

ECONOMÍA DE LA SALUD

Perspectivas económicas de una necesidad social

Dentro del moderno debate sobre la dimensión y racionalización del denominado Estado del bienestar, pocos temas han atraído tan poderosamente el interés de los economistas y hacendistas como el relativo a la economía de la salud en un amplio sentido, que abarca tanto el campo estrictamente sanitario como el relativo al gasto farmacéutico que implica.

La sanidad, considerada como uno de los ejemplos paradigmáticos de «necesidad preferente» en los avances teóricos de Economía del Sector Público, se sitúa con potencia en la órbita de las prestaciones sociales de las instituciones públicas, de forma que en un país medio, como es el caso de España, el gasto sanitario representa en torno al 6 por 100 del PIB, y algo más del 12 por 100 de los gastos no financieros del conjunto de las administraciones públicas.

Con esa dimensión importante, al menos en términos relativos, no es sorprendente que la economía de la salud haya generado una amplia producción científica sobre una pluralidad de aspectos, que incluyen temas tales como la relación entre sanidad pública y equidad, la elección entre provisión y producción pública de los servicios sanitarios, la gestión eficiente y el control del gasto sanitario, y de las instituciones y establecimientos públicos que los dispensan. Nadie discute las mejoras técnicas que la calidad de la sanidad pública española ha experimentado; a veces, las críticas de los economistas han sido mal interpretadas y tildadas, por los intérpretes del quehacer sanitario público, de carentes de sensibilidad hacia un esfuerzo de mejora cuyos logros alcanzan a una inmensa mayoría de ciudadanos.

Es evidente que en un país preocupado por controlar el crecimiento excesivo del gasto público y por mejorar la racionalidad presupuestaria, las cuestiones antes planteadas tienen, además de un indudable atractivo intelectual, un claro valor práctico. Sobre todo, teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población española —que, en parte, se debe a los propios éxitos del sistema sanitario—, del que se derivarán presumiblemente demandas crecientes de servicios de salud, cuyas prestaciones se concentran, por obvias razones, en las fases más avanzadas del ciclo vital. Demanda creciente que tiene una segunda raíz en el avance que, en la moderna sociedad española, está experimentando la medicina preventiva

para anticiparse convenientemente a los efectos de la enfermedad mediante una adecuada detección precoz y un tratamiento adecuado

Seguramente es ésa la razón de que la III Asamblea anual de la Asociación Española de Economía Pública (AEP) —que preside el profesor **Fuentes Quintana**, y que aglutina a un amplio colectivo de profesores de Hacienda y Economía del Sector Público de las facultades de Ciencias Económicas de la Universidad española—, celebrada los días 18 y 19 de diciembre de 1997, dedicara una parte sustancial de su contenido académico al análisis económico de la sanidad, con una óptica amplia en cuanto a sus áreas temáticas, y con una preocupación por el carácter aplicado —no exclusivamente conceptual— de las investigaciones aportadas. En el seno de la AEP existe una doble idea que ha alcanzado un elevado grado de consenso: los trabajos de la Asociación deben discurrir sobre temas que contribuyan a mejorar los problemas que aquejan a la población española y, en segundo lugar, los trabajos científicos deben siempre publicarse para someterse al contraste de la crítica y de la opinión ajena.

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA se ha brindado, una vez más, a ser vehículo de difusión de las principales contribuciones a la citada Asamblea de la AEP. Tras el inevitable proceso de edición, que en esta ocasión ha supuesto no sólo el recabar la versión escrita de ponencias y comunicaciones, sino su actualización y complemento, especialmente en áreas de indudable interés que no pudieron ser abordadas en la Asamblea, el lector encontrará en este número de PAPELES un parte actual y completo de los temas que hoy preocupan a los estudiosos de la economía de la salud. Es preciso en este punto dejar expresa constancia de la gratitud de la Fundación de las Cajas de Ahorros al Profesor **Guillem López i Casanovas**, catedrático de la prestigiosa Universidad Pompeu Fabra, que ha asumido la difícil tarea de coordinar el presente número, como también lo hizo en la propia sesión académica de la Asamblea de la AEP que se ocupó de este relevante tema.

El número se presenta dividido en cuatro amplias secciones, en las que se agrupa el conjunto de colaboraciones que lo integran: la primera se ocupa del gasto sanitario y su evolución en España; la segunda se centra en el análisis de las prestaciones farmacéuticas; la tercera se dedica a los sistemas de evaluación de las políticas sanitarias, así como de su gestión, para concluir con un cuarto apartado que analiza algunos temas que, por su actualidad y carácter polémico, permanecen abiertos al debate científico y a la confrontación de opiniones fundamentadas.

En suma, el lector tiene en sus manos un conjunto de trabajos que evalúan diversos aspectos del sistema sanitario español. La sanidad española se encuentra en una encrucijada, a la vista de las continuas propuestas de reforma, por un lado, y de la respuesta conservadora de dejar las cosas como están, por otro. Con las primeras, se corre el peligro de desorientar a la sociedad, haciendo de la sanidad de los españoles un conjunto de propuestas tentativas que afectan tanto a lo sustantivo como a lo insustancial. Con la segunda, se proclama la ventaja de eliminar incertidumbres (todas las reformas tienen peligros y riesgos), pero a cambio se con-

solida un *statu quo* que parece haber logrado una cierta compatibilidad con un Estado de bienestar que sea sostenible, aunque esto no lo sea todo. Este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA intenta introducirse en esa difícil horquilla, aportando nuevas piezas de análisis que tratan de enriquecer el conocimiento de la realidad y ofrecer una nueva oportunidad para volver a reflexionar sobre temas tan importantes para la sociedad española.

El primer conjunto de aportaciones se centra en la *evolución del gasto sanitario público y su expansión en el contexto del proceso de descentralización autonómica* desarrollado en España.

En el primer trabajo, el profesor de la Universidad Pompeu Fabra **Guillem López i Casanovas** ofrece una panorámica de la evolución de las prestaciones sanitarias en el pasado reciente y del efecto que el desarrollo autonómico ha tenido en el gasto sanitario público.

En general, la evolución de la prestación media en sanidad se ha movido a impulso de dos grandes factores: los tecnológicos, en gran medida exógenos a las autoridades sanitarias, y los políticos, o endógenos, en respuesta a las expectativas y preferencias sociales sobre las posibilidades de la medicina en las sociedades occidentales. Como resultado, las capacidades de tratamiento sanitario se expanden, aunque no siempre con *ratios* de coste-efectividad validadas, de la mano de la presión ciudadana en sociedades cada vez más medicalizadas —que aspiran a que la sanidad asista y cure casi todo— y en las que la industria sanitaria tiene un gran peso mediático.

En España, además, el incremento en la prestación sanitaria media registrado en los últimos años aparece, al menos, como coetáneo de la descentralización sanitaria, si no directamente causado por ella. El profesor **López i Casanovas** se interroga acerca de la descentralización sanitaria como revulsiva e inductora del crecimiento del gasto sanitario, dados sus actuales mecanismos de financiación y coordinación. Potencialmente, a dicho fenómeno se asocian aspectos relativos a procesos de «ilusión fiscal», o de emulación de políticas, con falta de corresponsabilización en el gasto por parte de sus gestores.

La tesis que mantiene el autor es que la «asignación» de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto) a las comunidades autónomas puede ser un buen antídoto contra el excesivo crecimiento del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización de la prestación sanitaria media.

Acompaña al artículo anterior una breve nota del economista y especialista en salud pública **Lluís Bohigas**, que presenta los datos básicos disponibles sobre la evolución del gasto sanitario en España y su comparación con lo acontecido en la Unión Europea, de acuerdo con las *ratios* utilizadas más frecuentemente. De sus conclusiones sobresale la idea de que el esfuerzo que realiza España, en términos de PIB dedicado a sanidad, es equivalente al medio de los países de la UE. Las diferencias observa-

EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA Y SU EVOLUCIÓN EN UN CONTEXTO DE DESCENTRALIZACIÓN AUTONÓMICA

das entre España y Europa parecen explicarse, en gran medida, por los distintos niveles de renta.

En el ámbito de la financiación autonómica, los profesores de la Universidad de Málaga **Sánchez Maldonado** y **Gómez Sala** estudian la situación por la que atraviesa la descentralización territorial de la sanidad en España, señalando que las medidas de racionalización y mejora del gasto sanitario deberían desvincularse de la discusión de la financiación del sistema de salud, ya que su inclusión en el debate sólo puede añadir confusión a éste. Asimismo, la justificación de las posibles medidas de racionalización ha de encuadrarse en el proceso genérico de mejora de la eficiencia del sector público en la prestación de servicios, y no escudarse en problemas financieros para minimizar el coste político de la puesta en marcha de determinadas actuaciones de política sanitaria.

Por lo demás, no existen razones de peso, de orden tanto teórico como práctico, que justifiquen un tratamiento diferenciado de la financiación territorial de la sanidad frente al resto de las competencias descentralizadas. Por consiguiente, abogan por su inclusión en el sistema de financiación autonómica, una vez que se haya generalizado el traspaso de las transferencias sanitarias al conjunto de las comunidades autónomas de régimen común.

La profesora **Ana Rico**, de la Universidad Pompeu Fabra, desde el punto de vista de las políticas públicas, y frente a las múltiples presiones de aumento del gasto sanitario, aboga por una mayor transparencia política y coherencia institucional. Ello obliga a que el debate parlamentario y la lógica de la responsabilidad fiscal sustituyan a los deslizamientos presupuestarios, a los déficit ocultos, y a las consabidas y oscuras negociaciones extraparlamentarias.

En el plano más concreto de las políticas públicas en el ámbito sanitario, los profesores **Koldo Echebarría** y **Joan Subirats** explican cómo el nuevo ordenamiento constitucional español, en el que se inscribe la descentralización sanitaria, puso las bases para el tránsito de un Estado de fuerte tradición centralista y autoritaria a otro democrático y descentralizado, intentando resolver a la vez dos problemas distintos: la articulación institucional y política de ciertos territorios, que históricamente habían expresado con fuerza su voluntad de ver reconocida su identidad, y una mejor y más racional distribución de poderes entre los distintos niveles de gobierno.

Más de quince años después, el balance es aún desigual en ambos aspectos, y en este sentido, y esquematizando, los autores concluyen que entre 1980, año en que iniciaron sus actividades las nuevas comunidades autónomas, y 1986, año en que se promulgó la Ley General de Sanidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha actuado más como macrodepartamento de sanidad del llamado *territorio Insalud* que como auténtico ministerio con competencias y responsabilidades en toda España. No es, por tanto, descabellado pensar, según los citados profesores, que muchas de las competencias previstas en la Ley General de Sanidad, tales como la Alta Inspección, la elaboración de los planes integrados de salud y la

coordinación general del Sistema Nacional de Salud, o bien no se han ejercido, o bien se ha hecho de forma insuficiente o marginal.

El trabajo pretende contribuir, por tanto, al necesario debate que surgirá de la inmediata perspectiva de transferencia de las competencias sanitarias a las diez comunidades aún pendientes de ello, con lo que se completará la total descentralización del sistema sanitario español y se abrirán las puertas a nuevos cometidos del Ministerio de Sanidad y Consumo, hoy por hoy desarrollados de forma incipiente.

En la misma área de estudio, el profesor de la Universidad Pública de Navarra **Juan Cabasés** revisa la situación del debate sobre la financiación autonómica en España y el nuevo marco establecido en el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera para el período 1997-2001, y comenta su aplicabilidad a la financiación sanitaria. A su juicio, la financiación sanitaria autonómica aparece como uno de los aspectos más controvertidos del Sistema Nacional de Salud porque, debido a la dificultad de alcanzar el consenso entre los agentes, se encuentra en un momento de cambio profundo. Aborda, además, los criterios de financiación sanitaria autonómica en busca de un fundamento teórico que posibilite la evaluación de propuestas por su adecuación a los principios establecidos. Se refiere también al acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de noviembre de 1997 sobre financiación sanitaria, en que el avance en la responsabilidad financiera es muy limitado, al no existir un traslado efectivo de riesgos a las comunidades autónomas, lo que sugiere un fracaso del modelo para controlar el crecimiento del gasto sanitario. Además, la distribución prevista hace intuir una etapa de agravios comparativos entre comunidades, con la consiguiente amenaza para la estabilidad del acuerdo.

El profesor **Cabasés** finaliza, en sus conclusiones, estableciendo las bases para una propuesta de financiación basada en la incorporación de la sanidad al sistema LOFCA, con corresponsabilidad fiscal.

El análisis de las *prestaciones farmacéuticas* en España se inicia con un trabajo del profesor de la Universidad Pompeu Fabra **Jaume Puig**, que realiza una revisión crítica de las políticas de regulación de precios y de la competencia en la industria farmacéutica, con la mirada puesta en el efecto potencial de políticas alternativas, sobre el control tanto de precios como del gasto en medicamentos. En lo relativo a la aplicación de precios de referencia a las medicinas en España, considera, aunque con matices, que dicha política puede representar un incentivo definitivo al desplazamiento del consumo hacia medicamentos genéricos, fomentando el interés de las empresas farmacéuticas por su comercialización; lo que puede contribuir a desplazar el consumo hacia las especialidades del mismo grupo, actualmente comercializadas con precios inferiores.

Los profesores de la Universidad de Barcelona **Rosa Nonell** y **Joan Borrell** tratan distintos aspectos relativos a la intensa reforma de la regulación del mercado de medicamentos y su provisión pública a partir de la Ley del Medicamento de 1990. En relación con el diseño institucional, el regulador-financiador parece haber mejorado su capacidad de evaluar la efi-

LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

cacia terapéutica, la seguridad y la calidad de los medicamentos en el mercado, cuenta con mecanismos de información más eficaces para aproximarse a los costes de producción de los medicamentos y dispone de mecanismos (la exclusión de productos de la financiación pública y el sistema de precios de referencia) que aumentan su poder de negociación.

Los autores proponen diversas líneas a través de las que la reforma puede seguir avanzando. En primer lugar, actuaciones por el lado de la demanda pueden aumentar la elasticidad de la demanda pública de medicamentos al precio, como, por ejemplo, mediante presupuestos limitativos o incentivos a los médicos prescriptores, aunque se cuestionen la utilidad de la congelación de precios como instrumento de contención del gasto. En segundo lugar, con la participación de los pacientes en el coste de los medicamentos financiados, de forma que se asegure que la tasa de copago no disminuya a lo largo del tiempo. Y, finalmente, el efecto «amenaza» sobre la industria farmacéutica de las listas de exclusión, procurando que su aplicación sea creíble, ya que este efecto es incluso más importante que la propia lista como mecanismo de regulación del mercado.

Por su parte, el profesor de la Universidad de Barcelona **Joan Rovira** analiza la situación por la que atraviesa la industria farmacéutica ante el impacto del mercado único. Como es sabido, España es uno de los mayores mercados farmacéuticos por producción y ventas: el quinto de la Unión Europea y el séptimo del mundo. Los 816 millardos de pesetas a que ascendía la producción farmacéutica española en 1995, el 6,4 por 100 de la Unión Europea, sólo eran superados por Estados Unidos, Japón, Francia, Alemania, Reino Unido e Italia. Sin embargo, a su juicio, la capacidad innovadora de la industria farmacéutica española es muy limitada, lo que la hace muy vulnerable a los retos que plantea la integración en el mercado único europeo y cuestiona seriamente su viabilidad y supervivencia futuras, y ello porque las empresas españolas apenas tienen presencia en los mercados de otros países industrializados, mientras que las de Italia, Holanda, Bélgica y Suecia, con unas cifras de principios activos nuevos similares o inferiores a España, tienen una participación mucho más destacada en los mercados mundiales.

Esta situación resulta todavía más preocupante por cuanto el proceso de integración en la Unión Europea ha supuesto una ruptura del entramado legal en el que la industria farmacéutica española se ha desarrollado en el pasado: el mercado único es mucho más competitivo, y la capacidad de la Administración española para mantener las tradicionales políticas sanitaria e industrial del medicamento, especialmente las relacionadas con el proteccionismo a la industria nacional y el control del gasto farmacéutico, está siendo también cuestionada por el proceso de integración europea.

Tras analizar distintas propuestas de reestructuración de la industria farmacéutica española, el profesor **Rovira** concluye que, en caso de que ésta no se produzca, los países con una industria menos potente, como son en general los del Sur de Europa, corren el peligro de sufrir una desertización industrial en este sector como consecuencia de la concentración de la producción farmacéutica en unos pocos países.

El economista y ex-vicepresidente de la «Comisión Abril» **Enrique Costas**, en una breve nota sobre el gasto farmacéutico y su evolución en España, critica abiertamente los Acuerdos de la Subcomisión de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, y defiende una actuación más decidida y valiente para acometer las reformas necesarias de nuestro sistema sanitario.

La parte dedicada a *evaluación y gestión* se inicia con el trabajo del profesor de la Universidad Pompeu Fabra **José Luis Pinto**, que propone la necesidad de aplicar criterios de coste-efectividad en la fijación de prioridades. En concreto, su aportación se centra en la toma de decisiones y en los efectos de las valoraciones sociales en los procesos de elección.

Por su parte, los profesores **Fernando Antoñanzas**, **Joan Rovira** y **Carmelo Juárez**, en una breve nota, discuten los problemas asociados a la definición de la tasa de descuento en la evaluación de proyectos sanitarios, entre los que destaca el que para garantizar la comparación de los resultados sería interesante fijar una tasa de descuento europea, dada la tendencia a la convergencia de la financiación de los proyectos públicos con deuda pública viva y de la propia integración de las economías. Por lo demás, el valor concreto de la tasa de descuento se podría establecer por el Ministerio de Economía y Hacienda u otro organismo similar, fijándola, quizás, a partir del coste promedio de la deuda pública viva; coste que se actualizaría cada cierto número de años —por ejemplo, cada diez— o cuando se produjesen cambios importantes y, previsiblemente, permanentes en el coste de la deuda. Esta fórmula actuaría como una variable aproximada del coste marginal (más inestable) de la última emisión de bonos públicos y reflejaría el coste de oportunidad para el sector público de desarrollar un nuevo proyecto sanitario.

Los investigadores **Salvador Peiró**, **Ricardo Meneu**, **Juan A. Marqués**, **Julián Libroero** y **Rosa Ordiñana**, en su mayoría médicos, argumentan acerca de la necesidad de incorporar los resultados de la evaluación económica a la gestión cotidiana de los profesionales, siguiendo los criterios de la medicina basada en la evidencia, y destacando la importancia de las variaciones en la práctica médica, de las estrategias para abordarlas y de sus implicaciones para la política sanitaria. En este sentido, la compra de servicios realizada por el financiador debería de seguir idéntica práctica en la definición de sus políticas de compra.

En efecto, la observación de una amplia variabilidad en la utilización de los servicios de salud, en especial cuando éstos son financiados y gestionados públicamente, plantea algunas preguntas importantes acerca de la calidad de la atención, entendida ésta en un sentido amplio que incluye aspectos de accesibilidad, adecuación, coste-efectividad y equidad:

- La accesibilidad de una persona a un procedimiento de diagnóstico o a un tratamiento adecuado (con beneficios que superan a los riesgos), ¿es distinta según el lugar donde viva?

EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

- La probabilidad de un individuo de sufrir un procedimiento innecesario (con mayores riesgos que beneficios) y que cause un resultado adverso, ¿es diferente según el servicio al que acuda?
- ¿Qué coste de oportunidad tienen para la sociedad los recursos utilizados de forma innecesaria?
- ¿Cuál es el valor marginal —y el coste de oportunidad— de los recursos adicionales destinados a doblar una tasa de intervenciones respecto al área vecina?

Estas y otras preguntas han conducido a la aceptación general de que la variabilidad se traduce en problemas de efectividad clínica y eficiencia social en las actuaciones médicas y, por tanto, representa una fuente de preocupación para los profesionales sanitarios y la sociedad en general.

Frente a la errónea creencia de que los profesionales de la medicina realizan de manera uniforme actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas inequívocamente adecuadas —es decir, científicas— para cada problema de salud, la constatación y el análisis de la variabilidad de su práctica han quebrado tal certeza. En ausencia de explicaciones plausibles por el lado de la demanda (morbilidad, accesibilidad o preferencias de los pacientes), la constatación de que esa variabilidad, en el uso de una práctica u otra, plantea importantes dudas sobre la oportunidad de determinadas intervenciones y sobre sus resultados para los pacientes lleva directamente a preguntarse por la evidencia que la apoya en situaciones de incertidumbre, así como a cuestionar la legitimidad de la aplicación de las evaluaciones subjetivas de los profesionales, frente a la evidencia disponible o a las preferencias de los pacientes. Los resultados obtenidos, en ausencia de diferencias relevantes en los indicadores de salud específicos, suelen interpretarse como evidencia indirecta de la existencia de componentes evitables en la atención sanitaria, con su correlato de costes innecesarios y utilización ineficiente de recursos.

Los aspectos ligados a las reformas organizativas y de gestión se abordan en el trabajo de los profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública **Esteban de Manuel** y **José J. Martín**, que analizan los aspectos jurídicos organizativos de los que se ha venido dotando la sanidad española hasta el momento presente y los cambios que acompañan a las nuevas propuestas de reforma.

Partiendo de la descripción y evaluación de los cambios propuestos en los últimos años en el sistema sanitario español, y tras poner un especial énfasis en los condicionantes de la gestión de los recursos humanos y económicos y en la toma de decisiones, concluyen optando por propuestas que posibiliten: a) la creación de agencias y entes compradores, con autonomía efectiva, que apliquen directrices referentes a políticas de salud, de contratación y financiación de proveedores públicos y privados, y de evaluación de resultados. Estas agencias de compra deben disponer de mecanismos que les protejan de presiones de grupos de interés. La potenciación de la atención primaria como ente comprador con personalidad jurídica propia puede ser un elemento clave de esta estrategia.

b) El desarrollo de un sistema general de acreditación de centros sanitarios válido para el conjunto del Servicio Nacional de Salud. En este punto, las cuestiones fundamentales a resolver son la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas, y la garantía de credibilidad e imparcialidad del organismo acreditador. Debe éste ser independiente del financiador público, de los entes compradores y de los proveedores sanitarios, tanto jurídicamente como de hecho, para evitar situaciones en las que la Administración que acredita sea a la vez la que financie y la que compre servicios. c) Creación de un marco de regulación específico para todos los entes públicos empresariales, sean éstos sociedades mercantiles o de cualquier otra forma jurídico-organizativa (fundaciones, cooperativas, etc.) de naturaleza pública. En él, deben quedar definidas las características específicas de estas instituciones; entre otras, el acceso de los usuarios, la cartera de los servicios, la calidad, el régimen económico, la contratación de servicios, el procedimiento de las reclamaciones y singularidades en materia de personal.

Con referencia a este mismo tema, los profesores **Eduard Berenguer** y **Francesc Hernández**, y el Director General de Organización y Planificación Sanitaria del INSALUD **Juan José Bestard**, realizan unos breves comentarios sobre los fundamentos del Plan Estratégico del INSALUD, sus aspectos conceptuales básicos y las previsiones para su implantación. Los sistemas de salud no se legitiman en ideales sanitarios y políticos imposibles de cumplir, sino que se justifican por el cumplimiento de los fines reales para los que se crearon. Ante la dificultad de mantener el logro de los fines anteriores en contextos cambiantes, los sistemas sanitarios se han de reconvertir. De ahí que, a juicio de los autores, el Plan Estratégico del INSALUD suponga la herramienta básica que otorgue capacidad de desarrollo, viabilidad económica y legitimación a la gestión sanitaria en el territorio no transferido. Entre las medidas propuestas, destacan las relativas a la autonomía de los centros, la introducción de nuevas herramientas de gestión e incentivos, la reducción en las listas de espera y el cambio en el régimen laboral del personal sanitario.

Los aspectos generales anteriores se complementan con dos reflexiones breves de los médicos **Carlos Padula** y **Pere Monrás**, gerentes ambos de consorcios hospitalarios que han destacado por su capacidad de innovación en la sanidad catalana. En la primera, **Carlos Padula** señala que la reducción de la financiación sanitaria pública exige políticas y gestores sanitarios dispuestos a introducir cambios sustanciales y a formar equipos transdisciplinarios mucho más atentos a las necesidades y deseos de los pacientes.

Incorporar a la mayoría de los profesionales a la discusión de los cambios necesarios sería una manera de lograr mejores resultados. De ahí la importancia de la reingeniería en el sector, afecta a los propios procesos de mejora de la salud. Para ello, habrán de superarse los prejuicios corporativos y las resistencias, lo que obligará a asumir desde el principio que la promoción de los mejores profesionales en el nuevo modelo ha de resultar acorde a su competencia, motivación y esfuerzo.

Pere Monrás analiza, por su parte, la evolución de la gestión sanitaria en tres grandes etapas: la administrativa, la empresarial y la de la efectividad

de las prácticas clínicas. Esta última se consolida en un entorno de separación definitiva entre la financiación y la compra de servicios, dotando de autonomía a los centros para la gestión del proceso productivo mediante un ordenamiento de actividades que adapte las estructuras a los contenidos y funciones. Supone, por lo demás, un modelo relacional mucho más centrado en los profesionales. En definitiva, las instituciones sanitarias se configuran, a juicio del autor, como empresas que aplican conocimientos de un conjunto de profesionales, capaces de tenerlos y ampliarlos continuamente, para poder pasar de unas organizaciones basadas en los conocimientos a otras asentadas en las competencias.

Finalmente, los profesores **Daniel Serra** y **Helena Ramalhinho** ofrecen un repaso comentado de las potenciales aportaciones de las técnicas cuantitativas a la mejora de la gestión sanitaria. En particular, se centran en las aplicaciones de la investigación operativa a la resolución de problemas de investigación y puesta en práctica de soluciones a problemas reales de los servicios sanitarios.

ALGUNOS DEBATES SANITARIOS ACTUALES

La última de las secciones de este número de PAPELES dedicado a la *Economía de la Salud* recoge un conjunto de *debates abiertos* en el mundo sanitario actual, centrados en cuestiones relativas a las prioridades de los servicios sanitarios, a la equidad y redistribución social de los recursos y al papel del sector privado en los gastos de salud.

Las cuestiones teóricas de fundamentación de la equidad en la prestación de servicios sanitarios, con el énfasis puesto en la justicia distributiva personal y en el racionamiento equitativo de los recursos escasos, se tratan en sendos artículos de los profesores **Xavier Calsamiglia** y **Alan Williams**. **Alan Williams**, de la Universidad inglesa de York, plantea la dificultad de integrar las distintas culturas que se mueven en los trasfondos de la medicina, la economía y la ética clínica. El profesor **Williams** observa en los últimos años un creciente distanciamiento entre los actores afectados por las políticas de recursos escasos, ante el incesante crecimiento del potencial de los avances tecnológicos. Uno podría ser tentado, confiesa el autor, por la idea de que, en ausencia de consenso, es mejor dejar las cosas como están para que sean los profesionales los que, de manera individual, acaben decidiendo las prioridades que políticos y ciudadanos, por distintos motivos, no se atreven a revelar. Sin embargo, los profesionales no pueden ser considerados, en general, como agentes perfectos del bienestar de los pacientes, ni tan siquiera de los suyos propios, a la vista del peso que ejercen los proveedores sanitarios en la modulación de la demanda. En esta circunstancia, aboga por «devolver» la discusión sobre la asignación de los recursos sanitarios al terreno social. Se trata, con ello, de que los ciudadanos opinen acerca de cómo abordar este problema partiendo de los contenidos éticos que prevalecen en la sociedad en su conjunto.

Xavier Calsamiglia, de la Universidad Pompeu Fabra, en su ensayo sobre ética y gestión sanitaria, enfatiza la idea de que es necesario establecer prioridades, dado que resulta ineludible afrontar comparaciones interper-

sonales en la elaboración de las políticas públicas; exigencia que, quizás, pueda satisfacerse desde planteamientos modestos de justicia local, como, por ejemplo, a partir de la progresividad vigente (aceptada socialmente) en la fiscalidad sobre la renta. Ello puede permitir la puesta en práctica de un «mecanismo redistributivo de años de vida» que, aunque imperfecto, efectúe una redistribución transparente, y susceptible, por lo tanto, de sometimiento al debate social. El oscurantismo existente sobre dichos planteamientos o su cesión implícita a los profesionales en la toma de decisiones, amén de poco democrática, puede resultar fácilmente ineficiente y de escaso aporte a la equidad social.

El profesor de la Universidad de la Laguna **Ignacio Abásolo** presenta una metodología concreta para el cálculo de los valores de equidad implícitos en la ordenación de servicios basada en el *fair innings*, aplicándola a lo observado en las desigualdades regionales de salud en España. A partir de la esperanza de vida ajustada por calidad, en referencia a una expectativa «justa» para distintas edades (la alícuota que otorga *ex ante* el principio mencionado), trata de computar las desviaciones de salud que se producen en la práctica. El marco de la economía del bienestar sirve al autor para estimar, de acuerdo con diversos índices de aversión social a las desigualdades regionales en salud, distintas ponderaciones de equidad que guíen la política sanitaria en el ámbito territorial. Los resultados obtenidos muestran la evidencia de que existen considerables desigualdades regionales en salud, con variaciones en esperanza de vida a distintas edades entre comunidades autónomas que se sitúan en torno a los cuatro años. El trabajo concluye con observaciones dirigidas a cómo mejorar este tipo de aproximaciones con objeto de poder lograr resultados más concluyentes para la adopción, en la práctica, de políticas sanitarias.

La profesora **Esther Martínez**, de la Universidad Pompeu Fabra, examina el tratamiento del gasto sanitario privado en el IRPF y el debate respecto a la deducción por gasto de enfermedad, que se enmarca, por una parte, en el proceso de racionalización y contención del gasto público, en tanto que la deducción puede considerarse como un gasto público indirecto; y por otra, en el contexto de reforma del IRPF, que, en general, apunta, tal y como nos muestra la experiencia comparada, hacia una ampliación de la base imponible (por la vía de la reducción de diversas modalidades de deducciones) que permita una reducción de los tipos impositivos, en aras a un deseado aumento de la eficiencia del impuesto.

Es en este contexto en el que el artículo aporta información relativa a la deducción, con el objeto de mostrar lo que sabemos acerca de ella y del papel que puede desarrollar como mecanismo de financiación del gasto sanitario privado, así como de destacar algunas de sus implicaciones. No hay que olvidar que el proceso de reducción de las prestaciones sanitarias públicas, que parece iniciarse ya definitivamente, puede llegar a incidir de forma notable en el presupuesto privado y, en última instancia, que las políticas de gasto y de ingreso público no pueden desvincularse unas de otras.

Con el fin de evaluar el efecto de los posibles cambios en la deducción, y su oportunidad, la profesora **Esther Martínez** destaca los siguientes

aspectos, que constituyen los dos grandes bloques en los que se desarrolla el artículo: 1) ¿cuál es la utilización actual de la deducción, la potencialidad de su ampliación y sus efectos redistributivos? (es decir, la distribución actual de los beneficios entre los contribuyentes), y 2) ¿cuáles son los efectos previsibles de cambios en el IRPF sobre la deducción, a la vista no solamente de la transformación de la estructura de aquél, sino también de modificaciones en la cobertura del sistema sanitario público? De dichos efectos cabe destacar los de carácter redistributivo y los referentes al coste fiscal de las reformas enunciadas.

Los profesores de la Universidad de Barcelona **Samuel Calonge** y **Marisol Rodríguez** realizan un documentado estudio acerca de las consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación sanitaria. En la primera parte, abordan los diferentes conceptos y medidas que se utilizan en torno a la equidad y la distribución, buscando una clarificación en una materia cargada, a menudo, de confusión. Con este fin, propugnan un enfoque conjunto del impacto redistributivo de los gastos e impuestos que afectan a la sanidad para determinar el «balance neto» de la acción del Estado sobre el bienestar de los individuos. En la segunda parte, resumen los resultados obtenidos en sus estudios sobre la evolución de la progresividad de la financiación del sistema sanitario español, destacando que la financiación del sistema ha pasado de ser levemente regresiva en 1980 a situarse prácticamente en la proporcionalidad en 1990. Curiosamente, se observa que esta mejora en la equidad no procede de la reforma de la financiación prevista en la Ley General de Sanidad, y puesta en práctica por la Ley de Presupuestos de 1989, por la que los impuestos pasaron a ser la principal fuente de financiación, sino que la mejora se hubiese producido igualmente a consecuencia de los cambios en las propias fuentes de financiación. Partiendo del hecho de que el sistema sanitario ofrece una distribución casi proporcional por el lado de la financiación, el artículo constata que el efecto redistributivo de la sanidad pública tiene lugar a través del gasto. El efecto redistributivo neto estimado representa el 31 por 100 del gasto sanitario público realizado. Más aún, el 15 por 100 de los individuos con menos recursos absorbe el 48 por 100 de dicho saldo neto. Parece indudable, por consiguiente, que, para ese segmento de la población, la sanidad pública, como uno de los componentes principales del Estado del bienestar, tiene un papel importante. A su vez, el 21 por 100 más rico de la población es el que financia el 87 por 100 del volumen total de las prestaciones sanitarias.

* * *

Este breve, pero apretado, repaso de los puntos básicos del sumario del número permite apreciar la riqueza de contenido de esa área de estudio, aún en plena formación, que constituye la *Economía de la Salud*. A la Fundación de las Cajas de Ahorros Confederadas para la Investigación Económica y Social (FUNCAS) sólo le resta congratularse de haber podido contribuir a avivar el debate sobre un tema que afecta e interesa a toda la sociedad.