

# EL INFORME «ABRIL» DE REFORMA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Guillem LOPEZ I CASASNOVAS

## INTRODUCCION

**N**O cabe duda de que en el sistema sanitario público se acumulan hoy algunos de los factores más decisivos para el crecimiento que en el futuro pueda tener el gasto público. Al fuerte impacto social del gasto sanitario —tantas son las tensiones que en el sistema sanitario se concentran (1)— se le añade la complejidad de su dispositivo institucional (2) y el elevado número de agentes que desarrollan su actividad en el sector. De ahí el predominio de las inercias en la vida de las organizaciones sanitarias, inmersas en una cultura, en general, hostil al cambio.

El *Informe Abril Martorell de Reforma de la Asistencia Sanitaria* ha constituido, en este sentido, el primer simulacro de cambio de la sanidad pública española. Simulacro, debido a que su presentación ha supuesto uno de los acontecimientos más desafortunados de lo que es el (escaso) *marketing* social existente en el sector público (3) y al, hasta hoy, consiguiente rechazo del que parece ser objeto. Ambos factores no permiten ser optimistas sobre la plasmación que en textos legislativos puedan tener las recomendaciones del *Informe*.

Sin embargo, como se argumentará en esta nota, y desde posiciones de defensa de la sanidad pública, el peor de los resultados es hoy, probablemente, su rechazo. En efecto, independientemente del contenido del *Informe*, suministrar, como se ha hecho, una señal de cambio al sistema, para dejar después que sea engullida por los intereses presentes en el sector, no sólo no tiene un efecto neutro respecto de la cultura existente en nuestras instituciones sanitarias, sino más bien un efecto contraproducente, ya que revalida la po-

sición del actual *statu quo* y fortalece la oposición al cambio. Sólo por ello resulta quizá necesario implantar hoy algún tipo de medidas que ratifiquen la voluntad política de emprender el camino de la reforma de la sanidad pública.

Para ello, como se analiza más adelante, las medidas que más garantía ofrecen, para un objetivo que resulte coherente con la realidad del sistema público español, son las relativas a la reforma organizativa. Al margen de que muchas veces esta vía de abordaje se presente como más simple —al afectar a las estructuras de gestión más que directamente a los intereses de las partes (4)—, no es menos cierto su carácter de condición necesaria para el cambio deseado.

En el campo de la gestión, existe, además, un amplio consenso entre los economistas de la salud acerca de los cambios necesarios. No sorprende, por ello, que los criterios de cambio propuestos se inscriban en la gran corriente de reformas, iniciada en Gran Bretaña y seguida por Holanda y Suecia, que intenta dar un mayor protagonismo al usuario de los servicios en la asignación de los recursos sanitarios (5). Dicha constatación parece dar la solidez conveniente a las alforjas del necesario viaje que ha de emprender hoy la sanidad española.

En resumen, la aportación del *Informe Abril Martorell* supone, como mínimo, la propuesta de un inicio de cambio cultural, de creencias y concepciones, sobre el papel del sector público en la economía (6). La valentía mostrada por la Comisión, poniendo sobre el tapete las implicaciones de dicho cambio en la política pública, merece, por ello, una valoración positiva. Otra cosa, como se verá, es que se comportan todas y

cada una de las medidas concretas que propone el *Informe* como reflejo de aquellos principios inspiradores.

En las páginas que siguen se examina, primero, el contenido básico del *Informe*; se critican, después, las lagunas que éste contiene, a la vista de la teoría y la realidad en la que se inscriben las medidas propuestas; y, finalmente, se ofrecen algunas orientaciones que darían más consistencia, a nuestro entender, a los cambios que se estiman necesarios para nuestro sistema sanitario.

## CONTENIDO DEL INFORME. LAS PROPUESTAS CONCRETAS

La proposición no de ley de 13 de febrero de 1990, que da pie a la denominada Comisión «Abril Martorell» (en razón de quien la preside), justifica el mandato parlamentario en la necesidad de «analizar la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en relación con la calidad, equidad y eficiencia» y de «revisar dicho Sistema y las tendencias de su entorno cara al momento actual y futuro». Como consecuencia de su aprobación en el Congreso de los Diputados, se constituye una comisión, estructurada en subcomisiones específicas, y se consulta a expertos, a efectos de valorar las opiniones existentes sobre los distintos aspectos de organización y financiación sanitaria que son objeto del mandato.

Pese a que el *Informe* adolece de una evidente falta de sistemática, es posible sintetizar las propuestas que, no por el hecho de que figuren en el apartado de recomendaciones, sino por la mayor concreción que suponen, reflejan en mayor medida su contenido.

### Aspectos de gestión

El esquema de los cambios organizativos propuestos se basa en:

1. *Separar la financiación pública del suministro de servicios*. En estos servicios se ofertan en régimen de

prestación pública y privada, siendo demandados por el Área de Salud, como Agente del Servicio de Salud. Este es el eje principal de la reforma propuesta para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario español.

2. *Rediseñar la dimensión de las áreas de salud* para que puedan cumplir su función de «compradores» de servicios del sistema y responsabilizarse de la ejecución presupuestaria. Su redimensionamiento no debiera de sobrepasar, en ningún caso, el límite provincial.

3. *Tratamiento diferenciador de las desviaciones presupuestarias.* Estas desviaciones se habrán de financiar, en primera instancia, a través del endeudamiento público específico, ya sea a nivel general o a escala de la unidad de provisión que haya incurrido en dicho déficit; y, a medio plazo, subsanarse a través de la aportación del sistema fiscal general y de las cotizaciones de la seguridad social, en la parte alicuota de responsabilidad correspondiente. Alternativamente, se recomienda que su financiación se desplace a la participación directa del usuario hasta recuperar el equilibrio financiero.

4. *Conversión de los hospitales y otros centros de servicios sanitarios en sociedades estatales sometidas al derecho privado.* Bajo la nueva configuración jurídica, dichos centros se habrán de subrogar en las obligaciones (de personal y contratos de terceros, principalmente) que tuviera la antigua unidad.

5. Establecimiento de *medidas que refuercen la capacidad de gestión de la dirección de los centros*, introduciendo elementos de mayor autonomía y flexibilidad, y un sistema de intervención *ad hoc* que permita recuperar grados de eficiencia.

6. En lo que se refiere especialmente a la *política de personal*, el director del centro al que estuviera adscrita la plantilla deberá recuperar del Insalud, o Servicios de Salud de las comunidades autónomas, las facultades estatutarias de recompensa y sanción. La dirección del centro

tendrá, de este modo, la capacidad de convenir con el personal la parte complementaria de las retribuciones, siendo ésta objeto de negociación colectiva de tipo laboral. La parte básica de la retribución y la carrera profesional continuarán dependiendo de los servicios centrales o autonómicos. De este modo se deja fuera de convenio a determinadas categorías de personal, dada su especial responsabilidad, y se personaliza en mayor medida la política retributiva. Para ello, se consolida un sistema de remuneración con una parte fija y una parte variable. Se separan igualmente las responsabilidades jerárquicas de las de promoción profesional, la cual permanece ligada al individuo más que a los puestos de trabajo desempeñados.

Para el personal de nuevo ingreso, la *contratación* se realizará directamente *por la dirección del centro* del modo establecido por la legislación laboral. Una agencia ajena a la propia institución habilitaria y acreditará previamente a los candidatos.

Los gestores de cada institución habrán de asumir, en coherencia con la autonomía de gestión de la que disfrutan, todos los efectos que se deriven de la política de personal basada en la *diversidad de retribuciones* según tipo, cantidad y calidad del trabajo realizado.

7. La Comisión aboga en favor del *establecimiento*, para una mejor evaluación de la gestión, de *fondos presupuestarios específicos para la consecución de objetivos concretos*, tales como la prevención y promoción de la salud, o en relación a las prestaciones más propias de la atención social dentro de los presupuestos sanitarios.

8. El Informe propone el *establecimiento de sistemas de información que permitan la evaluación por comparación* y la revisión de prácticas por parte de iguales (*peer review*) de manera sistemática.

9. Se reserva a los servicios centrales la *regulación de las condiciones de solvencia financiera y acreditación de la asistencia sanitaria*

*privada*, actualizando para ello la normativa vigente (7).

10. Se favorece el *reforzamiento de la contratación externa con el sector privado* de modo previo a la creación de nuevos servicios, y tras analizar la imposibilidad de reasignar recursos ociosos dentro del propio dispositivo público.

11. Se propone la *definición de plazos en términos de tiempo de espera* por tipo de servicios, sobrepasados los cuales la espera se consideraría inadecuada y afectaría, como un factor más, a la calidad del servicio. A la vez que ello «objetivaría el agobio o grado de insatisfacción» del usuario, abriría las puertas a sistemas de penalización que forzasen la prestación del servicio fuera del área suministradora y con cargo a los presupuestos de ésta.

## Aspectos de financiación

En lo que atañe a la financiación de la asistencia sanitaria, la Comisión recomienda las medidas siguientes:

1. *Incentivar el desarrollo del capítulo «otros ingresos».* Estos podrán nutrirse con la facturación de los servicios que no formen parte del sistema (que no constituyen prestaciones básicas) o prestaciones opcionales, u otros servicios que exijan participación directa del usuario en los costes. Dichos ingresos permanecen, consecuentemente, a *disposición del propio centro*.

2. *Reforzar la política de precios* de servicios hoy deficientemente facturados, como en el caso de los servicios relativos a los accidentes de tráfico con seguro de automóvil, enfermos con seguro sanitario privado y flujos asistenciales entre distintas comunidades autónomas.

3. *Emisión de una factura «sombra»* del coste de la prestación efectuada, con indicación de la aportación pública a dicho coste y firma del usuario.

4. *Extensión de la participación del usuario en el coste farmacéutico* —y en su caso, con condiciones, eli-

minación de la actual exención en favor de los pensionistas—, con el objeto de limitar la sobreprescripción y el consumo exagerado de fármacos (8).

5. *Mantenimiento de la aportación de la seguridad social a la sanidad* y, en la medida de lo posible, desagregándola por tipos de contingencias, de forma que los cotizantes perciban con más claridad el coste de las distintas prestaciones. «En ningún caso —indica el Informe— conviene reducir el nivel actual de la aportación de las cotizaciones de la seguridad social y el de otros ingresos».

6. *Financiación territorial del gasto sanitario basada en criterios per cápita corregidos*, estableciendo un fondo de nivelación interterritorial para paliar las diferencias existentes en lo relativo a inversiones y dotaciones iniciales.

7. Como veíamos en el punto 3 relativo a los aspectos de gestión, la Comisión propone, por último, la *financiación de los déficit a través de endeudamiento específico del Sistema Nacional de Salud*, para ser atendidos después por los financiadores en la parte alicuota de sus presupuestos iniciales.

## ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS

La propuesta de reforma pretende introducir en el sistema actual de salud una mayor preocupación en el dispositivo sanitario por la calidad de las prestaciones, valoradas éstas en términos de satisfacción del paciente, usuario del sistema público. Dicha satisfacción se supone vinculada hoy a determinados cambios en el contenido de la prestación (trato humano, atención a los detalles, confort, etc.) y a la posibilidad de mayores grados de elección entre proveedores sanitarios. Desde esta óptica, el Estado de bienestar reorienta su actuación en la economía, perdiendo predicamento dirigista y adoptando sensores de las aspiraciones colectivas que tiende a satisfacer.

El informe diagnostica los problemas de gestión de la sanidad pública (incapacidad de conseguir los objetivos anteriores) en cuanto a que el sistema: 1) carece de una visión global y empresarial de servicio; 2) coarta más allá de lo necesario la libertad de elección de los usuarios, y 3) adolece de relaciones despersonalizadas y falta de información, ofreciendo un entorno escasamente confortable.

Las razones de que el *principio de servicio al usuario* no se refleje muchas veces en la atención personal, información y mejor trato a pacientes y familiares (el «cuidado por los detalles»<sup>6</sup> y «el generalizado tuteo al paciente») se atribuye al carácter burocrático del sistema.

Ello se debe al hecho de que en el Insalud, o en los servicios regionales de salud en su versión autonómica, concurren simultáneamente las responsabilidades de compra y suministro de servicios (salvo en el caso de los prestadores farmacéuticos). Esta acumulación de funciones, contrapuestas en el mundo mercantil convencional, junto a una muy escasa delegación de responsabilidades, impide responsabilizar a los numerosos actores cuyas decisiones determinan, en realidad, el cumplimiento o no de los objetivos sanitarios públicos.

En otras palabras, con la actual estructura organizativa, todas las tensiones normales a la prestación de un servicio se acumulan en el vértice de la pirámide, precisamente donde mayor es el peso de las soluciones político-administrativas y menor el componente empresarial. Los principios de actuación (en el marco del derecho público) que rigen el ejercicio de la autoridad son difícilmente capaces de suministrar el dinamismo y la agilidad necesarios hoy para la gestión de la asistencia sanitaria. Se reconoce con ello que el público puede servir a los aspectos de financiación y compra de servicios (dos de las funciones de las autoridades sanitarias), pero no para la gestión.

Si el objetivo se centra en servir mejor los intereses del usuario y el

diagnóstico de su no consecución en la actualidad se remite al carácter excesivamente burocrático del sistema, cabe ahora analizar si las medidas propuestas por el Informe promueven efectivamente un cambio de actitudes que vaya en dicha dirección, siendo capaces de respetar los objetivos de universalización y equidad que inspiran el sistema sanitario público. Como es sabido, la última de las cuestiones se remite al aspecto de «quién paga, qué, y a expensas de quién».

## Separación de funciones en la gestión del sistema

El Informe Abril construye su filosofía de cambio sanitario basándose en la literatura más reciente acerca de las reformas de los sistemas de salud (9), a veces incluso abusando de una terminología que se presenta como más ambigua que precisa.

Los dos principios básicos de estas reformas son, por un lado, profundizar en los sistemas de descentralización de las decisiones, acercándolas a quienes mayor sensibilidad puedan mostrar a los intereses de los usuarios. Dicha descentralización ha de resultar, por lo demás, compatible con la perspectiva de integración de servicios que caracteriza a los sistemas nacionales de salud. Por otro lado, se trata de fomentar, a través de los cambios organizativos, una gestión más empresarial dentro del hoy régimen administrativo de prestaciones sanitarias.

Ambos principios se reflejan, básicamente, en el criterio de separar las responsabilidades de los servicios centrales, financiadores de la actividad, de las relativas a la compra y suministro de servicios a los ciudadanos, y de la función de prestación-producción de los servicios sanitarios. Con ello se pretende identificar, y someter consecuentemente a distinta lógica, los medios de los que dispone la actuación pública, en cuanto a: 1) los intereses de tutela de la autoridad política (expresados en el estado de salud de la población como resultado de los recursos fi-

nancieros y de la actuación reguladora), y 2) los intereses correspondientes a proveedores con responsabilidades inmediatas en la gestión (para la que habrán de contar con instrumentos apropiados).

Los intereses del usuario se identifican, finalmente, en términos de efectividad clínica y calidad asistencial, para lo cual el usuario dispone de la posibilidad de otorgar su cuota de financiación sanitaria pública en favor de los proveedores que libremente elija.

El gráfico 1 intenta resumir las funciones básicas antes comentadas.

### Participación del usuario en la financiación del sistema

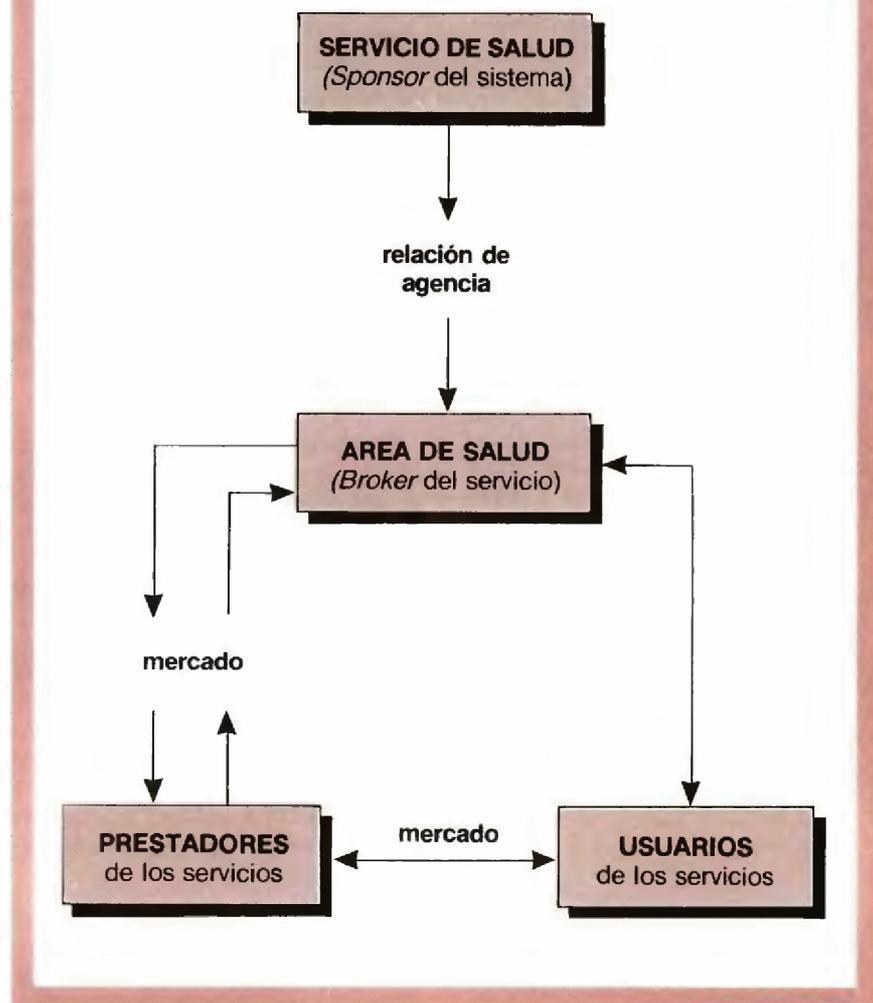
Por lo que atañe a la financiación, la Comisión Abril aboga por la utilización de instrumentos: *a)* que separen, en términos presupuestarios, los objetivos pretendidos (prestaciones asistenciales, sociales, de salud pública, etc.), y *b)* que complementen el nivel de financiación sanitaria pública con los recursos necesarios derivados de la participación del usuario. La mayor visualización de costes que inspira esta estrategia se apunta en el *Informe* más como cuestión de financiación (supuesto de demanda inelástica) que de racionalización del consumo sanitario.

### ALGUNOS COMENTARIOS CRITICOS

Pese a la valoración positiva expresada para el *Informe* en su conjunto, el texto adolece de varias lagunas y deficiencias.

En primer lugar, las referencias a cuestiones de salud pública y al desarrollo de la asistencia primaria son casi inexistentes. Esta es una omisión inexcusable si se quería evitar que el *Informe* se tildase de puramente «economicista» y «hospital-centrista», armas arrojadas ambas contra una determinada concepción de la economía de la salud. En segundo lugar, parece que hubiera sido más apro-

GRAFICO 1  
DIVISION DE RESPONSABILIDADES  
EN LA REFORMA ORGANIZATIVA PROPUESTA



piado mantener el *Informe* a nivel de principios, más sistematizados si acaso en favor de una mayor coherencia, sin entrar en el detalle de medidas concretas. La mezcla de ambos tipos de recomendaciones (genéricas y específicas) causa, en ocasiones, dudas, más que certeza, sobre lo que se pretende con la reforma.

Como ilustración del punto anterior, cabe referirse a las cuestiones de financiación que afectan al usuario, tema de polémica con el que se ha asociado mayormente la presentación del *Informe*.

Como es sabido, con el objetivo de que las decisiones del usuario incorporen en mayor medida los beneficios y costes que, en términos de recursos, comportan, la Comisión propone el pago por prestaciones que no se consideren básicas, la eliminación de la exención de pago de que gozan los pensionistas y el mantenimiento de la parte de financiación sanitaria proveniente del pago de cotizaciones a la seguridad social.

Las dos primeras medidas son directamente responsables del malestar generado por el *Informe* entre de-

terminados colectivos. Dicho descontento resulta poco justificado, ya que, en la práctica, la reforma no empeora ninguna situación que no exista ya en nuestra realidad sanitaria actual. En efecto, resultando impensable que las prestaciones básicas se definan por debajo de los niveles hoy ya alcanzados —dada la dificultad de efectos «marcha atrás» en los estándares sanitarios—, la crítica de vaciamiento y privatización del sistema sanitario queda fuera de lugar. Por lo que atañe a la extensión del *tiquet* farmacéutico a los pensionistas, hoy exentos, la Comisión acompaña la propuesta con un incremento de pensiones o un aumento de los gastos fiscales, buscando compensar por el lado de los ingresos lo que se pierda por el lado del gasto.

Sin embargo, la crítica a dichas propuestas es que ninguna de las medidas resiste un análisis coste/beneficio: tanto por la indeterminación de cuantías que representa el primer supuesto como por el aumento de la complejidad fiscal asociada al segundo supuesto.

En nuestra opinión, por lo tanto, se puede afirmar que las dos medidas anteriores, concernientes a cambios en la financiación, no parecen justificarse ni por su incidencia ni por su cuantía, por lo que cabe preguntarse si valía la pena entrar en su detalle, al coste de dejar potencialmente en entredicho otras medidas mucho más fundamentales.

Finalmente, en lo que atañe a la tercera de las medidas en el campo de la financiación, pretender que las cuotas de seguridad social, en su actual formato (dado el porcentaje del gasto que financian y la indeterminación de la asignación de la cotización), visualizan mejor que los impuestos las fluctuaciones futuras en los gastos sanitarios se nos antoja incierto (10). Su mantenimiento contradice, además, la clarificación financiera deseada en el ejercicio de la actividad presupuestaria pública.

En resumen, todo parece apuntar a que la Comisión se hubiera podido limitar a la recomendación genérica de que los poderes públicos favore-

cieran una más clara delimitación de los contenidos de la cobertura pública, y que se incentivara con ello el que los usuarios valorasen, marginalmente, los potenciales incrementos en nuevas prestaciones, al no resultar garantizado su suministro libre por parte del sector público: extremo este último que ya ocurre, de hecho, en la actualidad, sin necesidad, por ello, de pronunciamiento específico alguno.

### **ORIENTACION FUTURA DE LOS CAMBIOS NECESARIOS**

La configuración de la reforma pretendida requiere, a nuestro entender, y de acuerdo con los principios antes expuestos, un mayor análisis de la conexión de funciones, en el marco concreto de la Ley General de Sanidad, entre los diferentes responsables de las decisiones.

Ello exige que se profundice en la definición (objetivos e instrumentos) de los *servicios centrales* en su papel de: 1) garantes de la cobertura (nivel básico de prestaciones: efectividad y universalización); 2) centro compensador de los riesgos financieros de los distintos sectores sobre bases territoriales y de los centros sanitarios propios (grado de riesgo que se desea introducir en el sistema); 3) fondo financiador que haga compatible el gasto sanitario con los niveles apropiados de suficiencia financiera del sistema (de acuerdo con la elección social expresada en los niveles de fiscalidad generales); 4) ente determinante de los elementos de racionalización del gasto (en el reparto sectorial de los recursos disponibles, de acuerdo con el plan de salud de la comunidad, y 5) fiscalizador de la regulación básica en materia de acreditación y control de calidad (con costes de transacción mínimos).

Por su parte, los *entes territoriales sectorializados* se deberían configurar como «agentes» del financiador —o principal—, a similitud de lo que son los delegados territoriales de zona de esta especie de «gran mutua»<sup>6</sup> en la que se convierte al sistema nacional de salud.

Su función se ha de centrar:

A) *Cara al usuario*, en el suministro efectivo de los servicios; es decir, punto de contacto del usuario que expresa: a) la voluntad de mantener su «póliza» en el territorio en concreto —a la vista de las prestaciones que oferta el agente—, y b) la elección del prestador que el sector o área sanitaria le posibilita.

Una financiación intra-sistema basada en criterios capitativos, corregidos por factores de edad y sexo, puede resultar motivación suficiente para que se interprete, por parte del usuario y del gestor de zona, que los beneficiarios de decisiones más eficientes no implican menores recursos futuros para los beneficios de dichas políticas. Al contrario, el incentivo debiera consistir en posibilitar la aplicación del excedente —en todo o en parte— a variaciones en la cobertura que complementen las prestaciones básicas y/o confort en los niveles asistenciales, quizás sin necesidad de exigir de contribución alguna en su financiación por parte de los usuarios. La participación en resultados (y, de este modo, la ruptura de la uniformidad en las prestaciones por encima de los niveles básicos) se puede ofrecer como contrapartida a la autonomía en la gestión (en busca de una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios), capaz de motivar una mayor concienciación de los usuarios.

B) *Cara a los prestadores*, ya sean éstos entes públicos o privados —en cualquier caso, acreditados por los servicios centrales, a quienes corresponde el control de calidad—, la gerencia de zona se convierte en «comprador» independiente de servicios sanitarios.

Los prestadores —centros o unidades de provisión— han de contar para ello con la autonomía de gestión que les permita competir por cuotas de mercado adicionales, pudiendo para este propósito: 1) contratar el personal a su servicio fuera de las actuales condiciones estatutarias (laborales, en su caso) y determinar la política salarial que se estime en cada

momento oportuna; 2) establecer libremente la política de precios de los productos sanitarios de manera acorde con los costes y la rentabilidad de activos requerida, y 3) definir la estrategia de negocio que se estime más conveniente dentro del marco en el que se establecen las relaciones sanitarias.

Los *usuarios*, finalmente, se deben convertir en guía de las decisiones de los agentes en lo que atañe a: 1) la posibilidad de elección de su prestador sanitario de entre los que oferta la gerencia de zona. Fuera de este supuesto, todo parece indicar que algunas medidas de co-pago por parte del usuario tendrían que informar los costes asociados a las decisiones, cuando éstas supusieran la solicitud de prestaciones provenientes de proveedores fuera de la oferta preferencial que la gerencia de área haya podido establecer, y 2) la posibilidad de elección de aquel suministrador que haya mostrado decisiones más sensibles a las necesidades o preferencias del usuario, pudiendo para ello proceder al traslado territorial de «su póliza», incurriendo de este modo, si es necesario, en un coste mayor de acceso a los servicios. La «complicidad» del usuario en la búsqueda de las alternativas de provisión más eficientes se plantearía en términos, como veíamos, de la aplicación de los excedentes ganados por el colectivo a la ampliación de los contenidos sanitarios cubiertos —por encima de los niveles básicos— o a la mejora de la hostelería sanitaria.

## CONCLUSION

Tal como apuntábamos al principio, el *Informe Abril Martorell* de reforma de la sanidad española supone el primer toque de atención acerca de la necesidad de la introducción de cambios en el sistema sanitario público y, si se nos permite, en la gestión pública en general.

De manera lúcida, la Comisión ha puesto sobre la mesa un certero diagnóstico de los problemas que aquejan a la gestión sanitaria pública. Con

menos fortuna, a nuestro entender, ha abordado las cuestiones de financiación en el supuesto escenario de una potencial creciente inadecuación entre las necesidades sanitarias y el esfuerzo fiscal que la sociedad esté dispuesta a asumir para la financiación de los servicios colectivos.

La filosofía del cambio sanitario reflejada en el *Informe* se fundamenta hoy en una amplia base de opinión entre los expertos de la economía sanitaria en torno a los cambios posibles: consenso que no se produce, desafortunadamente, para las cuestiones de financiación. En ambos casos, la valentía política del *Informe* de la Comisión cuenta con el aval de los estudios recientes que revisan el papel del sector público en la economía. Pese a lo anterior, cerrar con sensatez el diferencial hoy existente entre teoría y realidad no va a resultar tarea fácil, aunque el camino emprendido bien merece, creemos, el mayor de los esfuerzos por parte de los economistas.

## NOTAS

(1) Las tensiones referidas pueden ilustrarse a través de las siguientes cuestiones: ¿debiera extenderse acaso la cobertura sanitaria pública a las técnicas de fecundación artificial sin más restricción entre todos los ciudadanos?; ¿han de plantearse limitaciones en el costosísimo tratamiento AZD a los enfermos de SIDA?; ¿ha de suplir el dispositivo sanitario la prestación social que supone para los enfermos terminales —por ejemplo, de SIDA por drogadicción— o crónicos que son rechazados por sus familiares, manteniendo su internamiento pese al alto coste por estancia que representa todo ingreso en centro hospitalario?; ¿qué criterios se han de seguir con respecto a la política de trasplantes o a determinados tratamientos de cáncer, fuera de la cobertura que ofrece el sistema en la actualidad, de elevado coste e incierta efectividad?

Estas son algunas de las cuestiones que requieren una racionalización en sus respuestas y que, sin embargo, en la aplicación de éstas a los casos concretos supondrán, previsiblemente siempre, un fuerte impacto social.

(2) De acuerdo con Mintzberg, dichas instituciones podrían catalogarse como organizaciones «complejas», a la vista de la interacción entre criterios sanitarios, formas organizativas, origen de los recursos financieros y comportamiento de los individuos, lo que dificulta cualquier predicción sencilla en el análisis de su actividad.

(3) Cabe destacar que su recepción ha provocado comentarios que apenas se corresponden con la realidad del *Informe*. En este sentido, las reacciones de los agentes con intereses profesionales dentro del sistema sanitario resultan de difícil comprensión a la vista de la práctica que ha motivado, hasta el presente al menos, su actuación dentro del sistema sanitario público.

(4) No quiero dejar de apuntar aquí una cierta cautela por el peligro que supone la utilización de grandes propuestas de reforma como «placebo» ante los errores del presente, bajando la guardia a la gestión más cotidiana de los recursos sanitarios. Una propuesta de reforma del sistema no ha de suponer, en efecto, un abandono de las políticas de mejora de prestaciones que se pueden acometer a partir de los instrumentos de los que se dispone en la actualidad, sin necesidad de cambio estructural alguno, como es el caso del mayor control de prescripciones farmacéuticas, la implantación de centros de salud o la instrumentación de políticas presupuestarias rigurosas.

En este sentido, y como ejemplo, vale la pena recordar que, a la vez que el *Informe Abril* habla de presupuestación «suficiente y realista» en el sector sanitario, no deja de ser descorazonador que el proyecto de presupuesto para la sanidad, aprobado por el Consejo de Ministros para 1992, venga a suponer un crecimiento nominal efectivo, sobre la liquidación prevista para el ejercicio en curso, del 3,5 por 100 aproximadamente. Dicha cifra, que proviene además de una infravaloración, creemos que consciente, del gasto farmacéutico —tanta es la disparidad

del error registrado año tras año (cerca del 50 por 100)—, resulta inferior al propio crecimiento de la nómina sanitaria y, por tanto, es poco creíble para sus destinatarios. Los gestores del sistema ya conocen el recurso a las ampliaciones de crédito y al crédito extraordinario, por lo que la restricción presupuestaria resulta laxa.

Difícilmente puede considerarse, por tanto, que, más allá de las buenas palabras de la Comisión, se haya optado por la seriedad en la práctica presupuestaria de la administración sanitaria.

(5) En este sentido, la Comisión Abril se alinea con la traducción de dichos cambios a la realidad española, de modo similar a lo que propuso en su día, con carácter pionero, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, aprobada por el Parlamento de Cataluña el 14 de junio de 1990 con el apoyo de la práctica totalidad de los grupos políticos.

(6) Un análisis de los contenidos que adopta dicha revisión se detalla en G. LÓPEZ, «La revisión del papel del sector público en la economía», *Revista de Economía*, n.º 9, Consejo General de Colegios de Economistas de España.

(7) Parece exagerado, en este punto, el reconocimiento de culpa que hace el *Informe* sobre la situación de la asistencia sanitaria privada («la política de conciertos ha sido inestable y restrictiva»). El fantasma del capitalismo corporativo aparece de nuevo: «Han faltado ayudas para la modernización del sector sanitario privado... El SNS lo ha considerado de modo subordinado y marginal, produciendo efectos ne-

gativos en términos del subdesarrollo del sistema». Sin embargo, no aparecen medidas concretas, más allá de las comentadas en el texto. Nótese, en todo caso, que la dinámica presente ha supuesto, de hecho, una disminución del peso del gasto sanitario privado en el PIB (en torno a un 12 por 100 entre 1982 y 1991).

(8) En el caso de pensionistas institucionales, dice el *Informe*, «sería requisito indispensable incrementar la pensión en análoga cuantía de forma simultánea, ya que el objetivo de la medida no tiene carácter recaudatorio, sino de concienciación del coste y eliminación del fraude». A ello cabe añadir la recomendación de que «la participación de los usuarios debiera ser minoritaria en el pago de los servicios. Las cantidades serían, en principio, casi simbólicas y dirigidas principalmente a aumentar la percepción de los costes...».

(9) Una descripción detallada de éstas se puede encontrar en G. LÓPEZ, «La reforma de los sistemas nacionales de salud», libro de las IX Jornadas de Economía de la Salud, AES, Barcelona, 1989.

(10) En lo que atañe a las cuestiones de financiación territorial incluidas en el *Informe*, un análisis de la incompatibilidad del mantenimiento del objetivo de generalización de los procesos de traspaso de competencias sanitarias y la financiación capitativa puede encontrarse en el recuadro, en este mismo número y del mismo autor, «La financiación autonómica de la sanidad: entre lo humano y lo divino».