vertiente menos conseguida del sistema de asistencia del INSALUD. Incrementar el nivel asistencial comporta, a su vez, un incremento del gasto que es inseguro que se vea compensado por un descenso en el gasto hospitalario o de farmacia. Por otra parte, una reforma sin recursos parece condenada al fracaso. La difícil solución pasaría, desde el punto de vista sanitario, por una mayor dotación de recursos o por una reforma de todo el sistema, incluidos los hospitales propios.