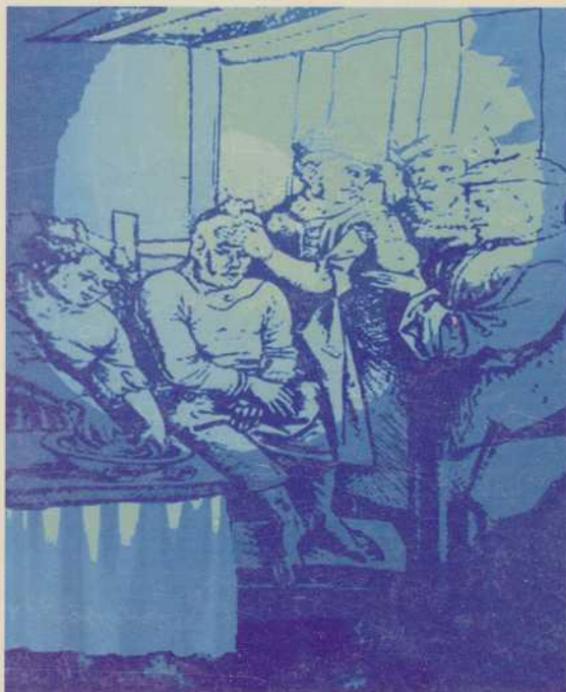




FUNDACION BBV

# EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: INFORME DE UNA DECADA



Guillem López i Casasnovas  
Vicente Ortún Rubio  
Carlos Murillo Fort

Fundación BBV

La Fundación BBV, alerta siempre a las grandes transformaciones de la sociedad actual, reconoce que uno de los mayores cambios que se han producido en los países occidentales ha sido el experimentado en la atención médica. La medicina tradicional, basada en una relación simple del médico con el enfermo, ha ido dando paso a formas cooperativas y colectivizadas de la asistencia sanitaria, en las que la atención a la salud y los cuidados de la enfermedad constituyen un derecho humano básico y una obligación para toda la sociedad.

El primer Encuentro en el que trabajó la Fundación en materia de Sanidad tuvo lugar en 1992 y sirvió como preparación y antecedente para el diseño de una línea estratégica de investigación sobre Salud y Modelos Sanitarios. Desde entonces, la Fundación intenta contribuir al debate sobre la Sanidad en España desde una perspectiva pluridisciplinar, formulando propuestas de mejora para lograr una mayor eficiencia y equidad del sistema. Esta área estratégica integra tres líneas de investigación:

**La Formación de los Profesionales de la Salud** analiza la diversidad de las profesiones sanitarias y el desequilibrio existente entre el rápido desarrollo del sistema asistencial y los esquemas y métodos formativos de los profesionales sanitarios, especialmente del médico. Las investigaciones y debates se centran en la situación de las distintas titulaciones, las carencias de las especialidades médicas y de la enfermería y la formación de gestores y otros profesionales sanitarios.

**Organización y Gestión del Sistema de Salud** estudia las alternativas de organización sanitaria con el objetivo de ofrecer planteamientos de futuro, diseñados a la luz de modernos criterios de eficiencia y equidad. El nuevo papel de los ciudadanos como consumidores de servicios sanitarios, las relaciones entre financiación e incentivos y la eficacia de la gestión son algunas de las cuestiones incluidas en esta línea de investigación.

**Salud, Comunicación y Sociedad** examina las actividades y conductas de los ciudadanos en relación con la salud, así como la influencia de los programas de comunicación y los medios empleados en la información sanitaria dirigida a la sociedad.

*El Sistema Sanitario Español: Informe de una década* analiza el papel desempeñado por cada uno de los agentes económicos que intervienen en el sistema sanitario de nuestro país desde la puesta en funcionamiento de la Ley General de Sanidad de 1986. El debate sobre la necesidad de una reforma sanitaria se ha visto impulsado en los últimos años por el repetido aumento del gasto sanitario y unas necesidades de financiación cada vez más exigentes, que previsiblemente seguirán incrementándose como consecuencia de la evolución demográfica y de los avances tecnológicos.



*EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: INFORME DE UNA DECADA*

Guillem López i Casasnovas  
Vicente Ortún Rubio  
(Directores)  
Carlos Murillo Fort  
(Director de programas)  
Centre de Recerca en Economia i Salut  
de la Universitat Pompeu Fabra

*EQUIPO DE TRABAJO:*

Guillem López i Casasnovas  
Vicente Ortún Rubio  
Laura Pellisé Urquiza  
David Casado Marín  
Joan R. Sánchez Tuomala



**FUNDACION BBV**

**EL SISTEMA SANITARIO  
ESPAÑOL: INFORME  
DE UNA DECADA**

**Guillem López i Casanovas  
Vicente Ortún Rubio  
Carlos Murillo Fort**

Fundación BBV

*La decisión de la Fundación BBV de publicar el presente libro no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro del mismo, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.*

*El sistema sanitario español: Informe de una década*

© Fundación BBV Documenta

Edita Fundación BBV

Plaza de San Nicolás, 4

48005 Bilbao

Depósito legal: M. 10.797-1999

I.S.B.N.: 84-95163-09-8

© Ilustración de portada:

INEEDIT

Imprime Sociedad Anónima de Fotocomposición  
Talisio, 9 - 28027 Madrid

**El sistema sanitario español:  
Informe de una década**



## INDICE

<b>Presentación</b> .....	13
<b>PRIMERA PARTE</b>	
<b>Introducción</b> .....	17
<b>En cuanto a la demanda</b> .....	27
<b>I. Participación del usuario en el coste</b> .....	29
I.A. Algunos aspectos teóricos y resultados generales.	29
1) Terminología y efectos esperados desde la teoría óptima del aseguramiento. ....	29
2) Una visión desde la teoría de las organizaciones. ....	31
3) La participación en costes y la demanda inducida .....	31
4) Aproximaciones a la demanda, la elasticidad-precio, la coparticipación y la equidad .....	32
5) Ampliando la perspectiva del análisis: una decisión de contención de costes vs. un análisis coste-beneficio. Hacia el concepto de necesidad en el consumo. ....	34
6) Impacto de la coparticipación de los costes en la asistencia sanitaria. ....	37
I.B. El impacto de la coparticipación en los costes para la decisión de consumo farmacéutico. ....	43
1) Límites de los efectos de coparticipación en productos farmacéuticos .....	48
2) Algunos resultados empíricos de la coparticipación en productos farmacéuticos .....	49
3) El copago de medicamentos en España .....	51
4) El experimento natural de MUFACE en copago farmacéutico .....	53

<b>II. Medidas de restricción explícita de las prestaciones de la sanidad pública</b> . . . . .	57
II.A. Establecimiento de paquetes básicos de asistencia de provisión pública . . . . .	57
1) La racionalidad económica de la priorización de servicios . . . . .	57
2) Aproximaciones a la priorización de servicios sanitarios. . . . .	62
3) La experiencia comparada en cuanto a la priorización de servicios . . . . .	66
4) El paquete básico en España . . . . .	72
II.B. El Decreto de Financiación Selectiva de los Medicamentos. . . . .	74
 <b>En cuanto a la oferta</b> . . . . .	79
<b>I. La atención primaria</b> . . . . .	81
I.A. Atención primaria y eficiencia del sistema . . . . .	81
1) La atención primaria, experiencias de reforma y la preocupación por la eficiencia . . . . .	81
2) La competencia gestionada en la atención primaria. . . . .	87
3) Algunas experiencias en Cataluña. . . . .	90
I.B. La reforma de la atención primaria en España. Viejas críticas y respuesta institucional. . . . .	91
I.C. Evaluación de la reforma de la atención primaria en España . . . . .	94
1) Una primera aproximación valorativa. . . . .	94
2) Implicaciones de la reforma sobre la eficiencia . . . . .	100
3) La imposibilidad de contener los costes. . . . .	107
 <b>II. Diferencias en las fórmulas de gestión de los diferentes Servicios Regionales de Salud</b> . . . . .	111
II.A. Los contratos-programa: mecanismo de financiación, política y gestión sanitaria. . . . .	112
1) Los contratos-programa como instrumento de financiación en el SNS. . . . .	112
2) Los contratos-programa como instrumento de planificación y gestión sanitaria. . . . .	117
3) Incentivos económicos implicados . . . . .	118
4) Los contratos-programa como mecanismo de comparación . . . . .	119
5) Una evaluación tentativa del impacto de los contratos-programa: Algunas conclusiones	120

II.B.	Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud .....	130
1)	Nuevas fórmulas de gestión en el Sistema Nacional de Salud .....	130
2)	Reforma del servicio catalán de la salud ..	135
II.C.	El seguro sanitario privado en España.....	136
1)	La oferta de seguros sanitarios en España..	138
2)	Sobre la suscripción de seguros sanitarios privados en España .....	142
	<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>147</b>

## SEGUNDA PARTE

I.	<b>La perspectiva de la política sanitaria.....</b>	<b>151</b>
I.A.	La dimensión política de la gestión sanitaria.....	151
1)	El valor de la transparencia.....	151
2)	Separación entre financiación y compra: identificar los roles del político y del gestor	153
3)	La responsabilización de los profesionales: la ética de la eficiencia.....	156
4)	La participación social .....	157
I.B.	Un contexto posible de reforma.....	158
1)	Problemática asociada a los factores comentados .....	159
2)	Algunos aspectos ligados a la problemática anterior.....	161
I.C.	La orientación de la reforma.....	164
1)	La financiación de los proveedores sanitarios	164
II.	<b>Intersectorialidad de las políticas de salud.....</b>	<b>169</b>
II.A.	¿Qué son las políticas intersectoriales de salud? ¿Cuál ha sido su grado de desarrollo en España?	169
II.B.	¿Qué explica el escaso desarrollo en nuestro país de las políticas intersectoriales de salud? .....	170
1)	El desconocimiento operativo de los determinantes de la salud .....	171
2)	La falta de conexión de los planes de salud con los planes de servicio.....	172
3)	Una política sanitaria basada en los servicios asistenciales .....	173
II.C.	Un ejemplo de política intersectorial de salud: asistencia sociosanitaria a indigentes tuberculosos en la ciudad de Barcelona.....	174

<b>III. El control de gasto sanitario desde una perspectiva macroeconómica</b> . . . . .	177
III.A. La sostenibilidad del gasto público en sanidad . . . . .	177
1) Evolución reciente del gasto sanitario público en España . . . . .	177
2) La descomposición del gasto sanitario público en sus factores determinantes: aplicación al caso español . . . . .	179
3) Predicciones acerca de la evolución futura del GSP . . . . .	182
III.B. Los déficits de la sanidad pública española . . . . .	185
1) La cuantificación del problema . . . . .	185
2) La naturaleza del problema: insuficiencia financiera frente a déficits de gestión . . . . .	187
III.C. El futuro de la financiación sanitaria . . . . .	188
1) Las opciones de financiación futura . . . . .	189
III.D. La descentralización sanitaria y el control del gasto . . . . .	199
1) Los déficits y el sistema de financiación autonómico de la sanidad . . . . .	199
2) La necesidad de clarificar el sistema de financiación autonómica: Una propuesta de reforma . . . . .	202
3) La corresponsabilización fiscal y el control del gasto sanitario . . . . .	205
 <b>IV. Mejora de la efectividad y calidad de los servicios sanitarios: la medicina basada en la evidencia</b> . . . . .	 207
 <b>V. La equidad en los servicios sanitarios</b> . . . . .	 213
V.A. La importancia de la equidad en la evaluación de los sistemas sanitarios . . . . .	213
V.B. Las distintas dimensiones de la equidad en la provisión pública de servicios sanitarios . . . . .	215
V.C. Estudios sobre la equidad de los servicios sanitarios realizados en España . . . . .	219
1) La equidad horizontal en la provisión pública de servicios sanitarios: 1987-1995 . . . . .	219
2) La equidad vertical en la financiación de los servicios sanitarios: 1980-1990 . . . . .	223

<b>VI. Eficiencia de las organizaciones sanitarias . . . .</b>	<b>227</b>
VI.A. Las limitaciones a la eficiencia en la gestión sanitaria . . . . .	227
VI.B. Privatización de la organización de los servicios sin cambio de titularidad. . . . .	229
VI.C. Integración vertical . . . . .	229
VI.D. Libertad clínica responsable . . . . .	232
<b>Referencias bibliográficas . . . . .</b>	<b>236</b>



## PRESENTACION

Los sistemas sanitarios de la Unión Europea, como los del resto del mundo occidental, gozan de unas características comunes en lo que se refiere al crecimiento de la demanda sanitaria como consecuencia de los cambios demográficos y las nuevas exigencias de la sociedad, que pide una mayor atención, más personalizada y de calidad.

En España, a pesar de la universalización del derecho a la asistencia, el sistema sanitario reclama una reforma que conlleve una mayor conciencia respecto a los costes de todos los agentes implicados. En este contexto, la Fundación BBV trabaja desde 1995 en una línea de investigación sobre Salud y Modelos Sanitarios en la que se inscribe la obra que ahora presentamos.

*El sistema sanitario español: Informe de una década* revisa la situación de nuestro sistema sanitario desde 1987 a 1997, partiendo de la Ley General de Sanidad de 1986. El trabajo está estructurado en dos partes, perfectamente delimitadas en cuanto a los contenidos que en ellas se describen. La primera parte se refiere de manera selectiva al conjunto de medidas de reforma más relevantes que han tenido lugar a lo largo de esta última década en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

Desde una perspectiva más valorativa se introducen, en la segunda sección del libro, consideraciones globales acerca de la evolución del sistema sanitario desde la óptica de la política sanitaria, la evolución macroeconómica del gasto sanitario público y su financiación, así como de los avances producidos en los dos objetivos básicos en el funcionamiento de nuestro SNS: la eficiencia y la equidad.

El trabajo se ha realizado con un reconocimiento explícito de las interrelaciones existentes entre los agentes económicos que son

los protagonistas de las actuaciones que generan la provisión de la asistencia sanitaria y su financiación. La estructura institucional y las relaciones contractuales que se establecen entre financiadores, compradores y usuarios de la asistencia sanitaria en nuestro sistema han sido objeto de una atención prioritaria en este trabajo. La valoración se ha realizado teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de los criterios de eficacia en la consecución de los objetivos de la provisión de la asistencia sanitaria, eficiencia en la actuación de los distintos agentes proveedores y financiadores, y equidad en el acceso y uso de los recursos puestos a disposición por el sistema sanitario.

Con esta obra, la Fundación BBV pretende contribuir al debate sobre la sanidad en España desde una perspectiva pluridisciplinar.

**Fundación BBV**

## **PRIMERA PARTE**



# INTRODUCCION



Una caracterización del mercado sanitario español (agentes, relaciones e incentivos implicados) y de las medidas de política sanitaria del pasado pueden permitirnos extraer conclusiones válidas respecto del posible éxito (social y político) de las del futuro. En este sentido, el economista tiene un papel fundamental que consiste en evaluar los incentivos y el comportamiento de los agentes implicados en el mercado sanitario. Este enfoque permite disponer de argumentos para responder a la pregunta ¿hasta qué punto están orientados hacia la eficiencia microeconómica<sup>1</sup> del sistema? Este documento pretende hacer alguna contribución en este sentido. Tras una fotografía global de la situación de partida, válida para cimentar nuevas propuestas de política sanitaria, juzgamos las reformas introducidas en los últimos años (primera sección) a la luz de la eficiencia, cuestionando si han o no conseguido los objetivos económicos y sanitarios pretendidos en un primer momento. El análisis se extiende entonces al ámbito de la política sanitaria (segunda sección), aportando como herramientas principales de estudio la perspectiva internacional comparada y el estudio de las principales resistencias al avance en aquellos objetivos que suscitan una amplia adhesión social cuando se trata del sistema nacional de salud.

Nuestro análisis no está exento de problemas. Entre ellos, anticipamos que consideramos que este tipo de valoración del sistema sanitario no debe realizarse sólo en términos de la eficiencia en la

---

<sup>1</sup> La micro-eficiencia se aborda intentando responder a preguntas como: ¿cuál es la relación que desarrollan los agentes implicados en el mercado?, ¿tienen los agentes, dadas las condiciones del mercado sanitario, una estructura de incentivos para comportarse de forma eficiente?, y finalmente, ¿cómo afectan las decisiones de política sanitaria sobre dicha estructura relacional y de incentivos?

producción de servicios, sino manteniendo una visión más amplia. En efecto, tanto si nos referimos a la utilización eficiente de recursos, como a los logros en la producción intermedia, o al nivel de gasto sanitario global (¿es o no el óptimo?), lo que en última instancia interesa es ponderar cualquier valoración en términos de la calidad asistencial proveída. Para ello, se hacen necesarias valoraciones complementarias respecto al producto del sistema sanitario nacional (eficacia y efectividad de la asistencia sanitaria prevista para mejorar el estado de salud de la población), que aseguren que, pese a «proveer asistencia menos costosa», el producto de dicha asistencia mantiene o incrementa el nivel de eficiencia, para una calidad asistencial dada.

Como dificultad adicional, hay que citar una fuerte interrelación entre los agentes del mercado sanitario y entre distintas medidas de política sanitaria. En este sentido se pretende hacer un repaso de algunos de los puntos de reforma más destacables, de forma separada, aunque parezca aparentemente una simplificación.

Para establecer un orden en nuestra exposición, partimos del reconocimiento de las especificidades más importantes del sector sanitario. Dichas especificidades tienen que ver con la estructura institucional (propia de cada país y de su contexto histórico-cultural) y con los esquemas contractuales (relacionales) que entre financiador-proveedor-usuario se establecen.

El punto institucional crítico en el mercado sanitario es el hecho de que el precio (y por tanto, el principal indicador de conciencia de costes) pagado por los consumidores de la asistencia sanitaria demandada puede ser diferenciado de aquel que, por otro lado, reciben los proveedores de asistencia por el lado de la oferta. Aparece además una tercera figura, la del financiador, desvinculada de las condiciones en que se produce el consumo de asistencia sanitaria. Esta estructura institucional pone de relieve la inaplicabilidad de los supuestos propios del mercado, y es considerada como la causante de buena parte de los males (entendidos estos como ineficiencia e ineficacia) que en el mercado sanitario se producen a juicio de los economistas.

Se trata pues de un esquema triangular, como el del *cuadro 1*, válido para cualquier mercado donde el aseguramiento juega un papel determinante. Una de las características básicas de un mercado como el esquematizado es la existencia de problemas de asimetría de información, de abuso moral y de selección adversa. Y estos problemas encuentran su expresión tanto por el lado de la demanda (por parte de los usuarios, en su relación con la aseguradora y los proveedores), como por el lado de la oferta (por parte de los proveedores). De ahí que consideremos oportuno analizar las

## CUADRO I

### Esquema asistencial de la sanidad. Problemas informativos implicados



FUENTE: Elaboración propia.

propuestas y medidas de política sanitaria, distinguiendo las que van dirigidas a la demanda y las que van dirigidas a la oferta.

Dividimos pues nuestro trabajo en dos grandes capítulos. En el primero entran todas aquellas medidas de política sanitaria que consideramos ponen especial énfasis en modificar comportamientos por el lado de la *demanda* de servicios sanitarios. Entre ellas analizamos medidas destinadas a incrementar la participación de los usuarios en los costes de los servicios sanitarios. Más concretamente, ofrecemos un análisis de la evolución del sistema de coparticipación en el coste de la prescripción farmacéutica, el establecimiento del paquete básico de prestaciones sanitarias de financiación pública (y el decreto de financiación selectiva de medicamentos, como caso particular), entendido como un copago del 100 % por parte del usuario.

Una segunda orientación, enfocada a la *oferta* de servicios sanitarios en España, deriva en el análisis de los cambios en los sistemas de financiación hospitalario en nuestro país, así como de las diferencias en los modelos de gestión desarrollados en INSALUD, gestión directa, y los respectivos Servicios Regionales de Salud (SRS) que comprende el sistema nacional de salud español. Con menor énfasis vamos a referirnos en el texto al estado de la cuestión en cuanto a suscripción y oferta de seguros privados como parte del aseguramiento sanitario del Sistema Nacional de Salud. Finalmente, entendido también como un factor relevante de la oferta de servicios de

salud, se trata la reforma de la atención primaria con especial interés a los cambios en la organización del trabajo y sistemas retributivos (implantación de los equipos de atención primaria).

Parte de las valoraciones las realizamos bajo el supuesto de que la senda de los gastos sanitarios es un instrumento que permite extraer conclusiones tanto de micro como de macroeficiencia. Es decir, intentamos relacionar una serie de medidas de política sanitaria con cambio en el ritmo y nivel de crecimiento del gasto sanitario, público y total. Por ejemplo, una medida supuestamente entendida como reductora de ineficiencias debería ir acompañada de una reducción del ritmo de crecimiento del gasto sanitario, y no de un efecto escalón en la tendencia (reflejando un cambio de nivel del gasto, pero no en el comportamiento y el modo de tomar decisiones en el sector), ni tampoco de un cambio de tendencia al alza del crecimiento del gasto sanitario (denotando una mayor perversión en el comportamiento de los agentes implicados en la toma de decisión del sector sanitario). Este instrumento y la experiencia comparada han de suplir el relativo déficit de evidencias evaluativas en cuanto a los efectos esperados de las medidas de política sanitaria.

En cada uno de los puntos de reforma se apuntan algunos comentarios relativos a futuras líneas de reforma que han surgido de experiencias de nuestro país, y de los de nuestro entorno más próximo (geográfica y sanitariamente hablando).

Creemos que la separación del análisis, según los efectos que buscan por el lado de la demanda o de la oferta, es útil. Sin embargo, en algunos casos resulta excesivamente simplista. En efecto, buena parte de los esfuerzos hechos en este y otros países, en cuanto a políticas sanitarias, afectan a ambos lados del esquema triangular ofrecido. Por ejemplo, las medidas destinadas a la contención de costes por la vía de la creación de sistemas de pago óptimos de la asistencia sanitaria podrían entenderse como medidas que afectan al lado de la oferta. Aun siendo esta afirmación cierta, no está exenta de limitaciones puesto que está ignorando la relación entre los proveedores y la demanda. Más específicamente, se está obviando el papel de agente (más o menos perfecto) del proveedor en relación a la demanda, es decir, la demanda inducida por la oferta o el papel de demandante que juegan los proveedores.

Algunos planteamientos integradores en la provisión y la demanda de asistencia sanitaria se encuentran en la literatura, en referencia al análisis de la proliferación de sistemas de pago prospectivos, y coparticipaciones en los costes por parte de los usuarios (*Ellis y*

McGuire, 1986, 1990, 1993). Pese a que las hipótesis<sup>2</sup> y algunas de las conclusiones<sup>3</sup> que extraen estos modelos pueden considerarse sorprendentes, lo realmente interesante está en el modelo de análisis económico que presentan: el reconocimiento de una *influencia compartida* entre demanda y oferta de asistencia sanitaria en la utilización de servicios.

Ellis y McGuire (1993) ponen de manifiesto este hecho, sobre la base de las dificultades de caracterizar el concepto de demanda en la asistencia sanitaria. La relación de agencia, la información, la profesionalización y la relación de confianza son algunos de los aspectos que caracterizan la peculiar relación proveedor-paciente (Arrow, 1963). La inducción de demanda, pese a que la cuantificación de sus efectos es uno de los retos por resolver, determina el grado de soberanía real del consumidor en su decisión de demandar servicios sanitarios. Por otra parte, solemos recurrir también a la hipótesis de soberanía del consumidor para explicar las ventajas de la coparticipación de los usuarios en los costes de la asistencia. Podríamos pues estar frente a una incongruencia analítica.

Tenemos que ser conscientes de que, de un lado, cualquier medida que reduzca el nivel de aseguramiento del paciente (por ejemplo, el decreto de financiación selectiva de medicamentos) puede introducir mecanismos de consumo eficiente, pero éstos estarán siempre limitados por la responsabilidad que dicho consumidor pueda tener sobre su demanda<sup>4</sup>. De otro lado, esa falta de soberanía del usuario debe tenerse en cuenta en el diseño de formas de pago a los proveedores. Dados estos intereses de la demanda y de los proveedores, parece más adecuado la combinación «óptima»<sup>5</sup> de medidas que afectan simultáneamente los incentivos de

---

<sup>2</sup> Entre ellas el que pacientes y médicos tienen información completa sobre los beneficios de los tratamientos, los pacientes no pueden escoger a su médico, el poder de negociación es exógeno, los médicos son neutros frente al riesgo, los mecanismos de administración de los sistemas de pago son poco costosos, y el único instrumento de control del comportamiento de los agentes es el financiero. Más allá el modelo que Ellis y McGuire presentan en 1990 se basa en la negociación paciente-médico sobre el nivel de asistencia a consumir.

<sup>3</sup> La que ellos mismos califican de contra-intuitiva: una relación de agencia imperfecta, y un poder negociador fuerte de los proveedores de asistencia sanitaria son positivos para llegar a una solución de first-best.

<sup>4</sup> Adicionalmente, cualquier medida de reducción del seguro trasladará al consumidor un riesgo financiero, cuyos efectos sobre el bienestar no deben ser obviados.

<sup>5</sup> Los autores están pensando en compensar los efectos (teóricos) negativos que una medida de participación del proveedor en el coste puede tener: (a) los proveedores pueden «especializarse» en aquellos pacientes cuyo beneficio esperado es mayor (Dranove, 1987), y (b) si los oferentes influyen en el total de asistencia sanitaria que se provee, aparecen incentivos a la infraprovisión de asistencia. Los efectos positivos son los derivados de introducir conciencia de costes en los proveedores y usuarios de asistencia sanitaria.

los usuarios (demanda) y los proveedores (oferta) (Ellis y McGuire, 1993).

Este planteamiento, pese a contextualizarse en la experiencia sanitaria norteamericana<sup>6</sup>, resulta válido como punto de partida en la aplicación de nuevas medidas de política sanitaria, en especial en la formación de cuasimercados (separación ficticia de comprador y proveedor para la creación de contratos que inducen al proveedor a ofertar servicios «de calidad» y con presión a reducir los costes de provisión).

Otros autores, como ejemplo, han citado ventajas e inconvenientes en la combinación de formas de pago prospectivo y coparticipación en los costes por parte del comprador, en el contexto británico de separación de comprador-proveedor de asistencia sanitaria (Chalkley y Malcomson, 1996). El grado de información certera del comprador sobre los costes y la dificultad en la monitorización de los costes incurridos, son dos buenas razones para no pensar en un sistema puramente prospectivo de pago a los proveedores. En este sentido los compradores van a compartir el riesgo de incrementos inesperados en los costes de provisión, así como los beneficios derivados de unas expectativas sobre costes superiores a las que realmente sostiene el proveedor bajo un esquema de pago prospectivo. Adicionalmente esta combinación permite relajar los incentivos de los proveedores a «seleccionar» los pacientes como consecuencia de reducir (a costa del comprador) su carga financiera media (Dranove, 1987).

Las principales dificultades de incluir este tipo de incentivos contractuales son consecuencia directa de la complejidad que supone la conceptualización y posterior control de lo que denominamos *calidad* de la asistencia sanitaria<sup>7</sup>. No es difícil imaginarse a un proveedor reduciendo la calidad del servicio, si el esquema retri-

---

<sup>6</sup> Una vez delimitados los extremos del problema (por un lado, el seguro completo y la inexistencia del mismo para la participación en los costes por parte del consumidor; por el otro, los sistemas de pago prospectivo puro y de pago por reembolsos basados en costes históricos para la participación de los proveedores en el coste), la pregunta que se plantea es cómo afecta un sistema de pago prospectivo a la utilización de servicios. De la evidencia de casos como el TEFRA (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982) sistema utilizado por el programa Medicare norteamericano, algunas Health Maintenance Organizations, o el caso Noruego, se observa un efecto real sobre la utilización. Ellis y McGuire (1993) ofrecen entonces un marco conceptual desde la teoría del aseguramiento óptimo que explica las condiciones de optimalidad para un sistema mixto de pago a los proveedores (Ellis y McGuire, 1986, 1990).

<sup>7</sup> Una aproximación muy digna al término es la que presentan Chalkley y Malcomson (1996): aspectos del servicio que benefician al paciente, tanto en el caso del proceso de tratamiento, como en el del resultado sanitario después del mismo.

butivo le hace participar en un 100 % en los costes de provisión. Si se aboga por una multidimensionalidad en el concepto de calidad, parece difícil que el mecanismo de oferta-sigue-a-demanda pueda ofrecer un nivel óptimo de calidad simplemente porque la demanda «desconoce» parte de estas dimensiones. Algunas de las dificultades en este sentido son tratadas en este texto.

Finalmente, y en base a la consideración íntegra de la estructura institucional implicada, resultará necesario incluir tanto criterios de *eficiencia* en el comportamiento de los agentes, como aquellos relativos a la *distribución de riesgos* en el contrato de aseguramiento sanitario, así como los relativos a la *eficacia* en la consecución de los objetivos sanitarios que el sistema nacional de salud incluye, como dimensión que caracteriza de la forma más objetiva posible la calidad en los servicios.



**EN CUANTO A LA DEMANDA**



## I. PARTICIPACION DEL USUARIO EN EL COSTE

### I.A. Algunos aspectos teóricos y resultados generales

En la aplicación de medidas de coparticipación de costes en el consumo sanitario cabe introducir algunas aclaraciones semánticas y metodológicas respecto a cómo la teoría económica incorpora su estudio en el análisis. Estos comentarios son de aplicación extensiva a la demanda de toda asistencia sanitaria y a la farmacéutica en particular. Sobre ésta, dado el interés que este tipo de medidas ha suscitado en nuestro país recientemente, vamos a proporcionar una caracterización más completa en este texto.

#### 1) Terminología y efectos esperados desde la teoría óptima del aseguramiento

Cuando hablamos de coparticipación de los agentes del mercado sanitario en el coste de los servicios, nos referimos a lo que desde la literatura se ha denominado como *cost-sharing*: métodos de financiación de la asistencia sanitaria que requieren pagos directos por parte, bien del paciente («demand side cost-sharing»), bien del proveedor («supply side cost-sharing») <sup>8</sup>. Si bien estas participaciones por parte de los proveedores se refieren más concretamente a la distribución de riesgos que introducen sistemas de pago pura o parcialmente prospectivos, en nuestro caso el interés se desplaza hacia las cargas por parte de los usuarios.

En el contexto de los seguros sanitarios podemos encontrar formas de participación alternativas del usuario en los costes de provisión. Algunos seguros introducen la necesidad de que el

---

<sup>8</sup> Véase Folland et al. «The economics of Health and Health Care». Ed. Prentice-Hall, 1993, p. 259.

asegurado participe con una aportación porcentual en el coste de la asistencia implicada. Esta participación denominada *co-insurance* puede verse como una *tasa porcentual* de copago sanitario. A todo esto, el concepto de *copago* (*copayment*), que generalmente es utilizado en la literatura, ha de entenderse como el importe que el paciente carga efectivamente en dicha participación. Una *tasa fija* de 100 ptas. por medicamento, por ejemplo, representaría un copago de 100 ptas. por parte del usuario, pero el valor de la coparticipación del usuario en el coste se diluiría cuanto mayor fuera el coste de la asistencia sanitaria necesaria para cubrir la eventualidad asegurada.

Adicionalmente aparecen participaciones en el precio que son *deducibles* («*deductibles*») del seguro, en el sentido que el seguro no se aplica hasta que los asegurados pagan un importe mínimo. Este mínimo importe, con efectos típicamente de ticket moderador, combinado con una participación porcentual del usuario a partir de consumos superiores al deducible, hace pensar en la introducción de incentivos económicos muy recomendables en el mercado sanitario. Estos incentivos están dirigidos a mejorar la conciencia de costes y la moderación de consumos poco justificables por parte del usuario.

Estas consideraciones semánticas no son superfluas si consideramos que la teoría económica nos dice cosas bien diferentes en cuanto a los efectos sobre el consumo de asistencia sanitaria y el riesgo moral implicado, cuando la tasa de participación es porcentual (*co-insurance*), o fija (*deducibles*). Suponiendo cierta elasticidad precio de la demanda de asistencia sanitaria, nos encontramos que mientras una tasa porcentual reduce el riesgo moral proporcionalmente al porcentaje de la participación en el coste (1:1), en el segundo de los casos este efecto no es equivalente. El importe fijo por el que el asegurado se ve obligado a participar relega su decisión a la entrada o salida del seguro, balanceando las pérdidas y ganancias marginales del consumo que le impone un importe mínimo de gasto<sup>9</sup>. En un entorno de seguro sanitario público universal, las franquicias reducidas van a tener un efecto nulo en cuanto a la neutralización del riesgo moral implicado.

Desde una perspectiva teórica resulta entonces posible conocer cuál es el objetivo de política que se persigue: recaudatorio versus sanitario (entendiendo por este el que busca contener aquel consumo óptimo desde la perspectiva del seguro sanitario). Distinguir el traslado de la carga y el riesgo financiero al asegurado sin ganancias en eficiencia, de aquel que pretende mantener el nivel

<sup>9</sup> Folland et al. 1993, pp. 270-76, ob. cit.

de eficiencia en la utilización de la asistencia sanitaria puede bien ser interpretado como medidas recaudatorias o de política sanitaria, respectivamente.

## **2) Una visión desde la teoría de las organizaciones**

Para abordar la cuestión contractual, desde la modelización del comportamiento de los agentes del mercado sanitario, parece necesario aproximarse al modelo que *Holmstrom* y *Milgrom* caracterizaron como *modelo de principal-agente multitarea* en 1991. Los autores presentan algunos avances en el modelo de principal-agente tradicional. En su propuesta, el principal cuenta con diferentes tareas a realizar por el/los agente/s, donde además el agente cuenta con tareas multidimensionales (por ejemplo, producción de grandes volúmenes de producto y de elevada calidad). Una propuesta tal resulta interesante en el caso del mercado sanitario y de la coparticipación de los agentes en el coste, debido a que el nuevo modelo pretende avanzar en la clarificación de la distribución de riesgos cuando se utiliza un sistema de pago determinado para conseguir niveles de productividad óptima en el trabajo del agente. Bajo la hipótesis de aversión al riesgo del agente, puede ser que ofreciéndole incentivos efectivos para su tarea le estemos haciendo cargar con riesgos «no deseados».

Los nuevos modelos organizativos muestran la ventaja de reconocer una variedad de instrumentos más allá de los modelos de incentivos, y de la dimensión temporal del problema de motivar a los agentes en la consecución de una actividad concreta. *Holmstrom* y *Milgrom* (1991) concluyen la carencia del análisis del problema de la creación de incentivos cuando se basa en el estudio exclusivo de la actividad implicada. Junto a los modelos de incentivos los autores proponen utilizar conjuntamente instrumentos como la propiedad de los activos productivos implicados, variación de los procedimientos de trabajo, variación de los límites e incentivos en actividades competidoras, el trabajo en grupo, etc. Todas estas recomendaciones tienen mucho sentido en el mercado sanitario.

## **3) La participación en costes y la demanda inducida**

Cabe señalar que cualquier medida de corresponsabilidad del paciente debe tener en cuenta el efecto de la demanda inducida. En efecto, la relación de agencia entre proveedor (médico) y paciente puede condicionar el comportamiento del mercado sanitario.

Existe una relación de agencia en el sentido de que el proveedor actúa como agente del usuario, que le delega la decisión de consumo asistencial, ya que típicamente existe una asimetría informa-

tiva entre ambos en favor del médico, con el objetivo de que el primero actúe en favor de los intereses del usuario. Ni a médico ni a usuario se les presupone una conciencia de costes que les permita balancearlos con la provisión de asistencia y los resultados que ésta tiene sobre la salud de los pacientes.

Se dice que esta relación de agencia es *perfecta* si el médico actúa totalmente en favor de los intereses del paciente, mientras que si el médico incorpora intereses (típicamente corporativos, económicos, etc.) propios la relación se considera *imperfecta*, dando lugar a posibles problemas de *demanda inducida por la oferta* (el médico). Este es sin duda uno de los debates más «vivos» en la economía de la salud en los últimos tiempos, dividiendo a la comunidad científica prácticamente al 50 % sobre la existencia o no de un comportamiento «creador» de demanda de los médicos en favor de sus propios intereses.

La aparición de demanda inducida por la oferta representa una primera visión crítica a la efectividad de la corresponsabilización del usuario en el coste si lo que se pretende es conseguir mayor eficiencia en la asignación de recursos. De alguna manera podría parecer que estamos errando el tiro, si disparamos al usuario y el precio no es efectivamente el determinante de la decisión de consumo, sino que lo son los intereses del médico.

#### **4) Aproximaciones a la demanda, la elasticidad-precio, la coparticipación y la equidad**

Entendida en un sentido restringido, y como los economistas la estudian, la demanda expresa cuál es la cantidad máxima que un individuo está dispuesto a pagar para cada nivel de precios, manteniendo constantes (*ceteris paribus*) todas las demás variables que podamos pensar tienen algún efecto sobre el nivel de consumo del individuo<sup>10</sup>.

Decimos que es un sentido restringido de la demanda porque no tiene en cuenta el efecto de otras variables (nivel de renta individual, percepción propia del estado de salud, nivel educativo, y todos aquellos factores económicos y no económicos que pensemos aproximan el comportamiento individual que determine la decisión de consumo), y más aún, porque versa sobre la decisión individual (y no colectiva) de consumo. Nótese que la función objetiva en el mercado sanitario es *individual* (la demanda). De ahí que los estudios de consumo agregado de la asistencia sanitaria (o

<sup>10</sup> Para una aproximación desde la perspectiva económica, clara y sucinta, Rodríguez, M. 1986.

la prescripción farmacéutica, entendida como facturación o como envases de medicamentos *per cápita*) han de hacer supuestos de agregación que experimentos de seguimiento individual pueden superar metodológicamente.

Partiendo de esta concepción más restringida de la demanda, las medidas dedicadas a variar el precio del producto han de aproximarse, desde el análisis económico, por la elasticidad-precio de la demanda: cambio porcentual que experimenta la cantidad demandada cuando aparece una variación porcentual en el precio. Al proceder así, no hay que ignorar que este análisis de la sensibilidad de la demanda a variaciones en el precio de la provisión para los usuarios, se ve especialmente influido por el grado de sustituibilidad de los servicios o productos proveídos. Esto es especialmente relevante en el ámbito del consumo farmacéutico, en relación a los productos genéricos, y a los esfuerzos de la industria por *patentar* y/o *distinguir* sus productos. No parece tampoco razonable aumentar el precio vía una coparticipación en el coste mayor, si el consumidor va a poder sustituirlo por un producto equivalente terapéuticamente<sup>11</sup>, pero con un grado de financiación pública superior.

El concepto de *elasticidad-renta* guarda una importante relación con la elasticidad-precio<sup>12</sup>. Si la elasticidad-precio es alta y prevemos un impacto importante en la demanda del consumo farmacéutico, obviar sobre quién va a recaer el impacto no resulta irrelevante. Cabe entonces un análisis de la elasticidad-renta de la demanda para mantener el grado de progresividad del sistema. En el caso en que la elasticidad-precio es reducida, tampoco resultan obvios los efectos redistributivos, ya que aparte que la medida se presenta como un instrumento eminentemente recaudatorio, el peso relativo de la carga puede ser proporcionalmente mayor para aquellos individuos de rentas menores.

Algunos autores que han analizado el caso de las coparticipaciones en los costes farmacéuticos en España (*Puig, 1988*) apuntan, por ejemplo, que no parece que estas medidas puedan combinarse de

---

<sup>11</sup> El concepto que aproxima esta equivalencia desde la ciencia farmacéutica es la *equivalencia clínica* (cuando administradas en la misma forma y régimen producen los mismos efectos terapéuticos). Anterior a ésta se encuentran la *equivalencia química* (igual composición cuantitativa y cualitativa en cuanto a fármaco), la *equivalencia galénica* (igual propiedad físico-química y en parámetros galénicos), y finalmente, la *bioequivalencia* (cuando administradas a igual dosis producen los mismos niveles plasmáticos). Estos términos son también relevantes en consideraciones sobre Medicamentos Genéricos.

<sup>12</sup> En este sentido, *Artells (1985)* aboga por una clarificación de la cuestión: cuál es el efecto real disuasorio sobre el consumo, quién realmente genera el consumo, a qué grupos sociales perjudica selectivamente el efecto disuasorio de la coparticipación y, finalmente, qué costes administrativos puede generar la coparticipación.

forma eficaz con discriminaciones positivas hacia consumidores de rentas bajas, a fin de no empeorar el grado de equidad del sistema<sup>13</sup>. En este sentido el fraude en la compra de recetas, es decir, el trasvase de recetas desde activos a pensionistas, habría hecho fracasar ambas políticas, de contención de costes y de discriminación positiva en favor del colectivo poblacional pensionista.

Cabe interiorizar la hipótesis de trabajo que la elasticidad-precio del consumo farmacéutico varía en función del nivel de renta del consumidor/usuario con el que tratamos. Estas diferencias sociales y en rentas para la elasticidad pueden ser planteadas tanto a nivel de *precios directos* (monetarios) como al hablar de *precios indirectos* (tiempo, espera, costes de oportunidad, etc.).

##### **5) *Ampliando la perspectiva del análisis: una decisión de contención de costes vs. un análisis coste-beneficio. Hacia el concepto de necesidad en el consumo***

Hasta ahora hemos planteado la necesidad de incorporar el hecho de la distribución de riesgos y sus efectos cuando, desde un punto de vista teórico, se analizan las consecuencias de la coparticipación en el coste tanto sobre el consumo sanitario como sobre su estructura de costes. Por otra parte, hemos insistido en la problemática derivada de consideraciones que no contemplan adecuadamente la evidente complejidad del mercado sanitario con un afán integrador.

Intentando ampliar el espectro del análisis, algunos autores han puesto de relieve que la contención de costes está vacía de contenido desde la perspectiva económica, dándole un sentido la comparación entre recursos utilizados en empleos alternativos, donde el objetivo es maximizar el producto o impacto en nuestro caso de la política sanitaria. En este sentido, la cantidad óptima de consumo de medicamentos se consigue cuando el valor monetario de la última unidad consumida (costes marginales) es igual a los beneficios que de ella se derivan para el consumidor. De aquí que cuando hablamos en términos de una demanda mixta de productos farmacéuticos estemos cometiendo un error de apreciación, ya que de hecho es fácil pensar en diferentes niveles de consumo óptimo de medicamentos para grupos terapéuticos diferentes.

---

<sup>13</sup> Intentamos entonces responder a la pregunta ¿Cabe esperar un efecto disuasivo para las poblaciones de renta baja? En primer lugar parece que los niveles de renta más baja pueden indicar niveles de salud menores, y por tanto una necesidad de fármacos mayor. *Wagstaff (1986)* indica además que la elasticidad-precio para niveles de renta bajos puede ser elevada debido a que la población pobre decida sustituir los fármacos por otros bienes de subsistencia que le reporten beneficios más inmediatos.

Subsidiar entonces los precios de los medicamentos conlleva sopesar un doble efecto consecuencia de las peculiaridades del mercado sanitario. La subsidiación puede justificarse si pensamos en que el consumo de medicamentos tiene no sólo un efecto sobre la salud individual, sino también sobre la salud pública (efecto externo). Desde la teoría económica el efecto externo del consumo individual se puede «internalizar» subsidiando el precio unitario del medicamento de tal forma que el valor monetario de dicho efecto sea equivalente al importe del subsidio. En el otro extremo tenemos el argumento que justifica un aumento del precio efectivo para el consumidor. La reducida conciencia de coste introducida por una excesiva subsidiación puede producir un sobreconsumo de medicamentos por encima del nivel óptimo. El argumento de autores como *Gerdtham & Johannesson (1996)* es que si bien es difícil introducir una cuantificación exacta de los efectos externos derivados del consumo farmacéutico, podemos alternativamente plantear la cuestión en clave de análisis coste-beneficio social.

Este tipo de argumento no incide tan sólo en la introducción de conciencia de costes a los agentes de la transacción (médico y paciente, que sufren una apatía por el tema), sino que también pretende rebajar la excesiva empatía de las autoridades sanitarias por la dimensión financiera del problema, abriéndoles la perspectiva hacia dimensiones más coherentes con la naturaleza del servicio sanitario que ofrecen.

Estamos ante una decisión donde el nivel óptimo de coparticipación en el coste por parte del usuario es aquel donde el coste (marginal) del consumo para el usuario es igual al beneficio que se deriva del mismo. En este argumento no basta tan sólo evaluar qué medicamentos se ven afectados en el consumo por las coparticipaciones (ya que los costes superan a los beneficios), sino que se evalúa el impacto sobre los pacientes que dejan de consumir medicamentos. La hipótesis es que la efectividad de un mismo medicamento tiene una elevada variación entre grupos de pacientes diferentes.

En este sentido se han producido aproximaciones empíricas al respecto, todas en el ámbito norteamericano y con resultados que contradicen que la aplicación de coparticipaciones reduzca de forma substancialmente mayor el consumo innecesario frente al necesario. Algunos estudios en los años 80 muestran que los aumentos en los copagos son tan capaces de reducir contactos entre usuario y los proveedores de asistencia sanitaria calificada como necesaria, pero de forma análoga a como lo hace con los servicios innecesarios (*Lohr et al., 1986; Siu et al., 1986*) con evi-

dencias débiles de mejora del producto sanitario. El valor añadido de este tipo de estudios consiste en mostrar hechos contradictorios como la reducción en el consumo de grupos terapéuticos supuestamente más necesarios (medicamentos para crónicos: medicamentos para el aparato cardiovascular, diuréticos y psicoterapéuticos) tras la introducción de las coparticipaciones en los medicamentos.

*Harris et al. (1990)* más recientemente analizan el caso del consumo de medicamentos, diferenciando entre fármacos «importantes» y fármacos «discrecionales», encontrando una reducción en la utilización de ambas categorías de medicamentos aunque con una reducción relativamente mayor en el caso de los discretionales. Este estudio muestra de alguna forma los resultados que la teoría prevé sobre la introducción de un co-pago en forma de tasa fija por receta (de 1,50 a 3,00\$US): reducción del consumo en términos absolutos, sea éste necesario o no. El hecho de que la reducción sea relativamente mayor para los «discrecionales» es muy sensible a la coincidencia entre la definición de necesidad y aquellas decisiones de consumo donde el riesgo moral está más implicada.

*Soumerai et al. (1987, 1991)* clasificaron los medicamentos en tres categorías: (1) Medicamentos Eficientes, importantes, (2) Medicamentos Eficientes, no importantes, y (3) Medicamentos de Efectividad limitada o inexistente. En su experimento se evaluaba la imposición de un techo en el consumo de 3 medicamentos mensuales durante 11 meses al año, donde la reducción en el consumo se producía para las tres categorías, aunque relativamente, la reducción era mayor para aquellos incluidos en (3). Pese a esto, en términos absolutos, la reducción del consumo era mayor para aquellos medicamentos categorizados como importantes. Este resultado nos muestra cómo medidas de tipo lineal pueden introducir efectos no deseados, manteniendo en mente que, medidas que distingan coparticipaciones diferenciadas para medicamentos importantes pueden introducir un nivel de gasto superior como consecuencia de la existencia de unos costes (marginales) administrativos superiores o, por el contrario, del fraude derivado de una reducida transparencia en la estructura de precios de los productos farmacéuticos.

En la filosofía de los estudios de *Harris et al.* o *Soumerai et al.* aparece la exigencia de clasificar los medicamentos en función de sus beneficios (efectividad y eficacia) para equilibrar de esta manera los costes de reducir un consumo necesario con los beneficios derivados de los ahorros que esta medida supone para el erario público (*Gerdtham & Johannesson, 1996*).

La falta de información sobre los efectos de cada medicamento sobre el estado de salud de los individuos, y la falta de avances en la definición de qué se considera *consumo necesario* (*Consumo Terapéuticamente Adecuado*<sup>14</sup>), son algunas de las principales causas del déficit de análisis en este sentido. En cualquier caso, los efectos difieren sustancialmente para consumos de grupos terapéuticos diferentes<sup>15</sup>.

A pesar de que algunos estudios han perseverado en esta misma línea de análisis con resultados similares, éstos son difícilmente extrapolables de forma inmediata a nuestra realidad. El contexto propio de un sistema nacional de salud como el nuestro puede afectar de manera significativa la interpretación de dichos resultados.

### **6) Impacto de la coparticipación de los costes en la asistencia sanitaria**

Cuando hablamos de los efectos disuasorios sobre la demanda de servicios sanitarios en genérico, y su efecto indirecto sobre el volumen y ritmo de crecimiento del gasto sanitario total (sea éste público o privado), la evidencia científica no ofrece un horizonte muy alentador.

Desde la experiencia comparada, el estrecho efecto disuasorio del copago en los servicios públicos viene justificado bien por un incremento del gasto sanitario privado (como ocurre en los seguros privados, como el *Medi-gap* en los EE.UU., o las *Assurances complementaires* en Francia), bien por el incremento en el nivel de precios sanitarios, bien por los costes de administración que suponen la implantación de estas reformas<sup>16</sup>. En la tabla siguiente podemos observar algunos de los modelos de coparticipación en los costes que se plantean en países de nuestro entorno (*tabla 1*). La experiencia es sin duda diversa en los servicios sanitarios y las formas y mecanismos de coparticipación aplicados, lo que nos confiere la capacidad de observar las posibilidades y efectividad de los mecanismos antes mencionados.

Más aún, se observa que en los países donde se han aplicado estas medidas, las participaciones en los costes pueden haber resultado

<sup>14</sup> Laporte et al. (1984) señalan que tan sólo el 41,6 % de las unidades de servicios farmacéuticos vendidos en 1980 tenían un valor terapéutico potencial alto, siendo el 26,2 % de un valor inaceptable, y residualmente, un 20 % de un valor dudoso o nulo.

<sup>15</sup> Nelson, Reeder and Dickson, 1984. Reeder and Nelson, 1985. Lohr et al., 1986.

<sup>16</sup> Estos son los principales factores causantes de la ineficacia de las fórmulas de coparticipación (*cost-sharing*) que la OCDE identifica. *Health Care Reform: controlling spending and increasing efficiency*. OCDE Economic Studies, n.º 24, 1995.

**TABLA I**  
**La participación de los usuarios en el coste en los Sistemas Sanitarios de los países de la Europa occidental**

País	Primer contacto con el sistema	Derivaciones (dentro del sistema)	Medicamentos
<i>Alemania</i>	Ninguno.	Copago plano hasta los 14 días de hospitalización anuales, tras los que no se aplica participación alguna por parte del usuario.	Copago variable. Sistema de precios de referencia. No se aplica la cobertura para aquellos medicamentos en listas negativas de financiación pública.
<i>Austria</i>	No afecta al 80 % de la población. El resto se les aplica una tasa porcentual de copago sanitario, o bien están exentos en relación a su reducido nivel de rentas.	Combinación de copago y tasa porcentual (con exenciones). El esquema de pagos directos por parte del paciente queda limitado a los primeros 28 días de hospitalización.	Copago para los medicamentos de prescripción farmacéutica. Los productos farmacéuticos no prescritos por profesionales sanitarios quedan excluidos.
<i>Bélgica</i>	Amplio rango de copagos y tasas porcentuales de participación en el coste, con excepción de aquellos colectivos de rentas bajas. Se permite un sistema de facturación extra a los pacientes (a).	Copago variable de acuerdo con los sistemas de pago de los profesionales. Los beneficios se reducen después de 90 días, siendo menor para los colectivos de rentas bajas.	Copago y tasas porcentuales de participación en los costes que van desde un 0 % a un 85 % según el tipo de medicamento consumido. Aquellos productos farmacéuticos fuera de la lista (positiva) de financiación del sistema no se cubren en modo alguno.
<i>Dinamarca</i>	Ninguno.	Ninguno.	Tasa porcentual de participación variable (0-50 %) aplicada en base a precios de referencia de los medicamentos. Aquellos medicamentos fuera del formulario MOH se excluyen de la cobertura del sistema.
<i>España</i>	Ninguno.	Ninguno.	Tasas porcentuales de participación en el coste del consumo farmacéutico. Lista positiva de medicamentos de cobertura pública.

**TABLA I (cont.)**  
**La participación de los usuarios en el coste en los Sistemas Sanitarios de los países de la Europa occidental (cont.)**

País	Primer contacto con el sistema	Derivaciones (dentro del sistema)	Medicamentos
<i>Finlandia</i>	Ninguno. Se establece una elección entre: un pago anual previo, un copago, o bien un copago con un máximo en la factura de participación del usuario en el coste anual. Varía en función de los municipios.	Niveles de pago máximo para las estancias hospitalarias (diarias) y para las visitas de especialista.	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los medicamentos.
<i>Francia</i>	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste. Se permite una facturación extraordinaria para determinadas categorías de médicos.	Tasas porcentuales de participación «per diem», junto a copagos que cubren las comidas. No se aplican los pagos directos por parte de los usuarios tras los primeros 30 días.	Mayoritariamente sujeto a tasas porcentuales de participación. Existe una lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
<i>Grecia</i>	Ninguno, aunque la facturación extraordinaria es común entre los médicos privados.	Ninguno para los internamientos hospitalarios. Algunos esquemas practican la financiación compartida mediante tasas de participación de los usuarios para servicios diagnósticos.	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los medicamentos.
<i>Holanda</i>	Ninguno para el seguro público, aunque varía en el caso del seguro privado.	Ninguno para el seguro público, aunque varía en el caso del seguro privado.	Sistema de precios de referencia, con exclusión de algunos medicamentos.
<i>Irlanda</i>	Ninguno para la categoría I de la población (representaba el 37 % en 1987). La participación es del 100 % para el resto de la población a menos que contraten seguros sanitarios al respecto. A aquellos colectivos asegurados se les aplica un deducible anual, que también actúa como nivel máximo de participación de los usuarios.	Ninguno para la categoría I en los hospitales públicos. Para el resto, los copagos se aplican para la primera visita hospitalaria externa (por episodios), así como un copago «per diem» para aquellos primeros 10 días de hospitalización (anual). Las aseguradoras compran asistencia gratuita para los hospitales tanto públicos como privados.	Ninguno para la categoría poblacional I. Al resto de la población se le aplican deducibles, que actúan a su vez como niveles máximos de participación mensuales. Aquellos medicamentos incluidos en la lista negativa de financiación pública no son cubiertos.

**TABLA I (cont.)**  
**La participación de los usuarios en el coste en los Sistemas Sanitarios de los países de la Europa occidental (cont.)**

País	Primer contacto con el sistema	Derivaciones (dentro del sistema)	Medicamentos
<i>Islandia</i>	Copagos, con tasas superiores para aquellas visitas fuera del horario habitual de trabajo. Copagos superiores para visitas domiciliarias. Existe un máximo para la participación financiera del usuario.	Ninguno para los internamientos hospitalarios. Combinación de copago y tasa porcentual de participación para la asistencia de especialistas y las visitas externas. Copago en servicios diagnósticos. Existe un máximo para la participación financiera del usuario.	Combinación de deducibles diarios por prescripción, junto con tasas porcentuales de participación hasta un nivel máximo en la misma. Algunos medicamentos son completamente gratuitos, mientras que otros quedan excluidos de la cobertura pública.
<i>Italia</i>	Ninguno.	Ninguno para la atención de internamiento. La coparticipación en costes fue introducida en 1990 para los hospitales públicos en cuanto a procedimientos diagnósticos, visitas hospitalarias y tratamientos en balnearios.	Se aplican deducibles tan sólo en caso de medicamentos considerados esenciales. La mayoría del resto se financian a través de la combinación de deducibles y tasa porcentuales de participación del usuario. Algunos productos farmacéuticos quedan excluidos de la cobertura pública.
<i>Luxemburgo</i>	Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste de los servicios.	Copagos «per diem» indexados a la inflación.	Tasas porcentuales de participación, excepto en aquellas «enfermedades especiales». Los medicamentos en los internamientos son gratuitos.
<i>Noruega</i>	Coparticipación en costes, con un nivel máximo de aportación anual para el conjunto de los servicios.	Ninguno para la atención de internamiento. Coparticipación para los servicios de diagnóstico.	Sistema de precios de referencia para aquellos medicamentos considerados «esenciales».
<i>Portugal</i>	Coparticipación en los costes.	Coparticipación en los costes.	Dos tasas porcentuales de participación, en función del tipo de medicamento implicado en el consumo. Adicionalmente, algunos productos farmacéuticos son gratuitos, aunque otros son excluidos de la cobertura pública.

**TABLA I (cont.)**  
**La participación de los usuarios en el coste en los Sistemas Sanitarios de los países de la Europa occidental (cont.)**

País	Primer contacto con el sistema	Derivaciones (dentro del sistema)	Medicamentos
Reino Unido	Ninguno.	Ninguno, con excepción de las camas hospitalarias de reposo.	Copagos pese a que el 83 % de las prescripciones están exentas. Listas negativas de medicamentos que excluyen la cobertura del NHS.
Suecia	Copago, con niveles máximos de participación del usuario en la factura de los servicios sanitarios, a excepción de los de internamiento.	Copago «per diem» para los servicios de internamiento. Copagos para aquellas derivaciones terapéuticas.	Copago para el primer producto farmacéutico prescrito, con copagos significativamente menores para sucesivas prescripciones. Sistema de precios de referencia para medicamentos con equivalentes «genéricos».
Suiza	Combinación de deducibles anuales junto a tasas porcentuales de participación en los costes.	Copagos «per diem» para la hospitalización.	Coparticipación del usuario en los costes del consumo farmacéutico, que varía entre esquemas de seguro sanitario. Listas negativas de medicamentos que excluyen el consumo de la cobertura pública.
Turquía	La mayoría son proveedores privados que aplican esquemas de «pago por acto» (FFS) en sus facturas.	Los seguros sanitarios sociales cubren la totalidad de los costes, pese a que a colectivos no asegurados se les aplican tasas específicas.	Todos los esquemas de seguro sanitario social aplican tasas porcentuales de participación del usuario para los medicamentos (de visitas externas).

NOTAS: (a) La facturación extraordinaria se realiza por encima de aquellos máximos (de cobertura) establecidos por el esquema asegurador (al que el paciente se adhiere), y que el proveedor último de los servicios carga directamente al paciente.

FUENTE: Adaptado de European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. WHO. 1996.

débiles y/o insuficientemente duraderas para provocar un efecto relevante. Se reconoce pues que los efectos del copago pueden ser tan sólo transitorios (variación del nivel de gasto a corto plazo, aunque no de la tendencia y/o nivel en el largo plazo), recuperándose la tendencia creciente del consumo tras su introducción (Nelson, Reeder and Dickson, 1984. Reeder and Nelson, 1985).

Sobre el volumen en la participación del usuario y la visualización de los efectos, estudios como los de Manning o Newhouse et al. (1987) muestran que en países donde esta práctica es más corriente, la importancia del *coste del tiempo* dentro de los costes monetarios en la utilización del servicio hace diluir el efecto del ticket, ya que su peso en el precio total es menor en términos relativos. A este efecto dos estudios clásicos, como son los de Greenlick y Darsky (1968) o Phelps y Newhouse (1974), indican una elasticidad-precio del consumo de los productos farmacéuticos muy baja, lo cual puede ser consecuencia, bajo la interpretación de los últimos, de que el consumidor detecta tanto el *coste monetario directo* del copago, como el *indirecto*, en su tiempo de espera y de desplazamiento<sup>17</sup>. Para los casos de consultas domiciliarias con costes indirectos nulos, la elasticidad-precio estimada parecía mucho mayor (5,3:1). La valoración del tiempo es mayor en los servicios que en los medicamentos, hasta el punto que en algunos servicios el coste indirecto es negligible frente al monetario. Estos estudios indican también que entre los servicios, los más elásticos son los servicios de *prevención sanitaria* y luego las *visitas médicas a domicilio*.

En consecuencia, podemos hablar de bondad en los copagos cuando se cumplen ciertas condiciones de la *demanda sanitaria* y del *seguro*. En situaciones donde la demanda es relativamente poco sensible a cambios en el precio (inelasticidad de la demanda) no cabe aplicar este tipo de medida, por el reducido impacto disuasorio que van a tener. Tiene también poco sentido, y más aún a la vista del fraude que dichas medidas provoca en nuestro país, aplicar el copago en situaciones donde los beneficios (en términos de bienestar) del contrato de seguro es mayor, así como situaciones donde el riesgo moral es menor. Consecuentemente, si se pretende un efecto racionalizador, la participación debería ser menor para *cuidados intensivos* y mayor para *servicios ambulatorios, medicamentos, cuidados dentales y oftalmología*. López i Casanovas (1993) considera entonces igualmente interesante explorar las posibilidades de aplicación *al uso no urgente de servicios de emergencia, o a tratamientos dentales, en*

---

<sup>17</sup> Consumo de consultas no domiciliarias médicas y recetas.

función de que los individuos se hayan sometido a revisiones regulares.

Una elasticidad-precio de la demanda alta sería interpretada también como un signo de mayor soberanía o poder del usuario en la decisión de consumo de asistencia sanitaria y, por tanto, un indicador de la bondad de la aplicación del copago para la contención del consumo. Esta interpretación requeriría entonces un *ajuste por necesidad*<sup>18</sup>, si se considera necesario proteger al individuo de carencias educativas (en materia sanitaria) o informativas.

González y Murillo (1993) ofrecen para España evidencias econométricas sobre la incidencia de las primas en la demanda de asistencia sanitaria para el período 1972-1989. Estos autores estiman una alta sensibilidad de la demanda de servicios privados de seguro sanitario (una elasticidad-precio de la demanda en torno al  $-0,44$ ) que engloba, sin embargo, comportamientos muy diversos, como las variaciones en la renta, el régimen laboral del cabeza de familia, la edad y la clase social de los individuos. Esta prima entendida como visualización del coste de la asistencia sanitaria (aproximación conceptual a la misma) tiene problemas conceptuales, ya que los asegurados privadamente son beneficiarios de seguros colectivos, con lo que existe un beneficio en especie no sustitutorio de la prestación monetaria equivalente sometida a la decisión individual (López i Casanovas, 1993). Adicionalmente no podemos olvidar que las primas o pólizas que analiza el estudio incluyen todo tipo de servicios. Dicha heterogeneidad hace difícil establecer conclusiones más allá que las que ofrece la elasticidad-precio de un *servicio promedio*.

### **I.B. El impacto de la coparticipación en los costes para la decisión de consumo farmacéutico**

Es en el caso del consumo farmacéutico donde más esfuerzos y estudios se han dedicado en relación a la coparticipación del usuario en el coste asistencial. Este esfuerzo, que se ha traducido en otros países en propuestas concretas, en España ha quedado recientemente en el tintero del debate de política sanitaria. Su

---

<sup>18</sup> En este punto se plantea el interrogante de cómo introducir este ajuste. El establecimiento de auditorías de prescripción al estilo de las que en el Reino Unido se producen, o bien el desarrollo ex-ante de criterios de prescripción necesarios terapéuticamente, bien sea por parte de la profesión médica exclusivamente, bien de forma «negociada» y «consensuada» con el ente financiador público, son alternativas válidas para hacerlo.

utilización fue una de las recomendaciones ofrecidas por el *Informe Abril* (1991), en concreto y con el objetivo de introducir cierta conciencia de costes, mediante la introducción de tasas nominales por el consumo de ciertos servicios sanitarios, entre ellos el consumo de productos farmacéuticos. Entre dichas recomendaciones se encontraban algunos aspectos que se tratan más adelante en el texto, como la reducción del privilegio a los pensionistas en cuanto al consumo de medicamentos, incrementando otro tipo de beneficios para este colectivo de la población.

El volumen de gasto farmacéutico que acarrearán los sistemas nacionales de salud (ver tabla y gráfico siguientes) pueden explicar, entre otras razones, el relativo mayor interés que despiertan las coparticipaciones en el consumo farmacéutico.

A nivel macroeconómico podemos observar un fuerte crecimiento real (deflactado por el IPC del grupo 5.1, «Medicamentos y otros productos farmacéuticos») del gasto público farmacéutico (en torno al 11,89 % tasa anual acumulativa de crecimiento), que se traduce en un crecimiento de la participación de esta partida sobre el gasto público sanitario del SNS. Este hecho, producido por un ritmo igualmente creciente del gasto público sanitario, no resulta muy informativo si no contextualizamos la situación en el ámbito de los países de la Unión Europea.

España comparte entonces la primera posición en ambos períodos, lo cual muestra el carácter distintivo y posiblemente estructural en el tiempo del comportamiento del gasto farmacéutico y sanitario en nuestro país. Esta pauta de comportamiento parece perpetuarse e incluso acentuarse en el tiempo, donde el ratio europeo se mantiene en torno al 12 % mientras que los valores para España rozan en 1996 el 24 %. Para ser rigurosos tenemos que señalar la existencia de dificultades<sup>19</sup> en la comparación de ambas situaciones, aunque resulta indudable que nuestro país representa en el entorno europeo un caso atípico en lo referente a la participación de gasto público farmacéutico.

Para situarnos, podemos establecer qué medidas de política sanitaria se han tomado en cuanto a la contención de costes farmacéuticos, indicando también cuáles son los puntos que se encuentran actualmente en la agenda futura de política sanitaria.

---

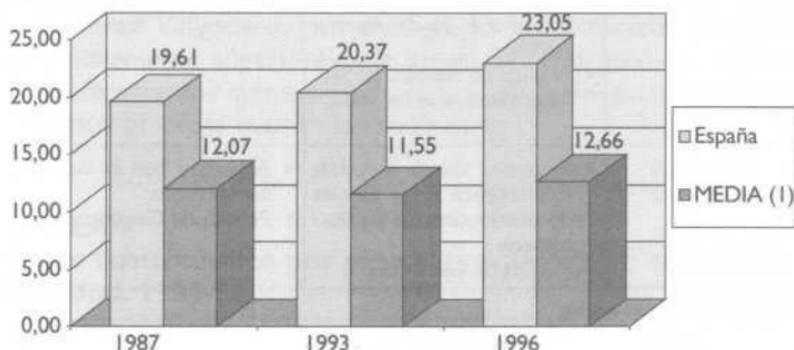
<sup>19</sup> Los datos y la muestra de países no son homogéneos en el tiempo, algo que dificulta las conclusiones en clave de evolución temporal.

**TABLA 2**  
**Evolución y relevancia del gasto farmacéutico de financiación pública**

Año	Gasto Farmacéutico público nominal. (1) Millones Ptas. corrientes	IPC grupo 5.1 base 1992	Gasto Farmacéutico público real		Gasto Sanitario público SNS nominal. (2) Millones Ptas. corrientes	GF/GS (1)/(2) %
			Millones Ptas. reales	T. crec. anual %		
1987	256.493	91,24	282.205	-	1.307.647	19,61
1988	303.822	93,23	327.122	15,92	1.479.574	20,53
1989	361.369	94,17	385.227	17,76	1.795.841	20,12
1990	419.971	94,83	444.563	15,40	2.065.984	20,33
1991	491.616	96,87	509.450	14,60	2.259.351	21,76
1992	565.027	100,38	565.027	10,91	2.845.265	19,86
1993	609.398	101,63	601.944	6,53	2.991.052	20,37
1994	648.987	103,41	630.014	4,66	3.225.516	20,12
1995	729.799	106,45	688.224	9,24	3.314.456	22,02
1996	812.677	109,50	745.013	8,25	3.526.045	23,05
1997	856.790	110,90	775.538	4,10	3.591.551	23,86

FUENTE: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad y Consumo e INE.

**GRAFICO I**  
**Ratio Gasto farmacéutico público sobre Gasto sanitario público. Evolución 1987-96**



	1987	1993	1996
España . . . . .	19,61	20,37	23,05
MEDIA (1) . . . . .	12,07	11,55	12,66
DES. EST. (1) . . . . .	4,60	3,72	3,91

NOTAS: (1) Los países que se incluyen son Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza. Se ha excluido del análisis a Grecia tanto por la falta de datos (tan sólo para 1996) como por los valores extremos que muestra (30,2 %).

FUENTE: Indicadores de la Prestación Farmacéutica del SNS (1990) y Farmaindustria (1994 y 1998).

En la *tabla 3* podemos observar cómo algunas de las medidas, simplemente están en curso o bien no han alcanzado un desarrollo total, de forma que se encuentran como posibles soluciones en un escenario de política sanitaria cercano. Desde la oferta, cabe destacar primordialmente los recientes acuerdos entre la administración sanitaria central y la *Industria Farmacéutica* (período 95-97), imponiendo un techo en el nivel de beneficios de la industria farmacéutica que se sitúan en el 7 % para 1996 y el 4 % para 1997. En concreto, los acuerdos establecen la devolución de los márgenes brutos correspondientes a los incrementos del gasto por encima del porcentaje fijado, así como algunas recomendaciones a las oficinas de farmacia para ofrecer descuentos (hasta un 2 % del PVP) a los usuarios de medicamentos. Este tipo de acuerdos han abierto un debate eminentemente académico sobre los márgenes comerciales lineales y únicos, con propuestas de márgenes diferenciados según los servicios ofrecidos, por sectores o grupos diferenciados (*Sicilia, 1996*).

**TABLA 3**  
**Políticas de contención de gasto farmacéutico en España**

	Experimentadas	En Agenda
<i>Por la parte de la Demanda</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de los usuarios en los costes (1978, 1979, 1980).</li> <li>• Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos (1993).</li> <li>• Precios de referencia. Servicio Valenciano de Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarifa plana al estilo de MUFACE.</li> <li>• Precios de referencia.</li> </ul>
<i>Por la parte de la Oferta</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdos con la industria farmacéutica y los canales de distribución de medicamentos.</li> <li>• Política de Genéricos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdos con la industria farmacéutica.</li> <li>• Política de Genéricos.</li> </ul>

FUENTE: Elaboración propia.

Recientemente se han producido algunos avances en cuanto a la implementación de un mercado de genéricos en nuestro país, algo que forzosamente va a tener repercusiones futuras pese a que, en realidad, este mercado representa escasamente un 3 % del total de prescripciones del mercado. Se ha aducido también el escaso desarrollo de la normativa europea en relación con las patentes del sector farmacéutico, como factor determinante de los reducidos avances en este sentido en España (*López i Casasnovas, 1997*). En este contexto, el mercado de genéricos no va a tener un impacto importante sobre el gasto farmacéutico, ya que se adscribe

a un mero «cambio de copias» que representan un 30 % en el total de prescripciones.

Finalmente, cabe señalar las recomendaciones que en este sentido introduce la OCDE. Este organismo establece la necesidad de realizar una evaluación rigurosa de las variaciones en los patrones de prescripción en y entre países (OCDE, 1993c), así como un avance en la desregulación selectiva del mercado minorista.

Desde la demanda, observamos que los avances se han centrado primordialmente en la financiación selectiva de medicamentos, en la participación del usuario de los mismos en el coste, y, en el caso del Servicio Valenciano de Salud –SVS–, en la imposición de precios máximos (de referencia) a los que la autoridad sanitaria valenciana está dispuesta a financiar aquellos medicamentos de prescripción más frecuente. Pese a lo reciente de la experiencia, esta línea de actuación puede establecer en un futuro una vía de avance importante en la contención del gasto farmacéutico global del Sistema Nacional de Salud español.

En concreto, la autoridad sanitaria valenciana establece una exención en la necesidad de devolución de los beneficios por parte de la industria al Ministerio de Sanidad y Consumo (acuerdos antes comentados) equivalente a un 2 %, a cambio de un compromiso de la industria de proveer según unos precios de referencia impuestos por el regulador al conjunto de 38 medicamentos. La Comunidad Valenciana, con unos gastos farmacéuticos *per cápita* ostensiblemente superiores a la media nacional (tabla 4), localizó 38 medicamentos que representaban el 45 % del gasto farmacéutico total en dicha comunidad autónoma.

**TABLA 4**  
**Gasto farmacéutico por persona protegida en el Servicio de Salud. 1993-96**

	Gasto farmacéutico		Indice	
	1993	1996	1993	1996
S.V.S. Valencia . . . . .	18.443	26.187	117,64	119,94
S.C.S. Cataluña . . . . .	16.695	23.750	106,49	108,78
S.A.S. Andalucía . . . . .	16.749	22.534	106,84	103,21
SERGAS. Galicia . . . . .	14.746	22.000	94,06	100,76
S.N.S. Navarra . . . . .	15.249	20.906	97,27	95,75
INSALUD. G. Directa . . . . .	14.648	20.081	93,44	91,98
S.C.S. Islas Canarias . . . . .	—	19.964	n.d.	91,44
Osakidetza. País Vasco . . . . .	13.584	19.934	86,65	91,30
<i>INSALUD Estatal . . . . .</i>	<i>15.677</i>	<i>21.833</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

FUENTE: Elaboración propia a partir de Farmaindustria, 1994 y 1998.

Como analizaremos más adelante, la implantación de una tarifa plana al estilo MUFACE es también una de las alternativas de acción reguladora en el futuro. Este punto nos conduce al debate sobre las posibilidades de la participación del usuario en el coste de la prescripción; debate que por otra parte tiene que incorporar en el estudio de la decisión individual de consumo de medicamentos una serie de consideraciones metodológicas importantes. Muchas de ellas aparecen, como veremos, como simple reflejo de las dificultades que encontramos en el estudio de la demanda de la asistencia sanitaria.

### **1) Límites de los efectos de coparticipación en productos farmacéuticos**

Rodríguez (1986), autora que ha estudiado profusamente este tema en nuestro país, localiza y resume cuatro factores que pueden reducir la eficacia del copago como medida racionalizadora del gasto farmacéutico:

- a) La demanda farmacéutica es en gran medida inducida por los profesionales. Los efectos introducidos en la contención del gasto, vía coparticipaciones en el coste, pueden no traducirse en un menor consumo (cantidades) de prescripciones farmacéuticas, resultando finalmente en un nivel de gasto farmacéutico superior. Se hacen por tanto necesarias consideraciones relativas al precio y a la cantidad consumida que añaden mayor complejidad, si cabe.
- b) Existe una capacidad de reacción de los oferentes (más allá de los médicos, los hospitales, y/o la industria farmacéutica) para mantener sus rentas, e influir sobre el grado de utilización y gasto farmacéutico.
- c) Existen bienes sustitutivos, como la asistencia sanitaria hospitalaria, cuyo consumo no necesariamente es más eficiente.
- d) El efecto disuasorio del copago puede ser a corto plazo, como ya hemos comentado anteriormente, retomando el consumo su tendencia en el largo plazo.

El escepticismo del efecto racionalizador de los copagos en farmacia es bastante común. Se plantea generalmente la alternativa de influir directamente sobre el médico (o aquellos agentes que determinen realmente el consumo farmacéutico) para mejorar los comportamientos prescriptores. No cabe duda de que en algunos entornos hay más margen de maniobra que en otros: Ryan et al. (1996) analizan esta posibilidad en el entorno sanitario escocés

(región de Grampian) y observan que existe muy poca conciencia de costes de los medicamentos por parte de los médicos. En definitiva, concluyen que la efectividad de medidas educativas de los médicos se hallan, en general, infravaloradas.

## 2) *Algunos resultados empíricos de la coparticipación en productos farmacéuticos*

Los primeros estudios corresponden a los estudios de *Greenlick y Darsky (1968)*<sup>20</sup> y a *Phelps y Newhouse (1974)*, ya comentados anteriormente. Ambos indican una elasticidad-precio del consumo de los productos farmacéuticos reducida. Posteriormente, un estudio para el *British National Health Service*, *Schnell (1975)* precisa que una participación en el pago del usuario puede bien reducir el consumo de prescripciones farmacéuticas, pero también aumentar el gasto, debido a un aumento del número de envases por prescripción.

El trabajo empírico más conocido sobre la elasticidad-precio del consumo de medicamentos es el resultado del experimento natural efectuado por la *Rand Health Insurance Corporation (RAND)* entre 1974 y 1982. Se estudiaron a 7.000 norteamericanos (distribuidos aleatoriamente) menores de 62 años, bajo diferentes regímenes de aseguramiento<sup>21</sup>, donde la coparticipación en el coste iba desde el 0 % al 95 % por parte del usuario. Entre los resultados más destacables están el efecto desincentivador del copago en aquellos modelos aseguradores con mayor participación: un menor consumo de los grupos con participación en número de prescripciones, cuantificado entre un 18 y 33 % del consumo si lo comparamos con aquellos grupos sin coparticipación; y un menor gasto en medicamentos (entre el 24 y 42 % menor). La elasticidad-precio de la demanda de medicamentos era  $-0,1$  para el tramo de pacientes entre el 0 y el 25 % (coparticipación en el coste de consumir) y  $-0,2$  en el tramo de 25 a 95 %.

---

<sup>20</sup> Estos autores estimaron una elasticidad-precio en torno al  $-0,40$  para los consumidores, que comprendían su participación en el coste de los medicamentos entre un 9 % y un 100 % del mismo. *Newhouse (1978)* corrige sus cálculos, ya que este tramo de precios podía indicar una necesidad mayor, y por tanto la elasticidad-precio para el tramo 0 %-9 % coincidía con los resultados de *Phelps y Newhouse (1974)* en torno al  $-0,07$ .

<sup>21</sup> Los modelos de aseguramiento eran en el experimento: (1) Free Care Plan, donde los participantes tenían todos los gastos cubiertos en un 100 %. En este caso todos los cuidados que requerían admisión hospitalaria estaban cubiertos por el seguro, no así los cuidados ambulatorios con un copago del 95 %. No se aplicaba ningún techo en el gasto dependiente de la renta familiar, aunque sí un pago máximo de 450 \$ anuales por familia y 150\$ anuales para los hogares unipersonales. (2) La participación era del 25 % con un techo del 5 % del presupuesto familiar. (3) La participación del usuario era del 50 % con un techo del 10 % de la renta familiar, y (4) La participación era del 95 %, también con un techo del 15 %. En los modelos 2 a 4 el consumo no podía ser superior a 1.000 dólares USA anuales.

La relevancia del experimento de la RAND es indudable, aunque algunos autores han mostrado las limitaciones del estudio. *Gerdtham & Johannesson (1996)* recuerdan que el copago de la RAND era lineal para todo tipo de asistencia sanitaria (y no exclusivo para los medicamentos). Adicionalmente, *Rodríguez (1986)* añade otras críticas al experimento:

- a) La no inclusión de cabezas de familia mayores de 65 años, incapacitados e inválidos, puede haber sesgado al alza la elasticidad de una población que es potencialmente la que más asistencia sanitaria consume.
- b) El estudio no distingue el efecto del ticket moderador sobre los servicios cuya demanda se presta a mayor o menor inducción.
- c) En el experimento no queda explícito si la oferta (médicos e industria) reaccionaron de alguna forma (en el tiempo) para compensar las rentas (propias) que estaban en peligro. No controlar este efecto confunde las responsabilidades en cuanto a la reducción en la utilización de medicamentos por parte de la demanda, la oferta, o bien ambas.
- d) El estudio no responde a la pregunta más básica de consumo sanitario: ¿cuál es el consumo óptimo?
- e) Finalmente, existen razones para pensar que la asistencia gratuita es más coste-eficiente que otros programas. En este sentido, *Himmelstein y Woolhandler (1984)*<sup>22</sup> muestran que un sistema universal y de asistencia gratuita es entre 3 y 100 veces más coste-eficiente en el caso de la colesteraquina en la prevención de la muerte.

Aparte del estudio de la RAND, otros como *Harris et al. (1990)*, en base a una cohorte de individuos de una HMO (*Health Maintenance Organization*), encontraron una disminución en el número de prescripciones consumidas del 10,7 % y el 10,6 %, respectivamente tras la introducción de un copago por receta de 1,50 \$ y 3,00 \$, sucesivamente. *Soumerai et al. (1987, 1991)* evalúan la reforma en el sistema de financiación para un programa Medicaid en New Hampshire-USA. Primero se introdujo un techo de tres recetas mensuales. A continuación se introdujo un copago de 1,00 \$ por receta, para un número ilimitado de recetas. Con el techo en el consumo, el volumen medio de recetas (homogéneas) se reduce

---

<sup>22</sup> Himmelstein, D., Woolhandler, S. Free Care, «Cholesteramine, and Health Policy», *New Engl. J. Med.*, 1984, 23 (311).

en torno a un 46 %, reduciéndose el número de recetas por consumidor de 5,2 a 2,8. Con el copago el efecto fue menor: de 5,2 a 4,7 recetas por persona.

Finalmente, un experimento natural desarrollado en Europa, en el National Health Service británico, donde las *user charges* aumentaron para los medicamentos un 600 % en términos reales entre 1979 y 1986, muestran<sup>23</sup> una elasticidad-precio de los medicamentos en el intervalo comprendido entre  $-0,1$  y  $-0,3$ .

### 3) El copago de medicamentos en España

Las participaciones en el coste para los usuarios de medicamentos en el caso español han evolucionado desde un 10 % del coste en 1978, a un 30 % en 1979 y finalmente un 40 % en 1980 (tabla 5). Actualmente en España los copagos se ven limitados a la provisión extrahospitalaria de medicamentos (introduciendo una exención total para los pensionistas y los pacientes crónicos<sup>24</sup>), aplicándose a toda la población bajo la tutela de la Seguridad Social. Estos copagos individuales no suelen estar cubiertos por ningún tipo de seguro privado.

Burstall (1993) evalúa el impacto sobre el gasto farmacéutico en España de diferentes escenarios de precios de los medicamentos y elasticidades-precio de la demanda en el mercado español, concluyendo también que la responsabilidad del consumidor en este caso es negligible, dado el hecho que es el médico quien toma la decisión por él, suponiendo una situación de relación de agencia imperfecta.

El copago en medicamentos como medida desincentivadora de un mayor gasto farmacéutico tampoco ha obtenido los frutos pretendidos en un principio. Algunas causas van más allá de aquellas implicadas en evaluaciones de copagos fuera de nuestro país. Principalmente cabe señalar el *tratamiento dual de pensionistas y activos* en la Seguridad Social española y el *régimen fiscal de deducción* para los consumos farmacéuticos, al restar transparencia a la estructura de costes percibida por los consumidores. Puig (1988) estima para los años 1983, 1984 y 1985 un *trasvase de recetas* de activos a pensionistas entre el 30 y el 40 % de su consumo, lo que equivale

<sup>23</sup> Sólo O'Brien (1989) muestra una elasticidad precio de  $-0,33$  para 1969-86. O'Brien, B., «The effect of patient charges on the utilization of prescription medicines», *J Health Econ*, 1989, 8: 109-32.

<sup>24</sup> De hecho existe un conjunto de medicamentos para enfermedades crónicas para los que se requiere una participación del 10 % en el coste por parte del usuario, con un techo de 439 ptas., y que se actualiza anualmente. Esta contribución reducida se ha extendido recientemente a los afectados por la enfermedad del SIDA.

**TABLA 5**  
**Características cronológicas de la financiación del**  
**consumo farmacéutico español**

Etapa	Sistema
23 diciembre 1966	Petitorio y Catálogo de Especialidades Farmacéuticas de la Seguridad Social.
23 diciembre 1966	Supresión del anterior sistema por Decreto 3157/1966.
23 diciembre 1966- 14 abril 1978	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precio Medicamento (PM) &lt; 30 ptas., copago de 5 ptas.</li> <li>• PM ≥ 30 ptas., copago del 10 % del PM.</li> <li>• Copago máximo de 50 ptas.</li> </ul>
14 abril 1978	Reforma del anterior sistema por Decreto 945/1978
14 abril 1978- enero 1979	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuidad de los fármacos para los pensionistas y beneficiarios de su cartilla de asistencia sanitaria.</li> <li>• Copago de un 20 % del PM para los trabajadores en activo y beneficiarios de su cartilla de asistencia sanitaria.</li> <li>• Catálogo de productos farmacéuticos (Anexos de las Ordenes de 19 de mayo de 1979).</li> </ul>
Enero 1979- septiembre 1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuidad de los fármacos para los pensionistas y beneficiarios de su cartilla de asistencia sanitaria.</li> <li>• Copago de un 30 % del PM para los trabajadores en activo y beneficiarios de su cartilla de asistencia sanitaria.</li> <li>• Catálogo de productos farmacéuticos (Anexos de las Ordenes de 19 de mayo de 1979).</li> </ul>
Septiembre 1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuidad de los fármacos para los pensionistas y beneficiarios de su cartilla de asistencia sanitaria.</li> <li>• Copago de un 40 % del PM para los trabajadores en activo y beneficiarios de su cartilla de asistencia sanitaria.</li> <li>• Catálogo de productos farmacéuticos (Anexos de las Ordenes de 19 de mayo de 1979 y 8 de octubre de 1980).</li> </ul>

FUENTE: Elaboración propia.

entre un 15 y 20 % del total de recetas. Esta situación es especialmente grave si pensamos que en el período 1978-84, pese a que los pensionistas (cuyo consumo de medicamentos es superior al del resto de la población), pasaron de representar un 15,1 a representar un 17,7 de la población protegida por la Seguridad Social, configurando un 50,0 % de las recetas del sistema y un 63,5 % del gasto a cargo de la misma.

Para el mercado farmacéutico español, el autor deriva unas elasticidades-precio de  $-0,13$  para el consumo y de  $-0,15$  para el gasto farmacéutico. Esto implicaría que aumentando porcentualmente el precio (medio) en un 1 %, se conseguiría tan sólo una reducción del consumo del 0,13 %. Esta reducida sensibilidad al precio viene explicada, a juicio del autor, básicamente por el efecto trasvase antes descrito, junto a un posible efecto renta sobre el consumo durante el período 1967-77.

#### 4) El experimento natural de MUFACE en copago farmacéutico

Una vía de esclarecimiento del «efecto trasvase» podría venir de la mano de MUFACE. En efecto, los afiliados de MUFACE aportan un copago general (para pensionistas y activos) del 30 %, mientras que los pensionistas del régimen general de la Seguridad Social no realizan aportación alguna. Que los costes farmacéuticos *per capita* para MUFACE sean efectivamente un 31 % menores que la media del régimen general para el año 1993 (Ibern, 1996)<sup>25</sup> ha hecho pensar a algunos autores sobre la necesidad de profundizar en la comparación de las pautas de consumo de ambos regímenes de la Seguridad Social.

En la tabla siguiente (tabla 6) se observa la evolución del consumo farmacéutico en ptas. para el período 1990-97, para MUFACE. Este consumo muestra un crecimiento medio del 9,4 % (tasa anual acumulativa) en el período 1990-97, donde la aportación de la aseguradora sobre la facturación a PVP permanece en torno al 78 %, sin grandes variaciones. En cuanto al consumo expresado en recetas por beneficiario, el crecimiento anual medio está en torno al 0,08 %, lo cual indica un crecimiento prácticamente nulo, y que el precio medio de la receta explica el crecimiento de la factura media por beneficiario antes comentada.

**TABLA 6**  
Consumo farmacéutico por beneficiario bajo el esquema MUFACE

Año	Coste (a) por persona protegida por el seguro MUFACE		Consumo de recetas por persona protegida por el seguro MUFACE		Aportación MUFACE/PVP	
	Ptas.	T. crec. %	Rec./ persona %	T. crec. %	%	T. crec. %
1990	7.806	—	11,29	—	77,74	—
1991	9.053	15,97	11,71	3,72	78,35	0,78
1992	10.302	13,80	11,75	0,34	78,87	0,66
1993	10.867	5,48	11,14	-5,19	78,69	-0,23
1994	11.104	2,18	10,24	-8,08	77,53	-1,47
1995	12.609	13,55	10,91	6,54	78,10	0,74
1996	14.118	11,97	11,45	4,96	78,56	0,59
1997	14.600	3,41	12,00	4,79	78,14	-0,53

NOTAS: (a) Exclusivamente el coste para la aseguradora MUFACE.

FUENTE: Elaboración propia a partir de la Memoria Funcional MUFACE. 1990-95.

<sup>25</sup> Véase Ibern, P., «Gasto farmacéutico, responsabilidad individual y social», *Cinco Días*, 2 de diciembre de 1996.

Los valores que se muestran en la tabla 6 pueden compararse con los de evolución del consumo medio del régimen general de la Seguridad Social (tabla 7). En el período 1990-97, el consumo por beneficiario ha evolucionado igualmente al alza, presentando tasas medias de crecimiento muy similares a las del régimen MUFACE: 11,56 %. Esta evolución creciente y similar en ambos regímenes puede vislumbrar alguna de las debilidades de la capacidad racionalizadora del mayor copago del régimen general. Cuando observamos las cantidades consumidas y las aportaciones de las aseguradoras públicas en el consumo de las mismas, las tendencias se muestran igualmente parecidas.

**TABLA 7**  
**Consumo farmacéutico por beneficiario en la Seguridad Social (SS)**

Año	Coste (a) por persona protegida en la S.S.		Consumo de recetas por persona protegida en la S.S.		Aportación S.S./PVP	
	Ptas.	T. crec. %	Rec./ persona	T. crec. %	%	T. crec.
1987	6.937,12	—	12,01	—	—	—
1988	8.134,89	17,27	12,40	3,24	—	—
1989	9.377,54	15,28	12,51	0,94	—	—
1990	10.684,81	13,94	12,82	2,44	88,98	—
1991	12.647,05	18,36	13,17	2,78	89,50	0,58
1992	15.306,99	21,03	14,05	6,64	90,11	0,68
1993	16.471,11	7,61	13,66	-2,74	90,45	0,38
1994	17.507,07	6,29	13,32	-2,51	90,84	0,43
1995	19.644,66	12,21	14,13	6,09	91,15	0,34
1996	21.833,24	11,14	14,82	4,86	91,50	0,38
1997	22.977,63	5,24	15,08	1,76	91,78	0,31

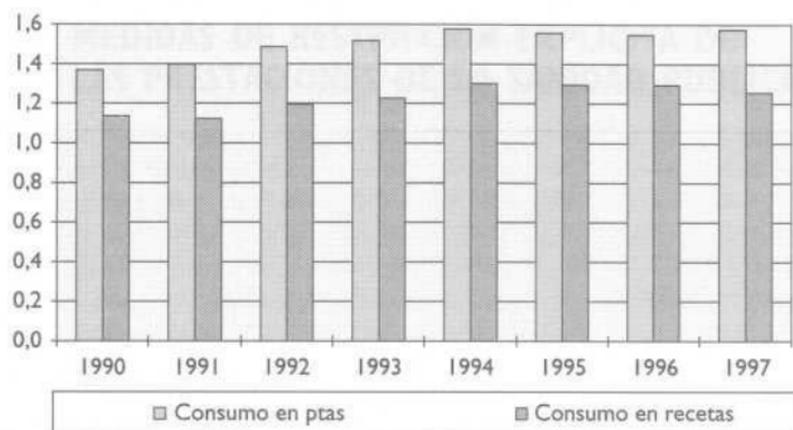
NOTA: (a) El Gasto incluye consumo de especialidades, fórmulas, efectos y accesorios.

FUENTE: INSALUD, Dirección General de Planificación y Coordinación (Ministerio de Sanidad y Consumo), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, INE y FARMAINDUSTRIA.

Sin embargo, aunque las tendencias sean comparables, no sucede lo mismo, como ya hemos señalado al inicio, con los niveles de gasto. Si comparamos el ratio de consumo, tanto en gasto por beneficiario del seguro público como en consumo de recetas, observamos niveles persistentemente superiores para el régimen general de la seguridad social. Si bien no hay duda que un copago superior para los pensionistas bajo el régimen de MUFACE constituye una de las causas que explican tales diferencias, ésta no es probablemente la única razón. En efecto, no hay que olvidar que el régimen para los funcionarios civiles de MUFACE permite contratar la asistencia sanitaria tanto al ente de provisión pública de asistencia sanitaria INSALUD como a aseguradoras sanitarias privadas. Bajo una hipótesis de demanda inducida, no parece razona-

**GRAFICO 2**

**Comparación de ratios de consumo (gasto y recetas) per cápita entre los regímenes General de la S.S. y de MUFACE**



FUENTE: Elaboración propia.

ble obviar las diferencias prescriptoras de los profesionales de uno y otro ente de provisión de asistencia sanitaria.

Es por tanto necesario introducir un ajuste en la comparación de los mismos que excluya a los titulares del aseguramiento y beneficiarios últimos del seguro que reciben asistencia sanitaria de entidades de provisión fuera del INSALUD. De esta forma podremos hacer más comparables ambas muestras y distribuir las responsabilidades a cada una de las causas en la diferencia de nivel de consumo por beneficiario MUFACE vs. Régimen General de la Seguridad Social.

En esta distribución de responsabilidades cabe hacer una presentación previa de las hipótesis de trabajo que se pueden contrastar a partir de un análisis de las decisiones individuales de consumo, desde una perspectiva temporal:

- a) Responsabilidad de la visualización del *precio* por parte del consumidor.
- b) El *comportamiento prescriptor* del médico.
- c) Responsabilidad de los diferentes *modelos de gestión* implicados.
- d) También se pueden incluir como responsables el hecho de que en un régimen se trate a un *mix de usuarios* diferente en consideración especial, por ejemplo, a características personales como la renta, la edad o el género.



## **II. MEDIDAS DE RESTRICCIÓN EXPLÍCITA DE LAS PRESTACIONES DE LA SANIDAD PÚBLICA**

Estas medidas suelen ser entendidas desde perspectivas de política sanitaria como de restricción de la oferta de servicios sanitarios, aunque desde la perspectiva económica cabe evaluar sus efectos desde la decisión de demanda que ve aumentado el precio (un copago del 100 %) de dichos servicios que antes le ofrecía el sistema público de forma gratuita. En este sentido analizamos a continuación el establecimiento en nuestro país de dos experiencias en este sentido. La primera es una medida de explicitación o establecimiento de un paquete básico de asistencia y servicios sanitarios financiados públicamente en 1995. A continuación se analiza la experiencia española en cuanto a restricción en la financiación de los medicamentos, entendido también como un ejercicio de priorización de servicios por parte de la autoridad sanitaria central.

Mientras que en la primera parecen haber pocos ejercicios de evaluación del impacto económico de las medidas de política sanitaria, en el caso del Decreto de Financiación Selectiva de los Medicamentos (1993) se aportan algunos estudios y resultados interesantes para el ámbito español.

### **II.A. Establecimiento de paquetes básicos de asistencia de provisión pública**

#### ***1) La racionalidad económica de la priorización de servicios***

En el caso de la priorización de servicios sanitarios la confluencia y combinación de criterios sanitarios y económicos resulta más evidente que en cualquier otra medida de reforma del sistema sanitario. Desde una primera aproximación más sanitaria, los cri-

terios que se aducen para la priorización de servicios tienen que ver con la efectividad y eficacia que hayan mostrado los servicios sanitarios hasta el momento, o bien en relación a nuevos servicios y productos que aparecen en el entorno clínico. Estas razones pueden ser enumeradas en tres líneas básicas:

- a) Falta de evidencia científica sobre las condiciones clínicas y de seguridad que aseguran una asistencia efectiva.
- b) Redundancia en los tratamientos con probada superioridad clínica de unos sobre otros.
- c) Servicios existentes de nulo valor terapéutico (eminentemente dirigidos al confort y satisfacción del usuario en la percepción del servicio).

Pese a que los criterios clínicos resultan fundamentales en el establecimiento de los llamados «paquetes básicos de asistencia sanitaria» financiados públicamente, las dificultades surgen cuando estos criterios han de combinarse (forzosamente) con valoraciones sociales, de política sanitaria y, adicionalmente, conceptos económicos. Estamos hablando de la combinación de conceptos como el *consenso político y social* en las preferencias sanitarias establecidas, o el de *eficiencia*. En este sentido, las motivaciones antes mencionadas llevan a plantear una serie de objetivos en la priorización que de forma esquemática pueden ser enumerados como:

Objetivo principal:

*Racionalizar (rationing or priority setting between competing demands) el sistema sanitario con el afán de mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad del gasto sanitario.*

Objetivos más específicos para la formulación de un catálogo:

- a) *Explicitar* las prestaciones que el usuario tiene derecho a percibir y las obligaciones del sistema a proveerlas.
- b) Limitar el *derecho* del usuario a recibir prestaciones y *obligaciones* del sistema a proveerlos.
- c) Establecer prioridades para la *planificación* de la asistencia sanitaria.
- d) Definir los *presupuestos* de los servicios sanitarios, al estimar el conjunto de costes para una población definida.
- e) Decidir sobre la inclusión de *nuevos servicios y tecnologías* en el conjunto de servicios financiados por los poderes públicos.
- f) *Garantizar* un conjunto *mínimo* de prestaciones a todos los ciudadanos del Estado.

La complejidad del proceso ha llevado a organizaciones como la *Organización Mundial de la Salud* a estudiar los procesos de reforma en los países desarrollados en este sentido<sup>26</sup>. La figura siguiente, producto del estudio citado, muestra esquemáticamente cuál es la dinámica en el establecimiento de prioridades, algo que va a resultarnos útil para situar la racionalidad económica en dicho proceso.

En este esquema, la racionalidad económica juega un papel determinante principalmente mediante la introducción de criterios de coste-efectividad, en los llamados *criterios técnicos* de transformación de preferencias, y finalmente, mediante los llamados *requisitos de factibilidad* de las prioridades, en cuanto al reconocimiento que los recursos organizativos y financieros del sistema no son ilimita-

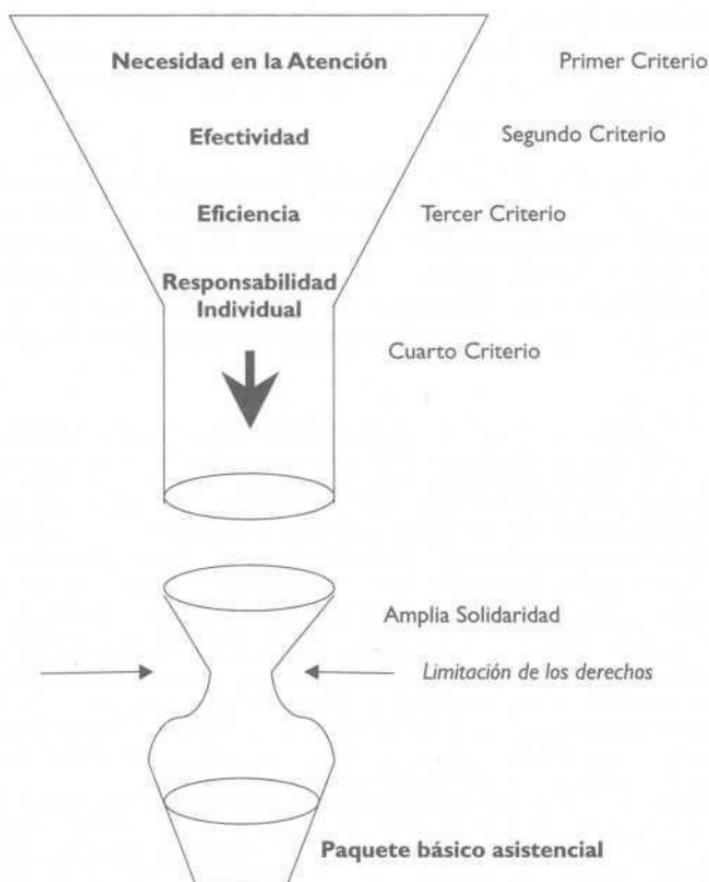
---

<sup>26</sup> La confluencia de aproximaciones diversas a la priorización de servicios en sanidad ha sido analizada por la OMS, poniendo énfasis en la dificultad de encajar criterios económicos y epidemiológicos, con aquéllos más próximos a la ciencia política y filosófica. El enfoque económico, nutrido en base a información epidemiológica sobre morbilidad para la toma de decisión coste-efectiva de diferentes procedimientos, orbita en torno a la financiación pública de servicios en un contexto de escasez de recursos, y delimita el problema —directo— de la priorización en los servicios sanitarios según criterios de coste-efectividad, aunque indirectamente introduce criterios de racionalización del acceso del usuario a los servicios que son necesarios. Estos planteamientos se han criticado desde la ciencia política, aduciendo un déficit de profundización respecto al debate de valores intrínseco en las asignaciones de recursos escasos. Este apunte ha sido efectuado también desde la filosofía para introducir una reflexión sobre los principios morales o de justicia (*utilitarismo* o *needs assessment approaches*) en que se apoyan las hipótesis de la evaluación económica.

Klein introduce un esquema comprensivo de las prácticas de racionalización de servicios que de forma secuencial puede describirse así: primero, se produce a nivel macro una asignación de recursos entre sanidad y otros servicios sociales proveídos públicamente. En segundo lugar, aparece la decisión de asignar estos recursos sanitarios en diferentes zonas geográficas o entre servicios diferenciados. Más allá se encuentra el nivel de distribución de los recursos dentro de estas zonas o servicios (p.e., trasplantes de corazón vs. cirugía). También aparecen opciones de priorización respecto a las que los pacientes tienen que acceder a los servicios. Finalmente, frente a un paciente en concreto se tiene que decidir si se proveen procedimientos caros e innovadores, si se tiene que proveer en su totalidad y por cuánto tiempo. Normalmente, la multiplicidad de formas de priorización, junto a los criterios complejos que el proceso de priorización contiene, resultan difícilmente evaluables, consecuencia de la falta de transparencia del procedimiento que las desarrolla. Klein, R., «On the Oregon Trail: Rationing Health Care», *BMJ*, 1991, 302: 1-2.

El grado de participación de los agentes implicados depende del esquema sanitario que cada país tiene, y del rol que políticos, gestores, profesionales y ciudadanos jueguen en el mismo. En el caso español parece haber tenido gran influencia tanto el gobierno como los profesionales sanitarios. La implicación de la sociedad en este tipo de experimentos es diversa según la voluntad de participación o de simple información al público sobre las prioridades. Las evidencias en el caso inglés muestran cómo la mayoría del público es reacio a verse implicado en decisiones de este tipo y prefieren que sean los propios profesionales los que las tomen. Heginbotham, C., «Healthcare Priority Setting: a survey of doctors, managers and general public», *Rationing the Action*, 1993, London: BMJ Publishing Group.

**FIGURA I**  
**Dinámica en el establecimiento de prioridades sanitarias**



FUENTE: Adaptado de *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*. WHO, 1996.

dos<sup>27</sup>. Ambos objetivos no son en absoluto excluyentes y pueden confluir en la introducción e interiorización de la idea económica de restricción en el acceso a los recursos.

En el primer caso, la utilización de la racionalidad económica implicaría hablar de la introducción de criterios de eficiencia en la compra

<sup>27</sup> El hecho que los recursos son escasos puede verse como origen de la necesidad de establecer prioridades en los servicios. Sus principales consecuencias desde la perspectiva económica se sitúan, por ejemplo, en la necesidad de interiorizar los costes de oportunidad de cada una de las opciones de política sanitaria, así como en el reconocimiento de que satisfacer globalmente las necesidades resulta un escenario de actuación política poco posible.

de los servicios que se financian públicamente. Según se diseñen los «paquetes básicos», el financiador público es quien selecciona los servicios en base a  *criterios de coste-efectividad*, y se hace responsable de la cantidad y calidad de los servicios frente al consumidor. El financiador ha de utilizar entonces su poder de monopsonio para demandar información de coste-efectividad (minimización de la  *asistencia innecesaria*). En el segundo de los casos la priorización de servicios puede ser vista «en el margen» como el establecimiento de un copago del 100 % a los servicios excluidos.

Para cualquiera de los objetivos de la priorización, se ha planteado desde la literatura cuáles son las posibilidades operativas de establecer un paquete básico de servicios sanitarios. El instrumento óptimo para ello parece ser la llamada  *presupuestación por programas* en la sanidad pública. Es decir, cada actuación ha de contabilizar de forma homogénea pero independiente los costes y beneficios que comporta. Una presupuestación tal nos confiere una serie de posibilidades muy interesantes desde la perspectiva del establecimiento de paquetes básicos de asistencia:

- a) Toma de decisiones marginales sobre la utilización de los recursos (análisis marginal de las decisiones).
- b) Consideración de los costes de oportunidad en el margen.
- c) Establecimiento de un sistema de información con incentivos claros a la evaluación de los objetivos y productos sanitarios implicados en política sanitaria.
- d) Sistema de presupuestación con orientación al producto, más que a los recursos utilizados.

La información que un sistema presupuestario por programas nos ofrece ha de permitirnos establecer una distribución óptima de recursos. Desde la teoría económica, el criterio de optimalidad es el de la igualación de los ratios de beneficio y coste marginal entre los programas de actuación sanitaria implicados. Estaremos hablando entonces de  *eficiencia asignativa* en la utilización de recursos, algo que no tiene que ver necesariamente con criterios de  *equidad*. Este es un punto crucial en la intervención de la perspectiva económica, ya que, como se observa en la figura anterior, los criterios de equidad pueden ser combinados, aunque no han de ser confundidos con el análisis aquí expuesto. El economista necesitará entonces que desde la política sanitaria se expliciten cuáles son los conceptos operativos de equidad implicados (igualdad en el acceso, utilización, etc.) y las ponderaciones individuales (según edad, sexo, clase social, etc.), así como la distribución de las mismas.

Este esquema aparentemente sencillo contiene sin duda grandes dificultades en la cuantificación y valoración de los beneficios y

costes marginales implicados. Estas dificultades, genéricas para cualquier método de priorización, son solventables en el caso de la valoración de costes marginales mediante una buena contabilidad analítica de costes<sup>28</sup>. Donde existe más controversia es en la valoración de los beneficios marginales. Tanto la incertidumbre científica, como el grado de subjetividad que su cuantificación introduce, son las resistencias más firmes al establecimiento de juicios de priorización en base a beneficios marginales. La solución a este problema pasa, en un primer momento, por el aprovechamiento de la información clínica sobre la efectividad y eficacia de los tratamientos, así como por potenciar los sistemas de información con dicho objetivo.

## 2) *Aproximaciones a la priorización de servicios sanitarios*

Con el ánimo de esquematizar cuáles han sido hasta el momento los experimentos reales de priorización de servicios sanitarios, podemos identificar de forma genérica dos períodos. En un primer momento parece que la inexistencia de tensiones financieras en los sistemas nacionales de salud dejaban la función de priorización al propio profesional, racionalizador de la asistencia que el paciente recibía efectivamente.

Una expresión de esta situación la encontramos reflejada en el papel del médico general como puerta de entrada del sistema sanitario. Este rol implica una racionalización de los servicios de salud que introduce el conflicto entre la priorización de los servicios por parte del médico (*gatekeeping negativo*)<sup>29</sup>, en la que el médico debe cultivar la virtud de la justicia, y los servicios de salud que únicamente han de animar a la acción y no deben inducir a la tentación. Es fácil prever las dificultades de este planteamiento, donde el médico simplemente no puede «ignorar» los conflictos de interés entre pacientes, sino que precisa de una imparcialidad virtuosa (Tonn, 1994)<sup>30</sup>. Existe también una vía de estudio de las variaciones en la práctica médica y sus implicaciones presupuestarias, que ha encontrado resistencias profesionales en base a la confidencialidad de los datos clínicos de sus pacientes. Los controles de procedimientos médicos han avanzado en países como los EE.UU. donde el *Congressional Budget Office* (CBO) evaluó la importancia de establecer un filtro en los procedimientos para pacientes más costosos o crónicos, llegando a la conclusión de que

<sup>28</sup> Normalmente se utilizan los costes medios, algo que un buen sistema de contabilidad de costes tendría que superar para la valoración de costes marginales.

<sup>29</sup> Pellegrino, E.; Thomasma, D. C., *A philosophical basis of medical practice*, Oxford: Oxford University Press, 1981.

<sup>30</sup> Tonn, P., «Justice for Gatekeepers», *The Lancet*, 1994, 343.

el ahorro en costes de asistencia médica innecesaria se veía contrarrestado por el incremento de costes administrativos de control (al final sólo se ahorraba un 1 % del gasto sanitario). Contrariamente en Francia se evaluaban ahorros de hasta un 20 % de procedimientos innecesarios (Béraud, 1992, CNAMTS, 1992).

Esta función racionalizadora de los servicios se ha trasladado en un momento posterior a las autoridades de política sanitaria, principalmente justificada por la necesidad de contener los costes que los sistemas nacionales de salud acarrear. Esta perspectiva plantea una priorización de los servicios de forma agregada, a diferencia de la anterior, lo cual plantea de nuevo problemas metodológicos y conceptuales. En definitiva, podemos localizar las siguientes formas en el establecimiento de paquetes básicos de asistencia sanitaria:

- a) Enfoques basados en el concepto de necesidad.
- b) Establecimiento de objetivos sanitarios.
- c) Enfoques basados en el concepto de severidad de la enfermedad.
- d) Enfoques basados en tablas de años ajustados por calidad de vida (AVACs).
- e) Enfoques basados en el (perfil de) coste de la enfermedad.

Cualquiera de ellos ha sido utilizado de alguna forma como argumento para el establecimiento de prioridades en los servicios sanitarios, y en este sentido (Mooney, 1994)<sup>31</sup> realiza un análisis de los mismos en base a tres cuestiones que plantean dirimir si los mismos conducen o no a una distribución *asignativamente* eficiente de los recursos: 1) ¿Considera dicha aproximación los costes de la actuación?, 2) ¿Considera también los beneficios de la misma y finalmente, 3) ¿Resuelve dicha argumentación las decisiones relevantes en la priorización de servicios, es decir, decisiones de priorización en el margen?

El objetivo principal en el caso de los estudios sobre *necesidad de asistencia sanitaria* es cuantificar de alguna forma cuál es el volumen total de necesidades expresadas por una comunidad, sea cual sea la definición de comunidad que adoptemos: población en su conjunto, población afectada por una enfermedad, por tramos de edad, sexo, etc. La hipótesis básica tras la aplicación de estas herramientas yace sobre la idea de que la necesidad es un concepto legítimo para el establecimiento de prioridades.

Dos son las cuestiones que aparecen en la instrumentalización de la necesidad como mecanismo de priorización: primero, cabe pen-

<sup>31</sup> «Key Issues in Health Economics», Mooney, 1994, Ed. Harvester Wheatsheaf.

sar en cuál es el concepto de necesidad a adoptar, y más allá, cómo podemos pasar de la cuantificación de las necesidades a la de prioridades en el ámbito sanitario. En cuanto al concepto de necesidad, se han presentado en la literatura tanto posturas que consideran la *carga mórbida* de la población como expresión de la misma<sup>32</sup>, como aquellas otras que identifican una mayor necesidad a la *capacidad de beneficio* del individuo a partir del tratamiento que la asistencia sanitaria ofrece a la enfermedad.

Existen una serie de razones para pensar en la superioridad de la segunda opción conceptual, entre ellas la facilidad con que podemos llegar a una *medida agregada*<sup>33</sup> de necesidad; por ejemplo, la ganancia en salud conseguida si la enfermedad es tratada en el contexto tecnológico y profesional en que nos situamos. Adicionalmente, y posiblemente más importante en términos conceptuales, es el reconocimiento que no todos los tratamientos tienen beneficios equivalentes en términos de salud, y que en cualquier caso el de necesidad es un concepto relativo al entorno tecnológico existente en cada momento<sup>34</sup>.

Como segundo reto metodológico encontramos el que se ha destacado como problema clave en cualquier ejercicio de cuantificación de las necesidades de asistencia poblacionales: ¿Cuál es el vínculo entre necesidades y prioridades? Este hecho pone énfasis en la necesidad de que cualquier metodología debe ser aplicable en la comparación de necesidades en el margen, donde el proceso de elección (*explicit rational choice*) parece crear una desutilidad tal entre políticos sanitarios que acaba no utilizándose como mecanismo de establecimiento de prioridades. Este salto en el vacío no encuentra tampoco respuesta en el ámbito académico donde, pese a haberse producido un avance considerable en la cuantificación de medidas de necesidad (años de vida perdidos, mortalidad evitable, años de vida ajustados por calidad –AVACs–, o ajustados por discapacidad –AVADs–), existe un silencio sospechoso en el desarrollo de aquella línea de investigación.

---

<sup>32</sup> En este sentido necesidad se identifica con la existencia de cierta enfermedad, determinando la incidencia y prevalencia de la misma la relevancia que dicha necesidad representa en el conjunto del sistema sanitario.

<sup>33</sup> En el primero de los casos tenemos que buscar indicadores tales como los años de vida perdidos prematuramente debido a una enfermedad, es decir, aquellos beneficios en salud que se derivan de la erradicación total de la enfermedad. Alternativamente se plantean indicadores como medidas del efecto nocivo sobre la salud de una enfermedad (AVACs perdidos por cáncer en mujeres de 40-65 años, por ejemplo) o medidas del perfil de costes que la enfermedad comporta (*burden of disease approaches*).

<sup>34</sup> Se suele argumentar en este sentido que la inexistencia de tecnologías para la solución de problemas de salud implica una ausencia de necesidades.

Dicho esto podemos pensar en aplicar los recursos sanitarios en proporción al volumen de necesidades expresadas, por ejemplo, en cada servicio sanitario en particular. Para ello han aparecido una serie de alternativas que discutimos a continuación. Pensemos en primer lugar en un prorrateo. El hecho es que surgen algunas dudas sobre la relación que entre utilización de los servicios y costes se pueda establecer<sup>35</sup>. Es decir, en el caso en que algunos de los tratamientos fueran más coste-efectivos que otros, o bien, que aparecieran economías de escala en el tratamiento de cierta enfermedad (o condición de la misma) no parece que un prorrateo fuera la estrategia más adecuada para relacionar necesidades y prioridades.

Se ha planteado adicionalmente la posibilidad de utilizar la medida de necesidad como baremo ordinal (o bien para establecer ponderaciones en el orden de priorización). El principal problema que este tipo de soluciones ofrece es la imposibilidad de establecer decisiones en el margen, a menos que sea posible establecer una medida cardinal para las comparaciones.

Fuera del análisis de las necesidades de asistencia sanitaria, encontramos instrumentos de priorización basados en el establecimiento de *objetivos de salud*. Son los ejemplos de programas como el «*Salud para Todos en el año 2000*» de la Organización Mundial de la Salud o bien, «*The Health of the Nation*» en el Reino Unido<sup>36</sup>. Sin duda alguna, el principal problema de este tipo de instrumental es el establecimiento algo propagandístico de objetivos de promoción de salud, y muchas veces poco evaluables en términos de eficiencia por la carencia de análisis de los costes y beneficios implicados en cada uno de los objetivos.

Los enfoques basados en *medidas de severidad* de las enfermedades, del cual el caso noruego es un ejemplo (*Lonning Committee Report, 1987*), están basadas en el grado de severidad que una enfermedad o condición que la misma muestre en el momento de priorizar los servicios. En general, no parece un buen mecanismo de promoción de la eficiencia asignativa si pensamos que un enfoque tal obvia el impacto en salud que la asistencia sanitaria pueda tener, así como los costes implicados en la misma.

---

<sup>35</sup> Una relación 1:1 entre utilización y coste requiere que los costes por unidad de necesidad fueran constantes entre enfermedades (o condiciones), además de requerir una igualación entre coste marginal y medio para todas las enfermedades (o condiciones).

<sup>36</sup> En el caso británico, los criterios para determinar los objetivos relevantes de intervención sanitaria (las denominadas *Key Areas*) eran: 1. Identificación del problema relevante en términos epidemiológicos, 2. Identificación de las posibilidades de intervención efectiva del sistema, y finalmente, 3. Establecimiento de objetivos cuantificables.

Tampoco cabe obviar la utilización de las denominadas *tablas de AVACs* (años ajustados por calidad de vida) que resultan populares en el mundo académico por la valoración en el margen que se hace de los beneficios y costes implicados en la asistencia sanitaria. Pese a ello cabe advertir que plantean ciertas dificultades en la comparación de servicios sociales fuera de la sanidad, ya que su construcción los adscribe al análisis entre servicios competitivos dentro de la asistencia sanitaria. Adicionalmente aparece una necesidad de universalización de los resultados al adscribirse a un análisis geográfico reducido, algo que no concuerda con la función priorizadora de recursos que forzosamente ha de tener validez para cualquier territorio.

Finalmente, encontramos una familia de estudios basados en la cuantificación de los *perfiles de costes* (directos, derivados del tratamiento, e indirectos, consecuencia de los efectos de la enfermedad como, por ejemplo, la ausencia en el puesto de trabajo) que la enfermedad o sus condiciones puedan comportar. Bajo esta premisa, algunas instituciones, como el Banco Mundial, han planteado una priorización de los servicios en base al coste que representan cada una de las eventualidades o problemas de salud, aunque en cualquier caso resulta un análisis parcial de la situación <sup>37</sup>.

### **3) *La experiencia comparada en cuanto a la priorización de servicios***

Como en otros puntos de reforma y como consecuencia de la falta de evaluaciones más rigurosas, vamos a hacer referencia a continuación al desarrollo de medidas de política sanitaria para países de nuestro entorno como mecanismo de evaluación tentativa, en este caso, de la implementación de un catálogo de prestaciones sanitarias en nuestro país. Un primer comentario podría constituirlo el reconocimiento de que la mayoría de aproximaciones al catálogo en los países donde se ha aplicado están en fase de implementación y, por tanto, sus efectos están aún por ver.

A continuación se describen entonces algunos de los puntos interesantes de reforma para el caso español, atendiendo a dichas experiencias internacionales en la implementación de un catálogo de prestaciones sanitarias.

---

<sup>37</sup> La popularidad de este tipo de instrumentos yace en cierto sentido en la presión que la industria, típicamente farmacéutica, pueda ejercer para la elaboración de estudios que justifiquen los precios de productos que han de aliviar los costes que la enfermedad comporta. Se aduce adicionalmente en su contra el carácter excesivamente simplista de este tipo de estudios como herramienta para la toma de decisiones.

En *Holanda*, como ejemplo próximo a nuestro país, se forma un comité llamado *Choices for Healthcare*, encargado de analizar las formas posibles de limitación de las nuevas tecnologías y los modos de abordar los problemas derivados de la escasez de servicios; el racionamiento de la asistencia, y finalmente, la necesidad de selección de los pacientes.

En este caso se establecieron cuatro pruebas que cada uno de los servicios debía pasar para ser incluidos o no en el nuevo catálogo: primero observar si el tratamiento era o no considerado como necesario por parte de la comunidad; en segundo lugar, se determinaba el grado de efectividad y eficiencia del tratamiento, estableciendo finalmente si la decisión sobre el tratamiento debía o no dejarse a la responsabilidad individual. Bajo este esquema, el resultado fue la exclusión del catálogo público de la atención dental para adultos, las medicinas homeopáticas y la fertilización *in vitro*.

En cuanto a la participación comunitaria se estableció un período largo (1991-1995) de consulta pública, donde 60 organizaciones estaban involucradas, recogiendo impresiones de aproximadamente un tercio de la población. Una de las consecuencias de involucrar a un sector de la población significativo y durante tanto tiempo fue el cambio en algunas opiniones: mientras que en 1990 el 55 % de la población creía que cualquier tratamiento debía ser proveído, el porcentaje cayó al 44 % en 1994. El hecho es que estas consultas no fueron finalmente utilizadas en la decisión gubernamental.

Del trabajo de la agencia *Choices for Healthcare* podemos destacar algunas conclusiones interesantes para el caso español (*tabla 8*).

Otro de los casos paradigmáticos, y posiblemente el más conocido, es el experimento de priorización habido en *Oregón* (EE.UU.). En 1989 se establece desde la Comisión Estatal de Sanidad una recomendación para establecer prioridades en los programas Medicaid de todo el estado, empezando en este caso en la ciudad de *Oregón*.

Para la priorización, la metodología combinó tanto la evaluación económica como la consulta a la opinión pública. Mientras que la primera no aportó unos resultados óptimos (por no ser aceptados, ni por profesionales ni por la opinión pública), se tuvo que recurrir finalmente a mecanismos de consulta popular. Los elementos básicos de dicha metodología fueron los pares condición-tratamiento, donde cada condición (por ejemplo, apendicitis) se apareja a una o más terapias utilizadas para su tratamiento. El proceso empezó por estimar actuarialmente los costes de cobertura de cada uno de los servicios de la lista, separando, posteriormente, de la lista un bloque de 587 servicios básicos de cobertura obligatoria.

**TABLA 8**  
**Recomendaciones de la Choices for HealthCare**  
**holandesa de interés para el caso español**

Derechos y Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios para decidir qué servicios incluir: Necesidad desde el punto de vista comunitario, Eficacia demostrada, Eficiencia, y Posibilidad de dejar el servicio a la responsabilidad individual.</li> <li>• Estos criterios deben ser utilizados en la descripción legal del paquete básico.</li> <li>• La ley debe proteger a los individuos con minusvalías mentales y físicas, a los mayores con minusvalías mentales y a los enfermos psiquiátricos.</li> <li>• Es preciso evaluar los costes y beneficios de los servicios sanitarios disponibles.</li> </ul>
Listas de espera y Racionamiento de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las listas de espera deben estar basadas en criterios médicos. Se debe establecer un tiempo de espera máximo.</li> <li>• Cuando el tiempo de espera o el racionamiento es inaceptable, las prioridades deben ser revisadas.</li> </ul>
Las nuevas tecnologías	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tecnología médica (principalmente aparatos, equipamiento, y aplicaciones); deben ser revisadas sus condiciones de seguridad y efectividad al igual que los medicamentos, antes de incluirse como dentro de la asistencia sanitaria ofrecida. Mejor cuando esta tarea la desarrolla un agencia independiente.</li> <li>• El gobierno debe reaccionar más rápida y efectivamente frente a las nuevas tecnologías.</li> <li>• La regulación de las nuevas tecnologías es responsabilidad del gobierno.</li> </ul>
Uso apropiado de la asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las asociaciones científicas, organizaciones de profesionales y las instituciones sanitarias deben tomar la iniciativa de establecer protocolos, líneas directrices y listas esenciales para facilitar la asistencia apropiada. Sería deseable llegar a la descripción de la asistencia marginal (en términos de coste-efectividad) cuyos costes sean muy altos y sus beneficios reducidos, o bien, inciertos.</li> </ul>
Elecciones y Debate Público	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe suministrarse información independiente y crítica a los pacientes y a las aseguradoras, para que delimiten el alcance de su seguro de forma nítida.</li> <li>• El gobierno debe fomentar un amplio debate sobre que elección en la asistencia sanitaria (el objetivo es que el consenso social facilite las decisiones políticas).</li> </ul>

FUENTE: Elaboración propia a partir de *Craig y Rovira, 1995*.

El procedimiento de priorización implicaba una jerarquización de los servicios, que en el caso de Oregón siguió las pautas que describimos a continuación:

1. Clasificación de los servicios en 17 categorías generales como, por ejemplo: cuidados preventivos para niños, evitar la muerte prematura, etc.

2. Jerarquización de las categorías según los valores obtenidos en reuniones públicas con los ciudadanos de Oregón.
3. Identificación de las indicaciones más apropiadas para cada servicio.
4. Jerarquización según los servicios dentro de cada categoría por su beneficio neto.
5. Refinar la lista entera con la opinión médica tradicional.

De esa forma se declaraba que... «los servicios incluidos justifican su financiación (costes) por los beneficios que proporcionaban, caso contrario a los servicios excluidos». Respecto a la implicación comunitaria, en el experimento de Oregón se establece una organización *Oregon Health Decisions* que se encarga de hacer consultas telefónicas, reuniones comunitarias y conferencias públicas. Entre ellos, uno de los métodos más efectivos fue la técnica de estudiar grupos de población determinados (*focus group*) representativos de la sociedad para discutir algunas de las decisiones que se debían tomar.

La lista resultante de aproximadamente 700 pares de condiciones-tratamientos fueron presentadas a la legislatura, con algunas correcciones para satisfacer la legislación federal y ser implantada en 1994. Este experimento se ha quedado, sin embargo, sin extensión en todo el Estado para el programa Medicaid. Una de las críticas que ha suscitado, pese al esfuerzo por incluir la participación comunitaria en el proceso, es la falta de representatividad que produce para aquellos que quedan fuera de las reuniones, normalmente dominadas por los proveedores de asistencia sanitaria.

Una evaluación de la Oficina de Asesoramiento de Tecnología estadounidense –OTA– concluyó algunos apuntes interesantes para el caso español:

- a) Aparecen problemas derivados del hecho de que los pares condición-tratamiento describen servicios demasiado genéricos como para delimitar entre tratamientos efectivos y no efectivos para pacientes concretos.
- b) La información sobre coste-efectividad, aunque valiosa, no puede utilizarse como elemento básico de un sistema de priorización para todos los servicios.
- c) Un sistema de jerarquización completo como el de Oregón tiene que basarse en juicios y valores (preferencias expresadas por la opinión pública, típicamente no experta).

La *experiencia sueca*, al igual que el caso noruego y el holandés, parten de una preocupación por las listas de espera generadas por la sanidad pública. El informe final del Comité Parlamentario (1995)

era una guía para la toma de decisiones, ya que no excluía ninguno de los servicios explícitamente.

Por este orden, el Comité establecía un orden en los criterios para la priorización: el principio de dignidad humana (igualdad de los derechos), el principio de necesidad y solidaridad y finalmente el principio de coste-efectividad. Este último tuvo pues poca relevancia. Bajo este marco la mayor prioridad fue asignada a enfermedades graves, crónicas y mentales, seguidas por actuaciones de prevención y rehabilitación, siendo las menos prioritarias aquellas enfermedades que permiten cuidados por parte del propio enfermo.

Adicionalmente un comité parlamentario para las prioridades establecía una consulta pública para una muestra aleatoria de 1.500 personas en enero de 1994. Los resultados mostraban que la mayoría sentía que los servicios médicos debían ofrecerse a los enfermos con enfermedades más graves, dando la misma prioridad a servicios para enfermedades terminales que para el servicio de emergencias. Los servicios que debían, pues, ser restringidos eran la cirugía cosmética, la fertilización *in vitro*, los programas para dejar de fumar o bien la cirugía implicada en reparar los daños producidos tras el parto. Cabe decir que dicho cuestionario contenía de alguna forma unos principios implícitos definidos *a priori* por la Comisión.

En el caso británico no ha existido un plan nacional de priorización, aunque la separación entre provisión y financiación de los servicios sanitarios ha abierto un debate sobre los modelos de gasto sanitario existente, adoptando aptitudes más críticas frente a sus proveedores de asistencia sanitaria.

Un objetivo clave ha sido pues el asegurar que las decisiones clínicas son tomadas sobre la base de algún descubrimiento científico. En este sentido, las autoridades sanitarias han sido presionadas para introducir protocolos clínicos y auditorías clínicas que permitan revisar las prácticas profesionales entre los proveedores sanitarios. El enfoque británico está basado en incrementar la eficiencia de los servicios existentes antes de excluirlos del sistema, aunque en la práctica algunos de los servicios se hayan excluido atribuyendo únicamente presiones financieras.

En Nueva Zelanda, un Comité Gubernamental en 1992 establecía los servicios que debían o no incluirse en el catálogo público. Rechazaron un mecanismo como el de Oregón, decantándose por pensar que los servicios ofrecidos eran los que en realidad se debían ofrecer efectivamente y el debate debía ir hacia qué áreas de provisión son o no prioritarias.

Su metodología se planteó en torno a una revisión de la literatura científica, junto a reuniones de consenso, sesiones de trabajo, evaluaciones expertas de prácticas médicas, seminarios públicos y consultas públicas. El producto del método aplicado era una guía ofrecida al Ministro de Sanidad correspondiente. El mecanismo de decisión pasaba entonces por identificar tipos de asistencia que beneficiaran más al paciente (es decir, maximizando los beneficios en salud conseguidos). En 1995, 18 áreas habían sido sistemáticamente revisadas.

Pese a lo reciente de las experiencias de priorización de servicios sanitarios, resulta plausible extraer ciertas conclusiones:

- a) La complejidad del tema exige un *enfoque estratégico* para su aplicación (actuación diferenciada para la introducción de la racionalización en los diferentes niveles de decisión del mercado sanitario). En este sentido, el caso holandés es paradigmático.
- b) La priorización de servicios puede basarse bien en una exclusión de servicios, como resultó en el caso de Oregón (EE.UU.), o bien en una racionalización de los mismos mediante líneas de actuación o *guidelines*, como ocurre en Nueva Zelanda. El caso holandés puede ser considerado una combinación de los anteriormente comentados.
- c) Existe un consenso sobre la insuficiencia de establecer la priorización como un simple ejercicio técnico, como en el caso de los AVACs o AVADs, cuya contribución informativa al proceso de priorización es indudable pese a contener juicios de valor que han de ser revisados por la *opinión pública*. El que se ha venido a denominar como *dilema de la priorización* implica desde la experiencia comparada soluciones diversas para cada país donde difieren los puntos de partida del sistema nacional de salud, y en particular los caldos de cultivo social y político. Existe, en definitiva, una necesidad de *legitimación de las decisiones* de racionalización. Dicha legitimación del proceso dependerá de su transparencia y grado de apertura respecto a la toma de decisión. Sea el ámbito de priorización de los servicios de nivel nacional (Holanda o Suecia) o local (Reino Unido), se observa una tendencia a introducir procesos más explícitos de priorización, asegurando una mejor rendición de cuentas de las decisiones públicas. Los decisores políticos han de tomar sin duda una solución que equilibre objetivos como son la cobertura universal, la equidad, eficiencia, elección de la asistencia, el control de los costes, etc.

- d) Los procesos analizados hasta el momento muestran diferencias sustanciales entre las conclusiones de los Comités Parlamentarios y las medidas de política sanitaria realmente implementadas. Caminar desde la priorización de servicios a nivel nacional hasta asegurar la eficiencia y efectividad de las decisiones clínicas supone juegos de equilibrio por parte del político, resultando fundamental la *implementación* de las conclusiones. La viabilidad a corto o medio plazo de su aplicación depende de criterios tales como el consenso político existente, asegurar la accesibilidad a la atención sanitaria dadas las restricciones presupuestarias, y/o el mantenimiento de la calidad de la asistencia tras la priorización.

#### 4) *El paquete básico en España*

Para el caso español, el catálogo ha supuesto la exclusión explícita de servicios sanitarios como el psicoanálisis, la cirugía implicada en el cambio de sexo (sólo justificada bajo criterios de necesidad de curación de condiciones intersexuales), las curas paliativas y tratamientos en balnearios, la cirugía plástica (no relacionada con accidentes), las enfermedades o malformaciones congénitas. De hecho las valoraciones sobre los resultados que el catálogo haya podido tener son diversas, pero coinciden en que, mientras que ha fallado en sus objetivos racionalizadores del gasto<sup>38</sup>, ha cumplido con éxito su función primordial de explicitación de derechos y obligaciones en el mercado sanitario, así como con su papel democratizador de las decisiones de asignación colectivas de recursos (Informe AES, 1995).

Pese a esto, parece presentar algunos problemas de operatividad (Craig y Rovira, 1995) derivados de la imprecisión tanto de los servicios incluidos en el mismo, como también sobre las condiciones en que éstos deben ser proveídos (listas de espera máximas, por ejemplo)<sup>39</sup>. La calidad de la asistencia sanitaria, entendida como condiciones de provisión de los servicios y en especial los tiempos de espera para la misma, son la asignatura pendiente del actual catálogo de prestaciones sanitarias básicas. Esta situación de indefinición deja en manos del profesional la adopción de una función activa de asignación de recursos en su práctica diaria, que deriva, como hemos comentado anteriormente, en conflictos éticos y deontológicos entre los profesionales sanitarios.

Fuera de estos criterios éticos, el problema desde la perspectiva económica está en la *no explicitación de incentivos*. Se ha señalado

<sup>38</sup> Autores como Cabasés (1996) señalan cómo de facto los servicios financiados públicamente han aumentado, señalando el caso de los tratamientos odontológicos para menores.

<sup>39</sup> Problema éste común al caso de Oregón.

entonces la necesidad de desarrollar sistemas de información y control potentes, que aseguren una explicitación clara y transparente de las condiciones en que cada paciente va a acceder a los servicios.

Pese a que desde la viabilidad operativa de la medida parece obvio plantear una definición de servicios a nivel local, como en el caso británico, desde la óptica de la equidad y uniformidad en el paquete de servicios ofrecidos desde el sistema nacional de salud es más recomendable una definición a nivel nacional de los mismos<sup>40</sup>. Una definición centralizada de los servicios implica una rigidez en la respuesta del servicio a las necesidades del paciente, que resultará relativamente insatisfecho frente a aquel al que le ofrecemos un servicio a medida. Cierta contradicción se puede encontrar con otros procesos de reforma en nuestro país, como es la descentralización de la gestión sanitaria a las CC. AA., en la que el principal objetivo es precisamente la adecuación de la asistencia a las necesidades locales declaradas por los usuarios de los servicios.

Finalmente, aparecen dificultades en la combinación de los tres elementos de juicio en el establecimiento de prioridades: la *evaluación económica*, la *opinión experta de los profesionales sanitarios* y la *pública*. Es esta última la que se ha mostrado más conflictiva, como demuestran las experiencias en Oregón, o en el Reino Unido, derivando finalmente hacia consultas e informaciones públicas, como sucedió en Suecia, Holanda o Nueva Zelanda.

Un informe de la *Asociación de Economía de la Salud* (1995) ofrece algunas conclusiones y recomendaciones interesantes para el catálogo español (véase cuadro 2). El papel de racionalización y de introducción de transparencia bajo criterios técnicos en la priorización de la asistencia ha de plantearse a nivel de servicios «en el margen», manteniendo la coherencia y el carácter integral de la cobertura. Este papel debe desarrollarse principalmente en el marco microsanitario de la introducción de la racionalidad en la práctica clínica.

Pese a estar aún en fase de implementación en la mayoría de países dentro y fuera de Europa, parece haber un consenso en la necesidad de avanzar en la evaluación económica, epidemiológica y tecnológica mediante *agencias independientes*, responsabilidad del gobierno. Resultará fundamental también el papel de las asociaciones científicas, organizaciones de profesionales e instituciones sanitarias en el establecimiento de *protocolos clínicos*.

<sup>40</sup> Algunas reflexiones en este sentido para el caso de la inseminación *in vitro* en Redmayne, S., Klein, R., «Rationing in practise: the case of *in vitro* fertilisation», *BMJ*, 1993, 306: 1521-52.

## CUADRO 2

### Recomendaciones de la AES

1. La explicitación de las condiciones de aseguramiento y cobertura tiene un carácter claramente positivo, tanto como vía de avance hacia la racionalidad y transparencia del sistema, como para desvelar el ámbito de garantías del usuario y democratizar las decisiones colectivas de asignación de recursos.
2. Es recomendable una cautela en las decisiones, tanto por la falta de información existente para racionalizar la toma de decisiones, como por los juicios de valor implicados en los procesos de asignación de recursos. Mientras que en el campo de decisión sobre cursos de acción diferentes para un mismo objetivo contamos con la evaluación que puede ser de creciente interés, en aquellas decisiones que afecten a acometer una decisión u otra diferente hay una falta en el desarrollo de instrumentos que permitan una racionalización de las decisiones colectivas de asignación.
3. De cara a racionalizar y optimizar la asignación de recursos es importante ser consciente de las reducidas posibilidades de un sistema de delimitación de las prestaciones a medida que se desciende a un nivel microsanitario. Probablemente las ineficiencias que se producen por el «uso inapropiado» de prestaciones «apropiadas» sea el terreno más prometedor para optimizar el sistema. Es crítico desde la evaluación tecnológica, epidemiológica o económica focalizar esfuerzos por mejorar el elemento profesional o racionalizar la práctica clínica.
4. Como contrapunto al carácter globalizador en la definición de catálogos de prestaciones, conviene insistir en que el campo de trabajo técnico está en el «margen»: tecnologías emergentes, prestaciones y servicios susceptibles de ser separadas siempre que no choquen con el sentido común, profesional y social respecto al «grado de integralidad» en la cobertura.
5. Para cualquier estrategia donde se encasille el modelo de catálogo de prestaciones español, es indudable la aportación que la Economía de la Salud puede hacer como especialización científica y profesional.
6. Deben articularse una serie de mecanismos de promoción de la investigación evaluativa que impliquen el desarrollo a medio plazo de recursos institucionales y profesionales que puedan dar respuesta desde el plano científico-técnico a las necesidades de información.

FUENTE: Anexo de *Craig y Ravira, 1995*.

## II.B. El Decreto de Financiación Selectiva de los Medicamentos

La explicitación de una lista negativa de medicamentos de financiación (total o parcialmente) pública, como medida de contención del gasto farmacéutico de los sistemas de salud, se caracteriza, según la experiencia comparada, por una reducida eficacia. Pese a ello, este tipo de medidas comparten, junto con los objetivos de contención de costes farmacéuticos (ver tasas de crecimiento del gasto farmacéutico público y participación sobre el gasto público sanitario; tabla 2), otros de índole digámosle más clínica, como los apuntados en el apartado anterior. Los objetivos que el decreto planteaba de forma explícita eran dos. En primer lugar priorizar la financiación pública para aquellos medicamentos en los que bien la necesidad, bien la seriedad de la patología para los que fueran

indicados resultaban superiores. En segundo lugar, se pretendía excluir aquellos medicamentos con un valor terapéutico reducido.

En particular, el mencionado decreto de 1993<sup>41</sup> incluye en uno de sus artículos una disposición que excluye de la oferta de la Seguridad Social del orden de 1.692 especialidades farmacéuticas —EF—, según la finalidad de los mismos (la *higiene, el alivio de síntomas menores, o el tratamiento de síntomas o síndromes dermatológicos menores*). Entre éstos encontramos principalmente productos farmacéuticos dermatológicos como champús, antisépticos, cremas, etcétera, complementos nutricionales y dietéticos, anabólicos, antiácidos, laxantes, anticatarrales, etc. Dichas EF representaban en 1993 un 19,8 % del número total de EF financiadas públicamente. El precio medio de las EF excluidas era en este mismo año de 291 ptas., lo que comparado con el precio medio del total (incluidas y excluidas) de EF, 1.247 ptas., puede darnos alguna pista sobre las posibilidades de impacto económico futuro de la reforma.

Pese a que existe la sensación, si observamos la senda de gasto farmacéutico público, que el cambio creado por el decreto se ha situado en el corto plazo, y que posteriormente el ritmo de crecimiento (ver figura siguiente) sea posiblemente superior al anterior (López i Casasnovas, 1997), presentamos a continuación algunos estudios que han evaluado de forma local el impacto de esta medida, comparando los patrones de consumo antes y después de esta medida de política sanitaria.

Catalán y Parellada (1995), para un estudio en Cataluña, encuentran un disminución real del consumo de envases (-11,70 %) menor a la establecida por las tendencias teóricas de consumo anteriores al Decreto (-12,20 %). En cambio, la reducción en el importe en ptas. de este consumo resulta ser en la realidad (-7,28 %) bastante superior al que teóricamente se pudiera esperar (-4,70 %).

Pese a esto, y en referencia al consumo global, y una vez controlado el efecto de otro tipo de variables, los autores concluyen que es en la fase inicial de la intervención donde se espera el máximo efecto (impacto real) de la reforma. El análisis permite estimar que tan sólo un 35 % de la reducción del gasto farmacéutico en Cataluña (un 4 % en 1993) se produjo debido al DFSM. Dado que el impacto real va decreciendo en el tiempo parece augurarse un mal pronóstico al efecto *ahorrador* del DFSM. Concluyendo, los autores califican que el aparente fracaso cuantitativo de la reforma puede evaluarse positi-

<sup>41</sup> Orden de 6 de abril de 1993 por la que se desarrolla el Real Decreto 83/93, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 88, de 13 de abril de 1993. Madrid. Boletín Oficial del Estado.

**GRAFICO 3**  
**Tasas de crecimiento interanuales del gasto farmacéutico público real**



FUENTE: Elaboración propia a partir de la Tabla 2.

vamente desde una óptica cualitativa: el proceso de sustitución de fármacos obsoletos y de revisión de las fórmulas de los medicamentos existentes benefician al sector en su conjunto. *Torralba Guirao et al. (1996)*, en un estudio análogo de los datos para los medicamentos financiados por el Servei Català de la Salut, observan que los productos excluidos ya estaban en fase de desuso <sup>42</sup>, lo cual explica un impacto relativamente mayor en el importe que en el número de recetas, así como el papel de filtraje de fármacos obsoletos que juega el Decreto. Según los autores, sorprende el escaso efecto contagio entre medicamentos afectados por el Decreto y los no afectados de subgrupos iguales o próximos. Aparece también un efecto confusión-contagio en la que las especialidades no afectadas de subgrupos afectados o próximos a estos últimos han visto reducida bruscamente su prescripción coincidiendo con el DFSM. Aunque en definitiva las sustituciones producidas parecen racionales y positivas desde una perspectiva clínica.

Un segundo estudio elaborado en la Comunidad Autónoma de Aragón por *Sicilia (1996)* destaca que el DFSM rompe con la tendencia creciente del gasto farmacéutico (desde un 15 % a un 8,49 % de crecimiento nominal, que representa un incremento real en 1994 de 5,09 %). Se produce un deslizamiento del consumo de activos a pensionistas, y hacia EF más caras, lo que constituye a juicio del autor un fracaso del Decreto. Sus resultados coinciden con un estudio a nivel nacional elaborado por *Vaquero (1994)*, donde Aragón es una

<sup>42</sup> El 38 % de las EF afectadas no se han prescrito durante el periodo de estudio: desde agosto de 1991 a julio de 1994.

de las comunidades donde el impacto real es menor al esperado. Y también son coincidentes con los obtenidos por *Catalán y Parellada* en el sentido que el análisis de los deslizamientos de consumo de medicamentos de «excluidos» a «incluidos» en la cobertura pública tienen una justificación clínica y cumplen una función de saneamiento de los fármacos preexistentes.

Una exploración de la variabilidad en el consumo en Zonas Básicas de Salud en la Comunidad de Aragón muestra la influencia de variables como el gasto por activo y por pensionista antes del Decreto<sup>43</sup> para el consumo de recetas; mientras que para el importe resultan relevantes el valor del indicador para el número de recetas, la existencia de EAP<sup>44</sup> y la oferta de oficinas de farmacia. En ambos estudios se reconoce la influencia sobre el impacto real (fuera de la estrictamente derivada de la regulación) de factores como la inducción en la demanda por parte de la oferta médica, las oficinas de farmacia, o la industria farmacéutica.

En un análisis similar con series temporales de prescripciones por cada 1.000 pacientes, en la provincia de Valladolid, *De Marino, Marqués y Velasco (1996)* muestran resultados similares a los encontrados para el caso de Cataluña. En este estudio se analizan aquellas especialidades farmacéuticas excluidas de la financiación pública (13 en total), que anteriormente al decreto mostraban proporciones mayores de consumo en número de medicamentos e importe de los mismos. Los resultados para las 1.692 EF excluidas concluyen que el impacto fue menor al esperado (en relación al observado en 1992) en cuanto a número de prescripciones, mientras que resultó superior en cuanto a coste de dichas prescripciones. Los autores hipotetizan sobre que pueda deberse a la contención del precio medio de la prescripción farmacéutica<sup>45</sup>, fruto de circunstancias exógenas al decreto (como la implementación de un programa para el uso racional de los medicamentos) las que expliquen este hecho.

Respecto al impacto a corto plazo de la medida, los autores aducen principalmente dos razones: la sustitución en las pautas prescrip-

<sup>43</sup> Pueden indicar, según el signo de la regresión, un incremento del fraude o desvío de recetas hacia pensionistas.

<sup>44</sup> Interpretada como una mayor preocupación de los EAP por el precio de los medicamentos.

<sup>45</sup> Las tasas interanuales de crecimiento de los precios medios de EF (ptas. constantes) son aproximados por los autores:

Antes DFSM	1990-91	6,78 %
	1991-92	7,56 %
	1992-93	6,85 %
Después DFSM	1993-94	2,61 %

toras por otras alternativas terapéuticas poco justificadas, y relativamente más caras; pero también la reacción de la industria adaptando la composición de los medicamentos frente a los nuevos requisitos del regulador.

## **EN CUANTO A LA OFERTA**



## I. LA ATENCION PRIMARIA

### I.A. Atención primaria y eficiencia del sistema

#### 1) *La atención primaria, experiencias de reforma y la preocupación por la eficiencia*

La Atención Primaria –AP– suscita en ocasiones mayor interés que la especializada. Entre las posibles explicaciones encontramos la creencia de que la AP es más efectiva (en términos de mejora de la salud), a un menor coste, que la atención especializada. Pese a ello se nos antojan importantes dificultades en la confirmación de este tipo de creencias, dado que un análisis coste-efectividad de este tipo resulta sin duda muy complejo<sup>46</sup>. Estaremos en definitiva, en el terreno de la comparación de niveles asistenciales, que junto a la contrastación de los niveles de eficiencia de centros asistenciales en la AP conforman las principales líneas de investigación del análisis económico en el futuro inmediato.

En cualquier caso, cuando se realizan juicios sobre los niveles de eficiencia de la AP, vamos a tener que hacer uso de cierta terminología propia, que intentamos introducir a continuación.

Los efectos que se esperan de la AP sobre el estado de salud poblacional se derivan de la *longitudinalidad*<sup>47</sup> y la *integración*<sup>48</sup>, que

---

<sup>46</sup> Pensemos en contraponer los sistemas de AP de Europa y EEUU. No resulta obvio, en nuestro caso, que los procesos de universalización de la cobertura de asistencia primaria garanticen la efectividad y eficiencia del sistema, dado que un gasto sanitario mayor no parece incrementar los indicadores de salud de estos países (Amckenbach y Kunst, 1990). Sin embargo, la utilización de indicadores de mortalidad y de estado de salud ajustados por gravedad, aparecen como poco adecuados para enjuiciar el producto de la AP.

<sup>47</sup> La AP implica una continuidad en la asistencia sanitaria, entendida como el seguimiento del problema de salud. La longitudinalidad implica el seguimiento de los diversos problemas de salud de un paciente a lo largo de su vida.

<sup>48</sup> La integración lo es de la asistencia que ha de percibir el paciente, y puede

la asistencia primaria implican. Potenciar estos posibles beneficios de la AP pasa por aumentar la *capacidad resolutive* del sistema de problemas de salud entre niveles asistenciales y, más aún, en la consideración de los beneficios que la *coordinación*<sup>49</sup> entre niveles asistenciales pueda tener en el tratamiento de problemas de salud en un sistema integrado verticalmente.

Desde la perspectiva doble del control de costes y mejora de la efectividad del sistema sanitario, la intervención de este nivel asistencial puede tener entonces un impacto importante<sup>50</sup>. Para que se puedan alcanzar efectos positivos, la intervención en AP dirigida, por ejemplo, a la contratación de los médicos, la coordinación entre niveles asistenciales, los sistemas de trabajo de los profesionales o la función de compra de los servicios, ha de ser coherente con las *funciones pro-eficiencia* que desarrolla el médico general, derivadas principalmente de las características asistenciales antes mencionadas.

Más específicamente, los *métodos de contratación del médico general* resultan fundamentales, ya que han de conseguir que ofrezcan un servicio orientado a los intereses reales<sup>51</sup> del usuario, centrándose muchas veces en la mera prescripción (en ocasiones poco justificada) de medicamentos, jugando un papel de filtro frente a unos servicios especializados más caros, e incluso permitiendo el desarrollo simultáneo de un papel transformador de las pautas profesionales seguidas por la asistencia especializada (Gérvás y Ortún, 1995).

El carácter del médico general como puerta de entrada al sistema (*gatekeeper*) se plantea como un mecanismo clave de depuración del riesgo moral (filtraje de consultas de especialista innecesarias—derivaciones innecesarias—, doble visita en un mismo estadio de la enfermedad, etc.), que permite asegurar una continuidad en la asistencia y una facilidad en la obtención de información (historial médico) global del paciente. Gerdtham et al. (1994), por ejemplo, muestran en un estudio cómo en el contexto internacional el role

---

potenciarse a partir de las interconsultas médico-médico, y la elaboración de protocolos de inter-actuación entre la asistencia primaria y especializada.

<sup>49</sup> En el entorno de los cuasimercados, la coordinación es entendida como la función compradora de asistencia sanitaria primaria (Starfield, 1992). En sistemas sin separación explícita de comprador y proveedor de asistencia, la función de coordinación se refiere a mantener la integración de la asistencia sanitaria.

<sup>50</sup> En el Reino Unido, por ejemplo, se estima que aproximadamente el 90 % de los casos de asistencia sanitaria empiezan y acaban en la AP.

<sup>51</sup> De nuevo, resulta interesante explorar qué significa calidad en la AP. La calidad entendida como calidad durante y tras el tratamiento, como Chalkley y Malcomson (1996), la definen. Mediante intereses reales se engloban todos aquellos que van en favor de la salud del paciente, fuera de intereses corporativos o económicos de los proveedores de salud.

del médico general como depurador del sistema puede reducir los costes sanitarios totales del sistema.

En el otro lado de la balanza, el efecto ahorrador del papel de filtro de la AP puede causar *insatisfacción del paciente*, debido a la restricción en la *accesibilidad al sistema* que esto supone. Pero hay que tener en cuenta que la accesibilidad al sistema en última instancia depende no sólo del filtraje del médico, sino de otros factores como, por ejemplo, el cálculo óptimo de la población de referencia del médico general, la capacidad de respuesta del médico a los gustos del paciente, así como de la coordinación óptima entre niveles asistenciales.

Respecto al papel de filtro del sistema que el médico general puede jugar en el mercado sanitario, España lo comparte con Finlandia, Hungría, Holanda, Portugal, Reino Unido, Dinamarca, Irlanda, e Italia. Mientras que la entrada al sistema sanitario es múltiple en países como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Suecia y Suiza. En sistemas como el español se aduce una desvirtuación del filtraje derivado del hecho de que las consultas de AP «resbalen» de alguna forma hacia la atención especializada. Pese a esto, en países donde el médico general juega un papel importante de filtro (como Holanda, por ejemplo), no parece haber una especial insatisfacción (como la restricción en la libertad de elección del paciente podría hacer pensar) entre los usuarios ni entre profesionales, que eligen más esta especialidad en sus estudios (Gérvás y Ortún, 1995).

La responsabilidad financiera del acceso al sistema puede compararse entre médico y paciente, mediante medidas de coparticipación en los costes de la asistencia. Algunas experiencias se centran en sistemas donde la primera visita o consulta a la AP no supone participación en los costes por parte del usuario, pero donde las segundas opiniones no son gratuitas, sino que imponen una participación en su financiación (en Dinamarca, por ejemplo, existe una libertad total en cuanto a elección del médico con una coparticipación para cualquier tipo de visitas; ver *tabla 9*).

Pese a ello estas medidas de coparticipación han de tomarse en cualquier caso con cautela, debido a la asimetría informativa subyacente en el encuentro entre médico y paciente. De ahí la conveniencia de mantener el papel de gatekeeper, aprovechando su rol de depurador del riesgo moral, incentivándolo adecuadamente para ello y controlando los comportamientos prescriptores y patrones de derivación que desarrolla.

La responsabilidad de médico de AP como puerta de entrada tiene entonces mucho que ver con su *forma de remuneración*. Parece que

**TABLA 9**  
**Aspectos organizativos de la Asistencia Primaria en el**  
**ámbito de la Europa occidental**

País	Sistema de pago	Población por médico de AP	Médicos generales/ Total Médicos	Práctica relacionada a una población definida	Participación Comunitaria	Médico General como puerta de entrada al sistema (a) (b)		Organización de la asistencia médica
						(a)	(b)	
Alemania . . . . .	F	1.960	18	No	No	No	No	SP
Austria . . . . .	F/C	—	—	No	No	No	No	SP
Bélgica . . . . .	F	613	46	No	No	No	No	SP
Dinamarca . . . . .	C/F	1.492	25	Sí	No	Sí	Sí	GR/SP
España . . . . .	S/C	2.000	15	Sí	Sí	Sí	Sí	PHC
Finlandia . . . . .	S	—	—	Sí	Sí	Sí	Sí	PHC
Francia . . . . .	F	680	54	No	No	No	No	SP
Holanda . . . . .	C	2.325	18	Sí	No	Sí	Sí	GR/SP
Hungría . . . . .	S	1.282	24	Sí	Sí	Sí	Sí	—
Irlanda . . . . .	C/F	1.587	42	Sí	No	Sí	Sí	SP/GR
Italia . . . . .	C	980	26	Sí	No	Sí	Sí	SP
Noruega . . . . .	S/A/F	1.515	29	Sí	Sí	—	—	—
Portugal . . . . .	S	1.639	23	Sí	Sí	Sí	Sí	PHC
Reino Unido . . . . .	C/A/F	1.852	42	Sí	No	Sí	Sí	GR/SP
Suecia . . . . .	S	—	—	Sí	Sí	No	No	PHC
Suiza . . . . .	F	1.724	34	No	No	No	No	SP
Yugoslavia . . . . .	S	1.428	42	Sí	Sí	—	—	—

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

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

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

FUENTE: Gérvas, J. et al. (1994).

mientras sistemas prospectivos (capitativos, salarios, etc.) implican incentivos económicos a la infraprovisión de asistencia y a la derivación innecesaria, un pago por acto médico puede derivar en una sobreprovisión de asistencia. La evidencia sobre estos efectos no deseados ha llevado a plantear, desde la teoría, la necesidad de combinar ambos tipos de pago en base al grado de sensibilidad del médico a los incentivos introducidos y a su capacidad de manipular la demanda asistencial. En este sentido sólo cabría un pago retrospectivo en aquellas actividades que o bien queremos garantizar (programas de prevención, como ejemplo) o bien, cuya reducida frecuencia no conlleva influencia alguna del médico sobre la demanda asistencial implicada.

Situando a España en el contexto internacional, encontramos la propuesta de Evans (1981), donde se describe un espectro de

posibilidades en referencia a los sistemas retributivos de AP. Atendiendo a los sistemas sanitarios de los principales países desarrollados, podemos plantear la siguiente taxonomía:

- a) Pago indirecto mediante reembolso de pacientes (normalmente con participación del coste por parte del usuario) que se materializa en un pago por servicio (*fee for service*) ofrecido.
- b) Pago directo a los proveedores mediante presupuestos globales y salarios en sistemas sanitarios integrados verticalmente. En este caso los médicos son remunerados mediante salario.
- c) Pago directo por contratos (donde los facultativos son generalmente contratistas independientes). El método de pago es una combinación de pago por acto, *capitación* y/o de pagos fijos por costes específicos como los de personal o administración (*allowances*). Las diferentes formas de pago se producen para diferentes servicios como la *capitación* para los servicios curativos, y el pago por acto en el caso de los servicios preventivos que permitan incentivar su provisión.

España, hoy en día presenta algo de los tres sistemas, manteniéndose los médicos que no entraron en la reforma bajo el esquema: a) de *capitación* (de hecho, pago por cartillas), introduciendo una salarización para los nuevos equipos de AP. Finalmente, existen algunas experiencias de pago bajo contratos programa en AP en nuestro país.

Además de las formas de pago, las *organizativas* son igualmente relevantes (véase *tabla 9*). Encontramos un debate en las formas de organización del trabajo en AP entre la *práctica médica individual* (*solo practice*) y la organización en *equipos integrados* de profesionales sanitarios donde juegan especial relevancia los recursos de enfermería. La forma más habitual de organización en el contexto de los países desarrollados es la del trabajo en equipo, retribuyendo a los profesionales según una base *capitativa*, típicamente enmarcados en sistemas públicos integrados verticalmente, mientras que el trabajo individual (*solo practice*) es más común en sistemas de pago por servicio (Suiza, Alemania, o Francia, y a excepción de Italia, donde se combinan *capitación* y *práctica individual*).

La dinámica de trabajo en grupo presenta algunas ventajas de cariz teórico frente a la *práctica individual*. La primera es que podemos esperar ventajas derivadas de una asistencia integral y multidisciplinar donde cada factor productivo (léase medicina general vs enfermería, pediatría vs medicina general, etc.) es dedicado a aquello que tiene una productividad marginal superior. Por el contrario,

en una práctica individual, el médico de cabecera pierde productividad, dedicándose a tareas administrativas, de enfermería, etcétera. Además, se plantean posibles rendimientos crecientes del trabajo en grupo (economías de alcance<sup>52</sup>), y mayor flexibilidad del sistema para responder a la multiplicidad de problemas de salud que surgen.

Todas estas ventajas del trabajo en grupo en AP pueden venir a incrementar el nivel de output, o bien la satisfacción de los usuarios o la efectividad de la asistencia, e incluso, la eficiencia (asignativa) de los factores productivos. Sin embargo, permanecen las posibilidades de colusión (dentro del equipo) entre profesionales si todos tienen algún incentivo económico (o carecen de los adecuados) para buscar rentas adicionales.

Para terminar, entre las características organizativas de los sistemas de AP encontramos tanto la oferta de profesionales existentes, como la regulación nacional respecto de su distribución territorial de los mismos. Ambas características definitorias del sistema tienen importantes implicaciones económicas en términos de funcionamiento eficiente del sistema.

En cuanto a la *oferta de facultativos*, España y Holanda presentan ratios de población por médicos generales mayores (superior a 2.000 personas) entre los países de la Europa occidental, mientras que Bélgica y Francia en el otro extremo en torno a las 650 personas por médico. Este hecho está de acuerdo con los reducidos porcentajes de médicos generales sobre el total de médicos que se producen en España, Holanda y Alemania.

La *distribución geográfica de los médicos generales* es especialmente poco uniforme en aquellos países donde la población no está adscrita a un médico en particular o a una zona básica de asistencia, concentrándose en las zonas urbanas de forma clara. En estos países (Austria, Bélgica, Alemania, Francia y Suiza) aparecen problemas de longitudinalidad. La definición de esta población adscrita es diversa: en España, Italia y Portugal existe una lista enumerada de pacientes por área geográfica, algo similar a lo que ocurre en el Reino Unido, donde la definición del área geográfica permite mayor flexibilidad. En los países escandinavos la lista no está enumerada explícitamente, sino que el médico de cabecera es responsable de los pacientes residentes en una zona geográfica. En No-

---

<sup>52</sup> Cuando en un entorno de organizaciones multiproducto resulta más barato producir juntos que si se hiciera de forma segregada. En nuestro caso pensemos en que los inputs implicados en el trabajo en equipos de AP interactúan produciendo de forma más barata.

ruega, sin embargo, en las zonas urbanas los pacientes tienen mayor libertad de elegir al médico que prefieran.

Uno de los retos del sistema público es la *satisfacción «percibida»* por los usuarios de la AP, como uno de los componentes de la calidad, y por tanto de incremento de los beneficios marginales de la AP. Entre los indicadores indirectos de calidad se ha utilizado el *tiempo por consulta y paciente*, pese a que se ha de advertir que cualquier aumento en el tiempo medio de consulta se ha de ponderar a la luz de la comparación entre el beneficio marginal que dicho tiempo tiene para el usuario (satisfacción percibida) y el profesional (efectividad del tratamiento) en términos de calidad, y los costes marginales que genera.

Finalmente, y en alusión a la fuerte interrelación de los efectos de la reforma, cabe mencionar cómo la proporción del gasto farmacéutico, como componente de gasto público en AP, justifica una especial atención sobre medidas de control de los *comportamientos prescriptores* de los médicos. Caminar hacia una prescripción adecuada requiere aplicar argumentos de coste-efectividad, una reflexión global sobre el papel de la AP, la oferta pública de medicamentos, y/o el sistema de financiación de los mismos. Todos estos temas son objeto de revisión en secciones del presente texto.

## **2) La competencia gestionada en la atención primaria**

En la mayoría de sistemas nacionales de salud de nuestro entorno, el mismo financiador y comprador de la AP se convertía en proveedor de asistencia sanitaria. Recientemente ha aparecido un interés por la aplicación de los llamados *cuasimercados*, basados en la separación de comprador y proveedor de asistencia sanitaria, esperando mayor eficiencia con la competencia entre proveedores locales de asistencia sanitaria. Hasta ahora, y a raíz de la implantación de este tipo de mercado en Gran Bretaña, han proliferado los argumentos en favor de sus potencialidades. Sin embargo, a medida que se han ido conociendo las realidades derivadas de experiencias en su implantación surgen algunas dudas sobre los efectos beneficiosos que puedan tener. Estas dudas no necesariamente ponen en entredicho las reformas de este tipo, pero permiten un mejor conocimiento del mercado sanitario, a la vez que abren un debate muy realista sobre éste. Recogemos aquí algunas de las reflexiones hechas públicas sobre los cuasimercados ingleses.

La experiencia británica muestra en definitiva que es posible que la competencia sea poco adecuada a raíz de que los proveedores pueden competir más en el ofrecimiento de una calidad (satisfactoria para el usuario, pero no necesariamente coste-efectiva) que

en la rebaja de precios. La reforma de la AP británica se planteaba en base a dos fuentes básicas de ineficiencia. La primera era la inexistencia de competencia efectiva entre los médicos, algo que se derivaba directamente de la falta de libertad de elección del médico por parte del usuario de la asistencia sanitaria primaria. En segundo lugar se aducía una falta de control de costes en cuanto al comportamiento prescriptor de los médicos generales. La reforma pretendía entonces aumentar la conciencia de costes y el nivel de competencia entre médicos de AP, así como mejorar el nivel de información de los usuarios sobre las pautas profesionales de los mismos.

El médico general era detentador de un presupuesto dependiente directamente del número de pacientes que se suscribieran a su oferta de servicios sanitarios<sup>53</sup>. Más allá, los médicos podían comprar servicios de atención especializada, con lo que se les responsabilizaba de su decisión de derivación al siguiente nivel asistencial.

Pese a la falta de una evaluación rigurosa sobre el efecto de la reforma sobre el nivel de satisfacción de los usuarios, parecen haberse producido cambios en los patrones prescriptores de los médicos derivados de la introducción de cierta conciencia de costes. Junto a estos resultados se puede añadir en el «haber» de la reforma británica el hecho de que, como compradores de servicios, los médicos generales detentadores de presupuesto han sido compradores más imaginativos, exigentes y efectivos que los distritos hospitalarios (*Glennerster y Matsaganis, 1993*)<sup>54</sup>. Pero en definitiva, y en base al poder de compra de servicios sanitarios, parece que los resultados no son muy alentadores (*Wagstaff, 1996*)<sup>55</sup>. Los llamados *GP fundholders* parecen no tener toda la información necesaria para realizar decisiones de compra «competitivas», aunque en el fondo de la cuestión se encuentran también los desincentivos introducidos por un método de pago retrospectivo<sup>56</sup>. En cierto sentido, la reforma no ha conseguido desplazar

<sup>53</sup> En realidad, pese a que el presupuesto estaba diseñado en un primer momento para depender del número de pacientes, mediante la llamada fórmula RAWP, finalmente se establece de forma histórica.

<sup>54</sup> Glennerster, H., Matsaganis, M., «The UK health reforms: The fundholding experiment», *Health Policy*, 1993, 23: 179-191.

<sup>55</sup> Wagstaff, A., «*Reforming the British NHS: The story so far*», Octubre 1996, Mimeo.

<sup>56</sup> Existen evidencias de presupuestos relativamente generosos para los *GP fundholders* como incentivo a adherirse al esquema reformado. *Dixon (1994)* muestra cómo el ratio de presupuesto *per cápita* para el tratamiento diario hospitalario de un caso se movía en torno a un 59 % para consultas ordinarias, y 87 % para las consultas de los *GP fundholders*; y entre un 36 y 106 % en el caso de los cuidados ambulatorios. El autor concluye como posibilidad que los presupuestos de los *GP fundholders* se establecieran de forma histórica, en lugar de la capitación prospectiva y, sin embargo, ilustra sobre el tipo de consultas que

el *status-quo* en cuanto a la entrada de nuevos proveedores en zonas con proveedores tradicionales (acceso controlado por el Departamento de Sanidad), o bien en cuanto al tratamiento político de los movimientos de reforma sanitarios (tratamiento asimétrico del sistema de *GP fundholders* con excedentes o déficit de explotación).

Los compradores de asistencia sanitaria se sienten «cómodos» con sus proveedores «de toda la vida». Emergen también cuestiones como el aumento de costes de contratación y negociación<sup>57</sup>, la pérdida del poder de monopsonio de una única autoridad, y la previsión de problemas de selección de riesgos en cuanto se aplique la fórmula de capitación corregida (*weighted capitation formula*)<sup>58</sup>.

Finalmente, *Wagstaff (1996)* reconoce que la separación entre compradores y proveedores puede acentuar una postura competitiva entre AP y especializada, algo que por otra parte erosiona las posibilidades de atención longitudinal e integral. En este sentido, y en el entorno de un sistema de salud integrado, la alternativa se encuentra en las formas de contratación de la AP bajo una necesidad de coordinación eficiente entre niveles asistenciales, que pueda tener efectos más deseables a los producidos por la introducción de competencia.

En resumen, pese a existir razones positivas para la introducción de la competencia gestionada en la AP, no se deberían obviar algunas de las resistencias que su implementación puede tener. La asimetría en la información en favor de los profesionales hace pensar en la creación de lealtades por parte del paciente y de acuerdos colusivos entre proveedores, que acaben en una situación donde el regulado controle al regulador. Todas estas razones desvirtúan las que *Aaron (1993)* propone como idóneas para la aplicación de la competencia gestionada en el mercado sanitario (*Ortún y Gérvas, 1995*).

---

«prefirieron» pasar a ser gestoras de presupuesto. De todas formas, la cantidad de presupuesto asignada finalmente fue superior a la esperada. Dixon, J., «Distribution of NHS funds between fund holding and non-fund holding practices», *British Medical Journal*, 1994; 309: 30-34.

<sup>57</sup> Los costes administrativos que muestran parecen ser más elevados en los médicos compradores (5 % sobre el gasto total) que en los distritos compradores (3 %). La cuestión clave está en comparar estos costes, con una función de compra más eficiente, efectiva, y con un nivel de satisfacción superior de los usuarios.

<sup>58</sup> Para una revisión panorámica de la reforma británica y los *GP fundholders*, Warren, G., Durose, J., «El desarrollo de los médicos generales gestores de presupuesto y el mercado interno en el Reino Unido», *Cuadernos de Gestión*, vol. 1, n.º 1, abril-junio 1995, 45:54.

### 3) *Algunas experiencias en Cataluña*

Algunas condiciones pueden explicar un margen mayor para la experimentación en esta CC.AA. Un porcentaje menor al de la media nacional en cuanto al nivel de provisión pública de asistencia sanitaria, y un desarrollo menor de los reglamentos de la reforma de la AP en Cataluña han permitido algunas experiencias, suscitando el interés de académicos (*Costas Lombardía, 1995*)<sup>59</sup> y políticos en nuestro país.

La *Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (1990)* permite utilizar una mayor diversidad de proveedores de servicios sanitarios para iniciar diversas experiencias de contratación externa de servicios de atención primaria. Los contratos que han venido a sustituir unas relaciones tradicionalmente jerárquicas tienen una base eminentemente retrospectiva, dado que sólo responsabilizan en un 5 % del global del importe la consecución de objetivos asistenciales inmunológicos y operativos<sup>60</sup>. Adicionalmente, se establecen relaciones contractuales al estilo de los Contratos Programa con el Institut Català de la Salut –ICS– como proveedor público y mayoritario de AP en Cataluña, con el objetivo de introducir cierta cultura de gestión.

La AP catalana muestra un 4,1 % de las Áreas Básicas de Salud –ABS– contratadas a proveedores externos al ICS, que detenta el 95,9 % restante de los contratos. En cuanto al avance de la reforma, el 45,4 % de las ABS catalanas incorporan el modelo reformado de AP<sup>61</sup>. La experiencia es relativamente reciente para permitir extraer conclusiones sobre sus resultados, aunque en opinión de algunos autores y profesionales que las han analizado, los márgenes de actuación permiten explotar bolsas de ineficiencia que van más allá de las tradicionales rigideces legales, administrativas y organizativas<sup>62</sup>.

<sup>59</sup> Costas Lombardía, E., «Una asistencia primaria sin razones», en *Informe SESPAS, 1995*, 250-255.

<sup>60</sup> Los llamados contratos de servicios de AP contienen objetivos relativos a: a) realización del 100 % de las actividades pactadas, b) % de historias clínicas activas (por encima de la media de la Región sanitaria), c) tope máximo (200) de derivaciones por 1.000 habitantes, d) % mínimo (65 %), hipertensos controlados, y e) cobertura vacunal de niños media de la Región sanitaria.

<sup>61</sup> Datos del Servei Català de la Salut, a 21 de septiembre de 1994.

<sup>62</sup> Más allá de lo reciente de la experiencia, el hecho que se dificulte estatutariamente la generalización de estas experiencias contractuales para el ente gestor de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en Cataluña (ICS); junto a la exclusión de la prescripción farmacéutica son factores que dificultan el impacto de este tipo de medidas.

## I.B. La reforma de la atención primaria en España. Viejas críticas y respuesta institucional

La situación de partida de la Asistencia Primaria en España (1984) era a juicio de diversos analistas (*Elola, 1991; Bravo et al., 1979; Durán, M. A., 1983*) una situación caracterizada por una organización tradicional de la AP (ver *tabla 10*), pese a representar una serie de problemas que presionaban, desde sectores profesionales y sociales, en favor de una reforma del sistema de AP español. A continuación mostramos cuáles eran las principales quejas que el antiguo sistema suscitaba, con el ánimo exclusivamente descriptivo de ofrecer cuáles eran los «debes» del mismo:

### *Problemas estructurales del sistema*

- a) Escasez (suficiencia) de recursos económicos y de diagnóstico.
- b) Déficit de personal sanitario.

### *Calidad asistencial*

- c) Falta de personalización del servicio, y/o de dedicación del personal al servicio,
- d) Degradación de la relación médico-paciente justificada por una falta de libertad de elección del médico,

### *Diseño de la actividad asistencial*

- e) Rigidez en los horarios de atención al paciente.
- f) Exceso en el número de consultas de AP.
- g) Alta rotación de consultas compensada por un exceso en la prescripción de los fármacos y una mayor condescendencia respecto a las bajas laborales,
- h) Adicionalmente el hecho de realizar consultas burocráticas<sup>63</sup> agravaba el problema de la masificación de las consultas.

Una primera diagnosis de los problemas apuntaba hacia las carencias en inputs (financieros y organizativos) o productos intermedios fruto del sistema de AP, pero dejaban de lado juicios sobre la productividad de la AP entendida como capacidad resolutoria de problemas de salud. Los datos sobre indicadores de producto intermedio de la medicina general evidenciaban un funcionamiento fallido del esquema de trabajo de los médicos de AP. Dichos indicadores, directos o indirectos, de ineficiencia y calidad asistencial denotaban déficits financieros, organizativos y operativos del sistema frente a los que las opiniones parecían confluir en el mal

<sup>63</sup> Renovación recetas y bajas por enfermedad.

**TABLA 10**  
**Grandes líneas organizativas de la asistencia primaria en España antes de la Reforma de 1984**

Aspectos organizativos involucrados	Principales rasgos organizativos
Ordenación territorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipio: ámbito de trabajo para los funcionarios sanitarios (médicos, practicantes y matronas de ADP).</li> <li>• Municipios poco poblados: partidos médicos cerrados donde trabaja tan sólo un médico de ADP. El médico se responsabiliza de todas las actividades médicas 24 h al día, y todos los días del año, excepto las vacaciones anuales.</li> <li>• El Ayuntamiento provee el Consultorio Local.</li> </ul>
Remuneración del médico de ADP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remuneración como funcionario sanitario.</li> <li>• «Cupo» de la S.S.</li> <li>• «Iguala» o cobro de una cantidad fija por familia o persona, debido a la disponibilidad fuera de los horarios establecidos por la S.S. o la realización de avisos domiciliarios.</li> </ul>
Papel del médico General	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puerta de entrada al sistema (excepción para los casos de la pediatría, tocoginecología, oftalmología y dentistas).</li> <li>• La «zona» es su ámbito de actuación. Combinación de un criterio geográfico y poblacional.</li> <li>• Servicios que ofrece: dos horas y media de consulta al día, en las instituciones sanitarias abiertas, y realización de avisos domiciliarios de 9-17 h.</li> <li>• Servicio de asistencia continua: posibilidad abierta a establecer turnos de guardia entre municipios pequeños.</li> </ul>
Retribución del médico General	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema capitulo: proporcional al número de cartillas (no personas) asignadas.</li> <li>• Discriminación positiva para las cartillas del Régimen Especial Agrario, frente a las de Régimen General y los pensionistas.</li> <li>• Servicio de asistencia continua: Sistema asistencial paralelo de médicos Generales.</li> </ul>

FUENTE: Adaptación y elaboración propia a partir de Elola, 1991.

endémico de la falta de *libertad de elección del médico* por parte del usuario. Finalmente, las reformas no irían a favorecer una «plena» libertad de elección del médico, por diluir ésta las posibilidades de una atención longitudinal en la AP.

En resumen, una demanda por encima de la capacidad de oferta asistencial, junto a una inadecuación de la organización del trabajo, desembocaban en una degradación de la actividad propia de los médicos generales (consultas, diagnóstico, tratamiento y prescripción farmacéutica) que finalmente repercutía en la relación médico-paciente y en la imagen pública que la AP tenía.

De forma contemporánea a la reforma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó sus recomendaciones en el *Programa Salud para Todos*<sup>64</sup>. Este programa, junto a ciertas directrices de UNICEF, determina la reforma propuesta por el PSOE en 1984 para la AP del INSALUD gestión directa. El nuevo sistema (véase cuadro 3), que convive con el tradicional, se basa en un servicio producido en *Centros de Salud* y en *Equipos multidisciplinares* de profesionales, ofreciendo al usuario un *servicio a tiempo completo* y retribuyendo a sus profesionales mediante *salario*.

### CUADRO 3

#### Modificaciones organizativas introducidas por el Real Decreto 137/1984

##### NO HA TENIDO MODIFICACION:

- Cada ciudadano tiene asignado un médico general o pediatra.
- La medicina General y Pediatría es el primer contacto.
- Sistema de referencia de la AP a la Especializada.

##### SE HA MODIFICADO:

hasta 1984

- dedicación parcial del personal
- actividad exclusivamente curativa
- no ordenación territorial
- pago capítativo
- trabajo individual (solo practice)

después de la reforma

- 40 horas semanales
- integración asistencial y prevención
- Zonas de Salud (crona 30'; 5.000-20.000 habitantes)
- por salario
- EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA, desarrollo de servicios de apoyo.

FUENTE: Elola, 1991.

La organización del trabajo representa un esquema de tipo *primus inter pares*, donde un médico del Equipo de AP (EAP) toma las funciones de gestión y clínicas al mismo tiempo. Se supone que dichos EAP han de asegurar un mayor énfasis en los historiales y protocolos clínicos, aumentando también el tiempo por visita como signo indirecto de calidad. El paciente tiene *libertad de elección* del médico, pero solamente dentro de las Areas de Salud a que pertenecen.

Se ofrece, pues, una *atención integral*, conjugando actividades de promoción y prevención de salud, junto a las de carácter más curativo, rehabilitador y reinsertador. Se mantiene una lista de pacientes para cada médico, asegurando un trato personal e individualizado. Bajo este nuevo esquema, los médicos de cabecera juegan un papel de puerta de entrada al sistema sanitario en todos los servicios, excepto en los de obstetricia, dentistas y en ciertos

<sup>64</sup> Las líneas de reformas se basaban en la priorización de la asistencia primaria, la participación comunitaria y el protagonismo de las Corporaciones Locales.

casos de oftalmología. Tras las visitas al especialista, el paciente vuelve al sistema de AP, siendo de nuevo responsabilidad del médico general.

En la actualidad este es el sistema predominante en España: un 61 % de la población está cubierta por los nuevos EAP, aunque con grandes variaciones entre CC.AA., por ejemplo: 83 % Navarra (1993), 75 % INSALUD (1994), 66,23 % Andalucía (1994) o 48 % en Cataluña (1993). La implantación de la reforma ha sido creciente en todo el territorio, presentando diferencias de matiz en los esquemas de gestión y organización de los servicios. La organización en las diferentes CC.AA. se basa igualmente en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) donde operan los EAP multidisciplinares. Las variaciones se muestran principalmente en las estructuras de gestión, agrupando las ZBS un territorio mayor que integra la asistencia primaria y especializada.

## **I.C. Evaluación de la reforma de la atención primaria en España**

### **1) Una primera aproximación valorativa**

En nuestro país existe escasa evidencia empírica sobre el impacto que la reforma de la AP ha podido tener. Sólo algunos análisis de tipo observacional<sup>65</sup> resumen los problemas habidos y todavía pendientes después de la reforma. Los resultados percibidos por este tipo de aproximaciones (apriorísticas) son catalogados de inciertos y alejándose en cualquier caso de los resultados esperados desde posturas teóricas (véase *tabla 11*).

*Eloa (1991)* separa algunos de los condicionantes exógenos a la reforma que pueden haber influido en el funcionamiento de la AP española, no atribuibles por otro lado a la propia reforma. El comportamiento de los ciclos presupuestarios, la concertación en el desarrollo de los EAP con las CC.AA. (con competencias sobre las Zonas de Salud), algunos aspectos relacionados con la gestión del personal y, finalmente, un déficit en la estructura específica de gestión para el nuevo modelo, son los principales condicionantes exógenos que el autor identifica.

*Gérvas (1989)* identifica contradicciones del modelo único de reforma respecto a la libre elección del médico y el trabajo en equipo. En el

<sup>65</sup> La falta de diseños de información rigurosos, dedicados a recoger información relevante antes y después de la reforma, hace que el enfoque de la evaluación (a falta de indicadores de resultado final: salud y satisfacción) se decante por variables de proceso (*Gérvas y Ortún, 1995*).

**TABLA II**  
**Evaluación (cualitativa) de los resultados de la reforma de la AP en relación con sus principales objetivos**

Objetivos	Resultados
Disminuir la frecuentación	No alcanzado
Reducir % de consultas burocráticas	Posiblemente ligero descenso
Dedicación de mayor tiempo a consulta	Alcanzado (6 minutos como promedio)
Disminuir el consumo farmacéutico	Posiblemente no alcanzado (ausencia de datos suficientes)
Disminuir el recurso a la asistencia especializada	Disminución de derivaciones Aumento de consultas externas y urgencias hospitalarias
Desarrollo de programas de salud	Posiblemente insuficiente
Participación comunitaria	No alcanzado

FUENTE: Elola, 1991.

actual sistema basta con presentar la cartilla para requerir la asistencia sanitaria allí donde se requiera. Con esta libertad, promocionada por el INSALUD, aparecen problemas de continuidad en la atención y en el desarrollo de actividades preventivas en la AP. En los EAP aparecen además problemas de práctica diaria que el autor caracteriza como *la enfermedad de Tomás*: a) desánimo y tedio en el trabajo diario, b) creencia de que sólo en otro lugar es posible trabajar con fundamento científico, c) pérdida de la autoestima, y d) ausencia de expectativas de mejora.

Existe la opinión (Elola, 1991; Gervas y Ortún, 1995) de que son retos pendientes la funcionarización, la privatización de la relación médico-paciente y el diseño de las relaciones laborales articulada por un sistema de incentivos adecuados a los objetivos de la reforma inicial. Estos juicios ponen más énfasis en el margen de gestión pública que surge del sistema tras la reforma.

Entre algunos de los resultados atribuibles a la reforma, a partir de datos ministeriales, Elola (1991) destaca que la reforma de AP, a pesar de mejorar la calidad de la atención médica (aumento de duración por consulta), no ha conseguido disminuir la dependencia de los ciudadanos respecto del sistema sanitario, ni dirigir una proporción significativa de las actividades hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Un pobre desarrollo de programas de salud en atención primaria parece indicar un sesgo hacia actividades médico-curativas, dejando de lado las de promoción y prevención de la salud, indicador a su vez de una reducida actividad del personal de enfermería de los EAP.

Es más, la consideración del aumento del *tiempo medio de las visitas*, considerado como un éxito por *Elola (1991)*, no lo es para otros (*Gérvas y Ortún, 1995*), que lo relacionan con un aumento de la jornada laboral del médico, una disminución del número de pacientes asignados a los médicos, y el alto porcentaje de consultas burocráticas (27 %) <sup>66</sup>.

Se produce una reducción de las tasas de *derivación* al especialista (entre un 45 % de derivaciones por cada 100 consultas anuales), aunque se observa un aumento de las consultas externas y urgencias hospitalarias en este período, por donde «resbalan» consultas hacia la asistencia especializada sin previa consulta primaria (*Elola, 1991; Gérvas y Ortún, 1995*). Para *Elola (1991)*, ello es debido a la no asunción de los EAP de la atención continua en núcleos de población que disponen de servicios de urgencia.

Un estudio comparativo de *derivaciones* a nivel europeo (*Fleming, 1992*) muestra que los sistemas donde el pago es por servicios, la derivación es menor que en aquellos donde el pago es por capitación. Esto no significa que los servicios especializados se utilicen menos, si la puerta de entrada es de forma análoga a la AP, la especializada (la llamada *desviación directa*).

España presenta (véase *tabla 12*) una posición media en cuanto a derivaciones directas (54,6 ‰ habitantes) entre sus valores máximos en Noruega (80,5 ‰) y mínimos en Francia (24,4 ‰). En cuanto a las repeticiones de derivaciones, España muestra de nuevo una posición intermedia, un 28 % del total de las derivaciones, entre los valores máximos de Yugoslavia (51 %) y mínimos de Holanda (9 %). Estas repeticiones son un indicador de la posición fuerte de los especialistas en el sistema sanitario, y de su poder de captar los pacientes hacia la asistencia especializada. Otro indicador es el tiempo que transcurre entre la derivación y la visita al especialista como indicador de acceso rápido a este tipo de asistencia. España en el contexto europeo tiene una posición media en este aspecto (12 días), entre Hungría (1,5 días) y el Reino Unido (36,3 días). El hecho que el papel de puerta de entrada al sistema se vea desvirtuado por las llamadas derivaciones directas en nuestro país puede justificar una posición intermedia entre el poder de los médicos generales de filtrar el mercado, y el poder de los especialistas de atraer visitas a su nivel asistencial. En cuanto a eficiencia, una evaluación de las derivaciones entre niveles asistenciales es sólo significativa si aborda la idoneidad clínica de las mismas, quedándose de otra forma en el análisis del equilibrio de poderes que se produce en el mercado sanitario.

---

<sup>66</sup> Memoria funcional de la S.G. Gestión de Atención Primaria, 1989.

**TABLA 12**  
**Algunos indicadores de funcionamiento de los sistemas de AP europeos**

Pais	Derivaciones por 1.000, encuentros directos	Derivaciones dobles, sobre el total de derivaciones (a)	Tiempo entre la derivación y la visita al especialista (días)	Encuentros directos en una semana media de trabajo	Consultas domiciliarias sobre el total de encuentros	Duración de los encuentros (minutos) (b)	Contactos con médicos per cápita anuales (c)	Pruebas a pacientes por cada 100 encuentros	Número de pruebas por paciente al que se le han aplicado pruebas
Alemania.....	55,1	30	6,9	220	16	9	11,5	—	—
Austria.....	—	—	—	—	—	—	5,8	—	—
Bélgica.....	37,5	29	7,5	135	46	11	7,5	7,1	4,1
Dinamarca.....	63,6	15	26,2	98	7	6,4	5,2	—	—
España.....	54,6	28	12,0	134	6	4,7	4,0	5,5	3,7
Finlandia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Francia.....	24,4	33	6,3	82	39	14	7,1	—	—
Holanda.....	44,2	9	10,8	141	19	9,1	5,1	6,0	2,1
Hungría.....	34,6	44	1,5	200	11	—	—	—	—
Irlanda.....	42,0	22	27,4	135	17	—	6,6	5,2	2,1
Italia.....	66,2	40	10,7	115	14	7,6	11	9,6	3,7
Noruega.....	80,5	19	33,7	68	10	—	5,7	—	—
Portugal.....	55,6	26	28,5	81	1,5	8,2	2,7	12	3,6
Reino Unido.....	47,2	19	36,3	128	15	5,8	4,5	5,1	1,6
Suecia.....	—	—	—	—	—	—	2,8	—	—
Suiza.....	38,4	17	12,5	150	7	—	6,0	16,1	2,1
Yugoslavia.....	63,7	51	7,1	188	6	—	—	—	—

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

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

(c) Los médicos entendidos como generales y especialistas.

FUENTE: Gérvas, J. et al. (1994).

Cabría esperar una mayor carga de trabajo con el número de visitas en consulta, siendo estas visitas de menor duración, aunque este efecto no se da en realidad, ya que las visitas a domicilio difieren en número y contenido entre países. La *carga de trabajo* (encuentros directos en una semana media de trabajo) no muestra una relación directa aparente con alguna de las variables organizativas del sistema. España presenta 134 encuentros frente a los 220 en Alemania y los 68 de Noruega. Las visitas a domicilio de los pacientes son relativamente bajas con respecto al resto de países, 6 % sobre el total de encuentros frente al 46 % de Bélgica o el 39 % de Francia. En consonancia con esto, España es el país, junto al Reino Unido donde las visitas son más cortas, 4,7 minutos de media en España frente a los 14 de Francia o 11 de Bélgica. Observamos pues que en el contexto de la comparación internacional, pese a que se ha hecho un esfuerzo en aumentar el tiempo por consulta fruto de la reforma, no nos encontramos en una posición privilegiada.

También tenemos una posición relativa baja en cuanto al *número de visitas médicas per cápita* y año cifradas en un 4,0 frente a las 11,5 de Alemania, 11 de Italia o 7,5 de Bélgica. Este indicador,

referido a médicos especialistas y generales, puede tener dos lecturas diferentes. Uno puede argumentar que el número de contactos con el sistema es reducido debido a la reducida accesibilidad al sistema (algo que es confirmado por el papel de filtro que en países como Alemania, Bélgica o Francia no tiene el médico general). Pero también puede ser que, en países como España, se estén filtrando con éxito casos no necesarios clínicamente.

En cuanto al *contenido de las consultas*, España muestra una posición media/baja en cuanto al número de pacientes a los que se les practican pruebas (sobre el total de encuentros paciente/médico general) con un valor de 5,5 entre un máximo de Suiza (16,1) y un mínimo en UK (5,1). El número de pruebas por paciente testado muestra una posición media/alta para España (3,7) entre Bélgica (4,1) y el Reino Unido (1,6).

Parece que la reforma de la AP no ha mejorado sustancialmente la *calidad prescriptora* de los médicos en Centros de Salud (a la luz de la evolución del gasto farmacéutico en nuestro país), y en este sentido faltan estudios que ajusten variables personales de médicos y pacientes en el momento de la prescripción.

Respecto a la *satisfacción de los usuarios*, cabe hacer unos comentarios previos. Mientras que la opinión de los ciudadanos ha de distinguirse de aquella del ciudadano en su rol de usuario del sistema; cabe también decir que parece haber una correlación positiva entre el nivel de satisfacción con el nivel de gasto sanitario *per cápita* que se detenta en particular en el sistema de salud<sup>67</sup>. Mientras el primero requiere un análisis diferenciado de las expectativas del ciudadano como contribuyente y usuario del sistema, el segundo requiere de un ajuste de los resultados de satisfacción en relación al nivel de gasto sanitario implicado (*Eloa, 1994*).

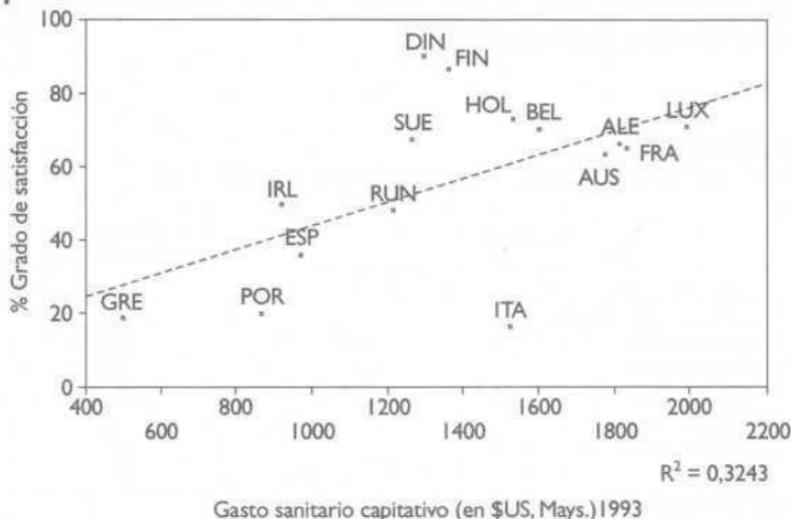
Como punto de referencia podemos tomar los resultados mostrados por el Eurobarómetro (1996) donde se preguntaba a diferentes ciudadanos de países pertenecientes a la UE en relación a su valoración global de los SNS o sistemas de aseguramiento público sanitario nacionales (*Mossialos, 1997*)<sup>68</sup>. Estos resultados muestran de nuevo una relación positiva en los niveles de gasto sanitario *per cápita* y de satisfacción global en referencia al sistema sanitario (véase figura siguiente). España, Grecia y Portugal muestran niveles de satisfacción y gasto sanitario significativamente reducidos res-

<sup>67</sup> Conclusión que se extrae de los resultados de estudios como Blendon *et al.* (1991, 1992), donde la mayoría de países de la OCDE muestran una correlación positiva a excepción de EE.UU., con elevado nivel de gasto e insatisfacción.

<sup>68</sup> Mossialos, E., «Citizen's views on health care systems in the 15 member states of the European Union», *Health Economics*, vol. 6: 109-116, 1997.

pecto al resto de países de la UE. En este mismo sentido, Irlanda muestra niveles de satisfacción superiores a los españoles, pese a que es un país que gasta en términos capitativos menos que España. Cabe resaltar el hecho de que en España el porcentaje de población que se muestra indiferente («ni satisfecho ni insatisfecho») es significativamente superior al resto de países. Esta encuesta muestra también la actitud de la población en relación a la necesidad de introducir reformas sustanciales en el sistema, mostrándose globalmente resultados compatibles con los de satisfacción: mayores niveles de insatisfacción se asocian a percepciones más íntensas en favor de introducir reformas en el sistema.

**FIGURA 2**  
Niveles de satisfacción y gasto sanitario per cápita en los países de la UE



FUENTE: Elaboración propia a partir de Mossialos (1997).

Cuando los ciudadanos opinan sobre el sistema sanitario en general, y la atención extrahospitalaria en concreto, muestran un nivel de insatisfacción alto. En este sentido, en una encuesta realizada en 1991 por encargo de la Comisión de Evaluación y Análisis del SNS, mostraba cómo una tercera parte de los encuestados preferían la asistencia ambulatoria privada a la pública, aduciendo problemas principalmente organizativos y de masificación.

En el caso de los usuarios los datos parecen ser más alentadores: el 71 % muestra una satisfacción con su último contacto con la asistencia sanitaria. En cuanto a la AP (véase tabla 13), el grado de satisfacción resultante es elevado (5,8 en una escala de 1 a 7), valorando especialmente el trato personal recibido en los Centros de Salud.

Los puntos negros en la valoración de los usuarios se resumen en la opinión siguiente: demasiado tiempo de espera para un tiempo de consulta demasiado reducido. Otras encuestas de salud regionales<sup>69</sup> parecen confirmar el hecho que son los *horarios de consulta*, los *tiempos de espera* en consultas, la *organización y funcionamiento* de la asistencia y el *comfort y hostelería* de los centros aquellos puntos que el usuario valora más negativamente. En la tabla siguiente se observa también una valoración relativamente mayor de los centros de salud frente a los tradicionales consultorios, algo que se confirma en estudios posteriores (Delgado et al., 1993). Estos resultados, sin embargo, son rechazados por algunos autores críticos con el actual sistema reformado de la AP, aduciendo que se está comparando «lo malo con lo peor» (Costas Lombardía, E., 1995). En este sentido, el dato clave es que el 16 % de los españoles hayan abandonado la asistencia primaria pública<sup>70</sup>. Lo interesante de este tipo de estudios es en definitiva analizar este mayor grado de satisfacción respecto a las variables causantes de este cambio, y a los costes de la reforma de la AP (Gérvás y Ortún, 1995).

**TABLA 13**  
**Indicadores de satisfacción por tipo de servicio**

Tipo de servicio	Valoración Escala de 1 a 7
Centros de especialidades . . . . .	5,2
Consultas externas hospital . . . . .	5,6
Consultorio (MG y PP) . . . . .	5,7
EAP semiurbano . . . . .	5,8
Hospitalización . . . . .	5,8 <sup>(a)</sup>
EAP capital . . . . .	5,8
EAP urbano no capital . . . . .	5,9
EAP rural . . . . .	6,0

NOTA: <sup>(a)</sup> Transformado a escala 1-7 desde la escala 1-10.

FUENTE: Elola, 1994.

## 2) *Implicaciones de la reforma sobre la eficiencia*

En este contexto de valoraciones más bien apriorísticas del impacto de la reforma se han producido algunas aproximaciones, metodológicamente superiores, pese a que en ellas subyacen aún ciertos interrogantes respecto a la caracterización óptima del nivel de eficiencia del sistema de AP español. Reconociendo el concepto de eficiencia como relativo, estas aproximaciones han ido eminen-

<sup>69</sup> Encuesta de salud de Euskadi (1992). Plan de Salud de la comunidad autónoma de Madrid (septiembre 1993).

<sup>70</sup> Centro de Investigaciones sobre la realidad social (CIRES), *La realidad social en España 1990-1991*, Madrid 1992.

temente dirigidas a la medida de la eficiencia entre centros de AP (estudios de hospitalización y urgencias hospitalarias), o bien a la eficiencia de la AP frente a otras formas de asistencia sanitaria (capacidad resolutoria de problemas de salud).

Pese a no referirse directamente al impacto de la reforma, lo cual constituye objeto de estudio en el presente texto, este tipo de evaluaciones basadas en las pautas de derivación, hospitalización, capacidad resolutoria de problemas, o bien, pautas asistenciales de los profesionales de AP, nos ofrecen una fotografía tentativa para juzgar en qué medida se han visto superados los problemas que autores como *Elola (1991)*, *Bravo et al. (1979)*, o *Durán, M. A. (1983)* planteaban en el sistema previo a la reforma.

Esquemáticamente se podría decir que mientras que persiste un cierto descontrol del gasto en AP (y del gasto farmacéutico en especial), los niveles de satisfacción han aumentado entre los usuarios, debido sin duda a una dotación superior de recursos y la ampliación del tiempo dedicado por consulta. Pese al nivel de satisfacción relativamente superior que los usuarios muestran por el sistema reformado de AP, tras la reforma, podemos identificar alguna fuente de ineficiencia...

No se puede hablar de un grado de presión competitiva significativo anterior a la reforma si pensamos además en un sistema retributivo basado en el pago por número de cartillas (y no ciudadanos) asignadas. Pero la reforma introducida en 1984, con un sistema retributivo salarial tampoco introduce incentivos en este sentido, acrecentados si cabe por la falta de libertad de elección del facultativo por parte de los usuarios. En uno de los escasos estudios sobre comportamiento de los médicos generales en nuestro país bajo un nuevo esquema retributivo de tipo capitativo (tres Areas de la Comunidad Autónoma de Madrid) se observa un aumento (197 %) de la retribución media por asistencia, sin producirse un cambio de la presión asistencial (carga de trabajo), aunque sí del patrón de actividades desarrolladas por los profesionales (más consultas urgentes, en detrimento de las programadas). Este resultado puede ofrecernos alguna pista sobre los efectos que los sistemas de pago capitativos en presencia de libertad de elección del médico pueden tener en el contexto español. El autor aduce una percepción de mejor accesibilidad a los servicios por parte del usuario, así como cambios en los patrones de morbilidad atendidos. Los fenómenos de *inducción de la demanda*, junto con los de aprovechamiento de las *economías de alcance* (*scope economies*) en las visitas de asistencia primaria, parecen ofrecer un efecto neto neutro sobre la calidad asistencial en el caso estudiado (*Morell, 1995*).

Tampoco se ha llegado a controlar<sup>71</sup> el comportamiento prescriptor de los médicos generales, a pesar de que el 50 % del gasto que originan es farmacéutico. En este sentido faltan para el caso español evaluaciones rigurosas sobre los determinantes de los perfiles prescriptores de los facultativos, algo que erosiona en cualquier caso cualquier comparación entre los modelos reformados y no reformados de AP en España.

Una de las bolsas de eficiencia aducidas en la mayoría de comparaciones de los modelos de AP presentes en nuestro país está basada en los patrones de derivación de pacientes a la atención especializada. Para el caso español, y en el marco de un estudio europeo sobre la demanda derivada, *García Olmos et al. (1994)* realizan un estudio transversal de las consultas realizadas por 242 médicos representativos del sistema sanitario español<sup>72</sup>. La tasa de derivación media fue del 6,63 %, es decir, de unas 121.958 consultas estudiadas, 8.095 fueron derivadas a la atención especializada. Esta tasa es reconocida entre los autores del estudio como robusta con los resultados encontrados por otros estudios similares en nuestro país.

Como ya hemos comentado, dichas derivaciones no son preocupantes siempre que representen una asistencia primaria efectiva. No sería entonces interesante la disminución efectiva del número de derivaciones bajo el modelo reformado, sino el hecho de que las derivaciones (ajustando por la utilización innecesaria de servicios de urgencia) «no justificables» hubieran disminuido efectivamente.

El hecho de que las tasas de variación de las pautas de derivación muestren una relación de 1:56 entre el médico que menos y más deriva (véase *tabla 14*), puede hacernos pensar que, más allá de la casuística y las diferencias entre dotaciones de recursos para el desarrollo óptimo de la actividad asistencial, subyace la duda sobre la posibilidad de una *derivación innecesaria* fruto de la discrecionalidad profesional de los médicos. La dimensión de ineficiencia que puede recoger un estudio como el presentado en este sentido está en determinar también el grado de aceptación de derivaciones innecesarias (las llamadas *acepciones innecesarias*), la duplicación

---

<sup>71</sup> Existen recientes declaraciones desde la autoridad sanitaria que indican avances en este sentido, principalmente enfocadas al control de outliers, quedando inmersa la posibilidad de introducir incentivos remunerativos específicos para promover la figura del «buen prescriptor».

<sup>72</sup> En edad y sexo los médicos resultan representativos, pese a que la muestra está sesgada en la participación de médicos que trabajan bajo el esquema asistencial de los centros de salud. El seguimiento de los casos (problemas de salud), que requiere un interés por parte de los profesionales, aconsejó a una voluntariedad en la participación de los profesionales.

**TABLA 14**  
**Variabilidad de las tasas de derivación**

Quintil	Médicos	Recorrido
Q1	49	0,67-4,60
Q2	48	4,62-6,73
Q3	48	6,74-8,42
Q4	47	8,49-10,81
Q5	49	10,83-37,50
TOTAL	242	0,67-37,50

FUENTE: García Olmos et al. (1994).

de pruebas diagnósticas ya realizadas en la AP, el grado de comunicación y coordinación entre especialistas y médicos generales, y en definitiva, todas aquellas derivaciones con evidencia reducida respecto a su necesidad.

La optimalidad de estas derivaciones requiere un juicio eminentemente técnico, con aproximaciones como las de análisis de las *Ambulatory Care Sensitive Conditions* –ACSC– o la *capacidad resolutive* de problemas de salud que han intentado realizar.

En un análisis que aproxima aquellas hospitalizaciones «evitables» (*preventable hospitalizations*) gracias a una actuación de la AP efectiva se extraen algunas conclusiones interesantes desde la perspectiva de la eficiencia asistencial (Casanova, Colomer y Starfield, 1996). El estudio, realizado en el distrito hospitalario de Sagunto (Valencia), revisa las admisiones hospitalarias en pediatría, tenía el objetivo de corroborar algunos resultados obtenidos en los EE.UU. para el tratamiento de problemas de salud bajo la responsabilidad pediátrica: el efecto significativo de las variables socioeconómicas y de la atención primaria que pueden tener sobre la efectividad de la asistencia, entendida ésta como hospitalizaciones realizadas en «condiciones» no efectivas para la atención especializada. Estas condiciones, las *Ambulatory Care-Sensitive Conditions*, son definidas a partir de los diagnósticos de las admisiones hospitalarias y reflejan diagnósticos donde la atención extra-hospitalaria (*out-patient care*) ofrece un tratamiento más efectivo o rápido, dado que puede reducir el riesgo de hospitalización bien previniendo el resultado del problema de salud, bien mediante el control del episodio agudo de la enfermedad, o finalmente, mediante la gestión clínica de aquellas enfermedades o condiciones de salud crónicas.

Los resultados del estudio de 504 hospitalizaciones pediátricas muestran como es el colectivo femenino y con edad menor

(< 2 años)<sup>73</sup> el que tiene un riesgo superior de hospitalización «innecesaria». Sorprendentemente, y al contrario de los resultados de estudios similares en los EE.UU., las condiciones socioeconómicas, el tipo de médico o existencia de visita previa o no al médico general no influían significativamente en las tasas de hospitalización innecesaria en pediatría. De hecho en estudios similares<sup>74</sup> se había encontrado la condición socioeconómica de los padres, la duración del episodio de problema de salud, la *visita ambulatoria previa* y las tasas de derivación hospitalarias como variables con un efecto positivo y significativo sobre las hospitalizaciones innecesarias definidas en base a las ACSC<sup>75</sup>.

Otra aproximación metodológica de evaluación de las hospitalizaciones innecesarias es el estudio de los *Servicios de Urgencias Hospitalarias -SUH-*. El interés que ha generado este servicio sanitario yace sobre el hecho del crecimiento en su utilización durante los últimos años, y la hipótesis que pudiera estar reflejando carencias organizativas de la AP en cuanto al tratamiento efectivo de los problemas de salud que le son propios. Nuestro interés refleja también el hecho de que el estudio de las derivaciones ha de ser ajustado de alguna manera por la tasa de utilización de SUH inadecuados, ya que, pese a estar motivadas esencialmente por una decisión del usuario de asistencia sanitaria, pueden ser objeto también de comportamientos poco eficientes de la AP, especialmente en el tratamiento de problemas crónicos o agudos. Estaríamos entonces frente al denominado efecto de «resbalo» de las derivaciones a los SUH.

En un estudio en el entorno español, dirigido a la identificación en el área de salud de la ciudad de Mataró (Barcelona) del *impacto de la reforma* de la AP mediante el estudio de las tasas de utilización de los SUH, los autores concluyen: «... los motivos que llevaron a utilizar el SUH muestran que todavía se hace un uso injustificado independientemente del modelo de atención primaria.» (Bolíbar, et al. 1996). La tasa global de utilización de los SUH fue del 27 %, tasa que por otra parte resulta superior a la obtenida en otras muestras poblacionales, como el 14 % de la Encuesta Nacional de

---

<sup>73</sup> En la literatura sobre el tema, una de las explicaciones para una mayor tasa de hospitalización, en niños menores de 2 años, es la de que los padres tienen una mayor tendencia a acudir a los pediatras directamente, sin visita previa a la A.P., cosa que incrementa la inefectividad del tratamiento, dado que los pediatras derivan relativamente más que los médicos generales.

<sup>74</sup> Lovejoy et al., «Unnecessary and preventable hospitalization: report of an internal audit», *J. Pediatr.*, 79: 868, 1971.

<sup>75</sup> Un nivel educativo superior de los padres, mostraba, por ejemplo, un efecto positivo en este sentido. Los autores de este estudio no encuentran explicación para el hecho de que sean las «niñas» las que muestren unas tasas de hospitalización mayores. De igual forma, la falta de correlación positiva con los niveles de renta inferiores contrasta con los resultados encontrados en EE.UU.

Salud. Esta tasa de frecuentación, no expresa en general una derivación desde la AP, sino que en la mayoría de los casos (entre el 75 y 94 % según los estudios revisados por los autores) proviene de una iniciativa propia del usuario de la asistencia. Estamos pues ante una expresión de la demanda de SUH que proviene de la percepción propia del usuario. Esto resulta clave para los estudios sobre las derivaciones innecesarias, y permite presentar ciertas conclusiones:

- a) Primero, que los estudios de derivación pueden no ajustar en la realidad el acceso a la atención sanitaria, ya que gran parte de la demanda de servicios sanitarios queda fuera de la responsabilidad de la actuación de la misma, y de su papel como moderador de la demanda. Si la coordinación y continuidad en la asistencia sanitaria son objetivos de eficiencia técnica, las derivaciones son sólo una parte de la historia.
- b) En segundo lugar, reconocer que parte de esta utilización urgente de hospitalización puede deberse a un funcionamiento no eficiente de la AP.
- c) Finalmente, en base a que la mayoría de la utilización de SUH nacen de la decisión propia del usuario, pueden reflejar en cierta forma el grado de confianza de los usuarios en la AP cuando tratamos un problema de salud autopercebido como urgente<sup>76</sup>.

El análisis de la *capacidad resolutive* está orientado al estudio de cómo diferentes formas de asistencia sanitaria pueden resolver un problema de salud determinado. Su utilidad reside en la identificación de las formas más efectivas de asistencia, la eficiencia técnica, aunque su relevancia se expresa en base a la identificación de problemas de salud que sean críticos bien por los costes que estos generan en el sistema de salud, bien por las consecuencias «esperadas» que el tratamiento de dichos problemas tiene sobre el resultado sanitario global. En un estudio ilustrativo y válido para mostrar algunas de las deficiencias latentes aún hoy en la AP española se realiza un análisis de adecuación en el procedimiento asistencial del resfriado común en ocho centros de la Comunidad Autónoma de Murcia (*Saturno, Gascón y Fonseca, 1995*). En el caso del resfriado común los autores encontraron que: «La calidad de la atención al resfriado común es manifiestamente mejorable en la mayoría de centros estudiados. La frecuencia del uso de antibióti-

---

<sup>76</sup> Los autores aducen para ello diversas causas. Entre ellas algunas que se escapan a la responsabilidad de los centros de AP (grado de aversión al riesgo frente a la autopercepción de problemas de salud), o bien aquellos que se le pueden atribuir (existencia de servicios de urgencia en los centros no conocidos por los usuarios) a los centros.

cos y la no consignación de exploración física son la base de una actuación problemática e ineficiente, más frecuente en los centros rurales y semirurales.» Se utilizan para la selección del problema de salud relevante los indicadores de la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*<sup>77</sup>, cuyos criterios de selección son la frecuencia con que los procesos se den conjunta o separadamente, el nivel de riesgo para el usuario, o la tendencia reconocida de los problemas de salud a ser problemáticos. La *dimensión de la calidad* que pretenden analizar es la científico-técnica, valorando el grado de cumplimiento de unas normas preestablecidas en el proceso asistencial correcto de un caso de resfriado común<sup>78</sup>. Los resultados muestran una gran variabilidad en el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos: el cumplimiento de simultáneo de los criterios de calidad se muestra en el 20 % de los casos (rango de variación: 2-60 %); aparece una relación positiva entre exploración y prescripción correcta de medicamentos, algo que es más importante cuando se observa que del 89 % de los casos donde se prescribieron antibióticos, el 47 % del total fue inadecuado.

Se explora la relación de algunas variables estructurales con el cumplimiento de los tres criterios de calidad asistencial preestablecidos, encontrando una relación (significativa) positiva con la ubicación urbana del centro y negativa, con el carácter docente del centro estudiado. Los autores indican en cualquier caso que el estudio de los determinantes de la calidad en este sentido ha de hacerse en profundidad, buscando las causas por las que los centros no urbanos presentan niveles de calidad asistencial inferiores, por ejemplo. El carácter docente puede estar mostrando una interpretación distorsionada de la realidad, ya que el carácter docente del centro no implica un desarrollo homogéneo de la actividad docente entre centros.

---

<sup>77</sup> Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Monitoring and Evaluation Process. En: *Quality Assurance in Ambulatory Care*. (2.ª Ed.). Chicago, 1990; 39-82.

<sup>78</sup> En este caso incluye: 1) debe realizarse una exploración física del aparato respiratorio y/o una exploración otorrinolaringológica, sin admitirse ninguna excepción; 2) debe registrarse en la historia clínica el tratamiento; y 3) en relación con el tratamiento farmacológico: no deben prescribirse antibióticos y/o antihistamínicos monofármacos y/o corticoides, excepto en los casos en que se trate de pacientes con una enfermedad de base como inmunodeprimidos, cardiopatas, enfermedad pulmonar obstructiva aguda, o bien de pacientes que llegan tratados de otros servicios.

### 3) La imposibilidad de contener los costes

Algunos autores consideran que la atención primaria partía de un nivel deficitario de recursos, que se repara con la reforma. Otros han aducido factores exógenos a la reforma:

- la convivencia de los dos modelos (reformado y tradicional);
- la evolución de los ciclos presupuestarios estatales;
- el margen de gestión de personal público;
- la coordinación entre autoridades sanitarias centrales y regionales (concertación de los EAP con las CC.AA.) o bien,
- la estructura de gestión pública implicada para entrar en esquemas de trabajo en equipo.

Adicionalmente, se ha de matizar el hecho que los objetivos de los dos sistemas eran lo suficientemente diferentes para permitir comparaciones realmente homogéneas en lo referente al nivel y senda de gasto implicada.

Todos estos factores pueden explicar que no haya una reducción, en el caso del gasto en atención ambulatoria, que se derive directamente de los efectos de la reforma (véase tabla siguiente). Las tasas de crecimiento del gasto ambulatorio muestran tras la refor-

**TABLA 15**  
**Gasto ambulatorio español. Evolución 1980-93**

Año	Gasto ambulatorio público		Gasto ambulatorio total		(1)/(2) %
	Ptas. ctes. 90 (1)	T. crec. %	Ptas. ctes. 90 (2)	T. crec. %	
1980	249.221	n.d.	330.179	n.d.	75,48
1981	248.345	-0,35	342.008	3,58	72,61
1982	247.989	-0,14	345.088	0,90	71,86
1983	237.226	-4,34	355.652	3,06	66,70
1984	240.260	1,28	342.943	-3,57	70,06
1985	239.136	-0,47	338.081	-1,42	70,73
1986	255.128	6,69	345.689	2,25	73,80
1987	275.205	7,87	372.487	7,75	73,88
1988	306.714	11,45	465.499	24,97	65,89
1989	349.256	13,87	436.672	-6,19	79,98
1990	375.415	7,49	502.011	14,96	74,78
1991	414.877	10,51	515.550	2,70	80,47
1992	436.291	5,16	542.745	5,27	80,39
1993	436.517	0,05	514.307	-5,24	84,87
1980-83 (*)	245.695	-1,61	343.232	2,51	71,66
1984-93 (*)	332.880	6,39	437.598	4,15	75,49

FUENTE: El gasto ambulatorio según la OCDE Health Data File 1998 incluye aquellos conceptos de gasto ambulatorio utilizados en las Cuentas Satélite del Gasto Público en Sanidad. (\*) Para estos periodos se toman valores medios para el gasto y sus tasas de crecimiento interanual.

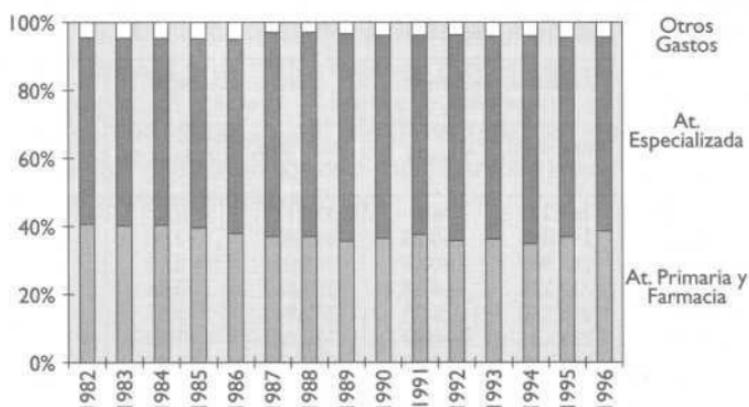
FUENTE: OCDE CREDES Health Data File, 1998.

ma crecimientos medios del 6,39 % y 4,15 % respectivamente para el gasto de financiación pública y total en el período 1984-91. Frente a éstos, contrastan tasas de crecimiento del gasto ambulatorio inferiores en torno al -1,61 % y 2,51 % respectivamente en el período 1980-83. Las diferencias en las tasas de crecimiento de los agregados público y total se ha traducido en un incremento de la participación del gasto público sobre el total.

Respecto a la *composición del gasto*, se observa un coste por habitante y año menor para los EAP en relación con los no reformados, que se explica por un crecimiento en el coste de personal *per cápita* neutralizados más que proporcionalmente por una disminución en los costes farmacéuticos (Sanfrutos, 1994).

El reparto del gasto sanitario en atención primaria y atención especializada se ha mantenido prácticamente idéntico (Sanfrutos, 1994). Para el agregado de la Seguridad Social, encontramos en el período 1982-1996 una evolución ligeramente decreciente en la participación de la partida AP y Farmacia en la composición del gasto sanitario en favor de partidas como la atención especializada y otros gastos (véase gráfico 4).

**GRAFICO 4**  
**Composición funcional del Gasto Sanitario de la Seguridad Social española**



Año	Atención Primaria y Farmacia	Asistencia Especializada	Otros Gastos	Total
1982	40,70	54,80	4,50	100,00
1985	39,60	55,50	4,90	100,00
1990	36,50	59,70	3,80	100,00
1996	38,60	57,00	4,40	100,00

NOTA: Otros gastos se refieren a Medicina marítima, Investigación sanitaria, Formación personal, Administración de servicios generales.  
FUENTES: FARMAINDUSTRIA (1994, 1998), Informe Comisión Abril y Liquidación de Presupuestos de la S.S.

En estudios similares de composición del gasto para los casos de CC.AA. del estado español, los resultados encontrados en cuanto a composición y evolución del gasto son similares. En el caso andaluz, y para el período 1984-95, el gasto en AP incrementó en tres puntos, dos de los cuales se debían al gasto farmacéutico y un punto al resto de programas de AP. Este incremento no se ha producido en detrimento de la asistencia sanitaria especializada, que también aumentó cuatro puntos. En el agregado, tanto la AP como la especializada crecieron en detrimento del resto de programas (11 % en 1984 y 3 % en 1991). Este estudio, restringido para la situación en Andalucía, puede considerarse representativo de la estructura sanitaria de todo el país.



## II. DIFERENCIAS EN LAS FORMULAS DE GESTION DE LOS DIFERENTES SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

La coexistencia en nuestro sistema nacional de salud de modelos de gestión diferenciados (entre INSALUD y los Servicios Regionales de Salud -SRS-) nos confiere la posibilidad de analizar de forma comparativa (*benchmarking*) sus implicaciones en términos de eficiencia en la provisión de asistencia sanitaria. La propia variación entre los modelos de gestión implicados en nuestro país muestra, entre otras cosas, una falta de consenso científico en cuanto a la bondad de los incentivos creados que normalmente son «descubiertos» en su aplicación a los sistemas de salud de países vecinos.

En particular para el caso español las nuevas reformas han tomado una orientación clara a la *separación de funciones y responsabilidades* en el sistema sanitario: financiación, provisión y compra de servicios. Recientemente, el debate se ha centrado principalmente en la *dimensión financiera* del problema. La duda se plantea en la interrelación de los déficits de financiación y de gestión implicados de alguna forma bajo la configuración actual del SNS español. Mientras existe un consenso respecto a que la falta de una suficiencia financiera dentro del sistema pudiera estar «ocultando» un déficit de gestión de los distintos entes productores de asistencia sanitaria, se plantea al mismo tiempo una vía de solución: la definición de suficiencia financiera respecto al gasto sanitario que la asistencia implica, para aislar entonces las bolsas de ineficiencia implicadas en la gestión de la misma.

Dada esta situación de partida, en este apartado queremos describir cuáles han sido las principales implicaciones en cuanto a la creación de incentivos para la eficiencia, tomando los dos instrumentos que paralelamente se han venido utilizando. En primer lugar los contratos programa como mecanismos de financiación, gestión y política sanitaria para la introducción de incentivos eco-

nómicos a la eficiencia productiva en sanidad; y en segundo lugar, la creación de nuevas formas organizativas, como las empresas públicas sanitarias dirigidas principalmente a «liberar» a la producción de servicios sanitarios de un marco legal y administrativista que se utiliza comúnmente para justificar bolsas de ineficiencia productivas (Cabasés y Martín, 1996).

## II.A. Los contratos-programa: mecanismo de financiación, política y gestión sanitaria

### 1) Los contratos-programa como instrumento de financiación en el SNS

Se introducen en el sistema sanitario español tanto en la atención especializada como la AP, pese a existir un sesgo favorable a su aplicación en la financiación hospitalaria. En este último ámbito, los centros gestionados por INSALUD gestión directa, y los SRS de las CC.AA. andaluza, catalana y gallega utilizan el contrato programa como fórmula de financiación (véase *tabla 16*).

**TABLA 16**  
**Financiación hospitalaria en el INSALUD y los SRS**

	Instrumento de gestión/ financiación	Medida de producto	N.º de hospitales generales, públicos o administrados
INSALUD G.D.	Contrato Programa	Unidad Ponderada de Asistencia -UPA-	88
Andalucía	Contrato Programa	Escala de Valoración Andaluza -EVA-	39
País Vasco	Pactos sin Contrato Programa	Unidad Básica Asistencial -UBA-	20
Galicia	Contrato Programa	UPA corregida.	13
Valencia	Pactos sin Contrato Programa	GRD. Unidad de Medida Asistencial.	24
Cataluña	Contrato Programa	GRD. UBA.	Los hospitales públicos y privados de utilización pública se integran en una red de utilización pública universal.
Navarra	Pactos		5

FUENTE: González et al., 1995.

Los CP hospitalarios (1993) conforman acuerdos anuales de financiación que relacionan el presupuesto global con la actividad hospitalaria implicada en la provisión de servicios sanitarios. Los contenidos de este tipo de contratos pueden verse de forma simplificada como un conjunto de acuerdos en torno a, primero, unos *objetivos de producción* (medidos por unidades relativas de valor de la producción hospitalaria); y segundo, unos *objetivos de financiación* basados en *costes medios* e incluyendo adicionalmente partidas especiales de ingresos sometidos a objetivos específicos.

En el caso de los hospitales gestionados por INSALUD gestión directa, para la fijación de objetivos de producción se utilizan los contratos-programa determinando objetivos de disminución de la *estancia media*, y de recuperación del número de *ingresos hospitalarios* respecto al retraso frente a países de nuestro entorno. Consecuencia de lo anterior quedan fijados los indicadores de gestión de *recursos-cama*: índices de ocupación, intervalos de sustitución e índices de rotación enfermo-cama de cada servicio y hospital <sup>79</sup>.

A fin de instrumentar dichos objetivos se construyen medidas ficticias de actividad hospitalaria que pese a resultar simples (metodológicamente) y fáciles de obtener <sup>80</sup> resultan en definitiva poco representativas de la producción hospitalaria. Los también denominados «*precios nomenclaturales*» se construyen a partir de costes medios, incluyendo tan sólo los costes correspondientes a gastos corrientes hospitalarios <sup>81</sup>. Las unidades relativas de valor (véase *tabla 17*) representan así una primera aproximación de *precios a costes* de la actividad hospitalaria, para la transición desde un sistema de financiación histórico a uno con componentes más prospectivos.

Adicionalmente, se establecen precios específicos para determinados procesos e intervenciones, tal como se muestra en la *tabla 19*. Entre ellos encontramos aquellos que pretenden potenciar ciertas actividades que suponen un cambio tecnológico, en especial aquellas en las que se sustituyen procedimientos de hospitalización por los de *cirugía ambulatoria* (p.e., cataratas con grandes listas de espera), al igual que algunas operaciones de alta tecnología y coste.

<sup>79</sup> Estancia media = Estancias/ Ingresos; Índice de Ocupación = Estancias/ 365 \* camas; Índice de sustitución = (365 \* camas-Estancias)/Ingresos; Índice de rotación = Ingresos/ camas \* 12.

<sup>80</sup> Una lectura clarificadora puede ser el artículo de Bestard, J. et al., «La unidad poderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria», *Gaceta Sanitaria*, 1993, 7: 263-273.

<sup>81</sup> Los gastos corrientes implican a los capítulos I y II del presupuesto, restando excluida la inversión ante la inexistencia de un plan de contabilidad financiera normalizado para hospitales públicos.

**TABLA 17**  
**Escalas relativas de valor para actividad hospitalaria en España**

	UBA <sup>(a)</sup>	UPA <sup>(b)</sup>	EVA <sup>(c)</sup>	UCA <sup>(d)</sup>
Estancia . . . . .	1			1
Médica . . . . .		1	1	
Quirúrgica . . . . .		1,5	1	
Obstetricia . . . . .		1,2	1,2	
Pediátrica . . . . .		1,3	1,3	
Neonatólogica . . . . .		1,3	—	
U.C.I. . . . .		5,8	5,8	
Intervenciones con hospitalización.	—	—	5	2
Intervenciones ambulatorias . . . .	0,50	0,25	0,25	0,75
Primera consulta externa . . . . .	0,50	0,25	0,25	0,4
Consulta sucesiva . . . . .	0,25	0,15	0,15	0,2
Urgencia . . . . .	0,50	0,3	0,3	0,4
Diálisis . . . . .	—	—	—	1,28
Rehabilitación . . . . .	—	—	—	0,1
Hospital de día . . . . .	—	—	10	—

NOTAS: (a) Unidad Básica Asistencial, medida de actividad hospitalaria en Cataluña.

(b) Unidad Ponderada Asistencial, INSALUD.

(c) Escala de Valoración Andaluza, SAS.

(d) Unidad de Coste Asistencial, Servicio Vasco de Salud.

FUENTE: Cabasés y Martín, 1996.

La tendencia establece un incremento de las actividades extraídas de la financiación vía UPA's, llegando a representar en 1993 el 12 % del gasto corriente hospitalario total.

La inexactitud de este tipo de medidas es producto del carácter diverso de los casos, las actividades y los niveles de calidad implicados en la producción de asistencia especializada. Los avances en esta dirección, condicionados a la generalización de un conjunto mínimo de información común entre los centros, se han producido en la introducción de medidas de casuística en los tratamientos: *Grupos relacionados de diagnóstico* (GRD's) y *Categorías de gestión de pacientes* (PMC's). En el Servicio Vasco de Salud elaboran los contratos-programas para hospitales en 1994 con PMC's. En el SAS se trabaja en 1996 en la elaboración de cuentas de resultados para hospitales basados en GRD's. También en Cataluña la fundación IASIST lleva varios años trabajando con diferentes hospitales en base a los GRD's.

La *regulación* se establece entonces en base a dos niveles. El primero, referido a los *precios*, se vehicula mediante la fijación de tarifas para las unidades relativas de valor, y de precios para algunas actividades (además de las incluidas en la tabla 18) tales como interconsultas, servicios de radiología, servicios de laboratorio, extracciones o trasplantes, servicios a terceros, etc. La fijación de *cantidades* puede decidirse a nivel de proveedor de atención espe-

**TABLA 18**  
**Tarifas procedimientos extraídos**

	1993			1994	
	Insalud G.D.	Galicia	Andalucía	Insalud	Andalucía
Diálisis, paciente-mes . . . . .	280.000	280.000	397.500	280.000	—
Hemodiálisis . . . . .	—	—	—	—	13.250
Hemo-dinámica terapéutica . . . . .	470.000	529.000	—	529.000	—
Hemo dinámica diagnóstica . . . . .	87.000	100.000	—	100.000	—
Extracción renal bilateral . . . . .	750.000	750.000	950.000	750.000	750.000
Extracción multiorgánica . . . . .	1.250.000	1.250.000	1.500.000	1.250.000	1.250.000
Trasplantes renales . . . . .	1.600.000	1.600.000	1.400.000	1.600.000	1.600.000
Trasplantes hepáticos . . . . .	4.000.000	4.500.000	3.703.200	4.500.000	4.500.000
Trasplantes cardíacos . . . . .	3.000.000	3.090.000	3.284.700	3.090.000	3.090.000
Trasplantes médula ósea . . . . .	—	—	—	1.600.000	1.600.000
<i>Cirugía Ambulatoria</i> . . . . .					
Amigdalectomía . . . . .	—	—	—	27.000	—
Artroscopia . . . . .	—	—	—	95.000	—
Cirugía Hemorroidal . . . . .	—	—	—	63.000	—
Dilatación y Legrado Uterino . . . . .	—	—	—	40.000	—
Escisión Sinus Pilonidal . . . . .	—	—	—	40.000	—
Extirpación Tumoración benigna mama . . . . .	—	—	—	62.000	—
Liberación y escisión vainas y/o tendones . . . . .	—	—	—	45.000	—
Orquidopexia . . . . .	—	—	—	55.000	—
Cataratas . . . . .	105.000	112.000	—	112.000	—
Cirugía de Varices . . . . .	—	—	—	85.000	—
Herniorrafia Unilateral . . . . .	60.000	75.000	—	75.000	—
Herniorrafia Bilateral . . . . .	105.000	97.000	—	97.000	—
Safenectomía . . . . .	90.000	90.000	—	—	—
Hallux Valgus . . . . .	48.000	59.000	—	56.000	—
Adenoidectomía . . . . .	18.000	27.000	—	—	—
Fimosis . . . . .	35.000	35.000	—	35.000	—
Quiste Lacrimal . . . . .	22.000	27.000	—	27.000	—
Docencia . . . . .	2.500.000	—	—	—	—

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

cializada o primaria (dentro de los límites de su capacidad instalada), mientras que la regulación central se circunscribe a la fijación de actividades que representan un alto coste, y a ciertos programas de atención sanitaria. De forma marginal se producen restricciones en la valoración de ciertas actividades en atención especializada. Existen restricciones teóricas de actividades (establecidas de forma retrospectiva y en base a grupos de hospitales homogéneos) cuantificadas en unidades relativas de valor, que permiten a los centros manipular el mix de pacientes tratados<sup>82</sup>.

Adicionalmente, algunas CC.AA., como la andaluza, han desarrollado sistemas de incentivos explícitos vinculados a los CP. En el Servicio Andaluz de Salud –SAS– los incentivos introducidos desde

<sup>82</sup> Esta posibilidad de manipulación se desvirtúa ante la imposibilidad del centro de elegir los pacientes a tratar por el mismo.

1991 son de tipo torneo. El sistema de reparto de la productividad variable del hospital a los directivos se materializa en base a dos criterios principalmente. Un primer componente se establece en base al modelo retributivo de *Weitzman (1976)*: mecanismo de reparto de las primas mediante una evaluación relativa del rendimiento y la construcción de funciones de valor que expresen las preferencias del decisor a nivel central. Se valoran e integran los valores negociados y realizados según las variables objetivo definidas. El sistema induce a revelar información sobre objetivos al planificador, incentivando su consecución por parte de los sustentadores del presupuesto. Adicionalmente se utiliza un índice de calidad asistencial (*tiempo de lista de espera* por 10.000 habitantes, *cirugía ambulatoria* con uso de quirófanos en el ámbito de hospital de día de procesos seleccionados y el grado de *cumplimiento del capítulo II*). Finalmente se tienen en cuenta variables objetivo de revisión anual referidas a los sistemas de información e implicación del personal en los objetivos propuestos (donde la no consecución representa una penalización importante).

El INSALUD ha desarrollado también sistemas de incentivos profesionales de AP y especializada, pese a que tan sólo los primeros fueron de aplicación efectiva a partir de 1995<sup>83</sup>. Para la asistencia primaria y de una forma simplificadora, el INSALUD define un doble vector compuesto por la suma de la cobertura de cada programa por su valor técnico (ponderación para el porcentaje de cumplimiento del programa de salud), y adicionalmente, el cumplimiento de las normas técnicas mínimas definidas a nivel central para todas las gerencias de AP.

El modelo de incentivos aplicado a la AP surge de un acuerdo entre *Ministerio de Sanidad y Consumo* y el *INSALUD* para retener los ahorros presupuestarios del ejercicio 1994. Es una experiencia piloto, con criterios de exclusión/inclusión en el mismo, y con voluntariedad de los directivos de los centros que quieran participar. El objetivo es conseguir los objetivos planteados en el contrato-programa, *incrementando la productividad, manteniendo la calidad, conteniendo el gasto* (generando remanentes presupuestarios).

Se aplica a todos los profesionales implicados, no sólo a los directivos, como ocurre en el caso andaluz. Los remanentes generados se dedican a incentivar a los profesionales, pero también a recu-

---

<sup>83</sup> Los incentivos vienen definidos de forma análoga de la siguiente manera:... el saldo positivo entre presupuestos de ingresos y gastos revertirá, en la cuantía que se determine, en la Gerencia del centro proveedor, con autorización previa del Director General del INSALUD, siempre que se obtenga la actividad establecida en el contrato-programa.

perar los déficits históricos de algunos centros<sup>84</sup>. El presupuesto de incentivos lo gestiona el gerente de AP, y puede imputarlo a cualquier capítulo excepto al capítulo I (personal). Para obtener estos fondos se plantean una serie de condicionantes previos: primero, se requiere un cumplimiento en los objetivos de producción, y segundo, la obtención de ahorros sobre el presupuesto asignado.

Cubiertas estas dos condiciones, la cuantía del fondo está en función de cumplir las variables referentes a la subvención de explotación, el *Valor de cobertura*, *Valor técnico*, *Valor de las Normas Técnicas Mínimas*, y *Fase de descentralización*<sup>85</sup>. Los incentivos se obtienen exclusivamente de los ahorros en los capítulos II y IV y en los consumos de atención especializada para la AP.

En Andalucía se ha diseñado también una propuesta de escala de valoración de la producción de AP con ponderaciones de la actividad asistencial y de programas de AP.

## **2) Los contratos-programa como instrumento de planificación y gestión sanitaria**

Su principal atractivo como instrumento de política sanitaria es la posibilidad que ofrece de *Planificación Sanitaria* global, diseñando la actividad de los centros en función de unos objetivos previamente definidos en el Plan de Salud, así como efectuar consideraciones respecto al nivel de equidad geográfica implicado.

El hecho que la incorporación de los CP esté sesgada hacia la atención especializada, parece promover la sobre-derivación entre niveles asistenciales, rompiendo el trato longitudinal de los pacientes. La ausencia de objetivos de tipo inmunológico y las restricciones que la planificación puede introducir a la tarea del gestor, son algunos de los factores aducidos como contraproducentes en la aplicación de dichos contratos (*González et al., 1995*).

Como *instrumento de gestión*, su atractivo se basa, en principio, en la cesión de autonomía a los gestores. Sin embargo, en esta cesión de autonomía a los gestores se produce un cierto desbordamiento: la desconexión entre la consecución de objetivos y el margen de gestión limitado por la reglamentación presupuestaria y laboral produce entre los gestores sanitarios un sentimiento de «inalcanzabilidad» en los objetivos.

<sup>84</sup> En ningún caso puede recibir la gerencia un importe por incentivos superior al 80 % del crédito generado.

<sup>85</sup> Algunas de estas condiciones denotan una relación directa con la dimensión profesional (clínica) y gestora de la CALIDAD.

Desde la autoridad sanitaria se definía al CP como medida de gestión con capacidad potencial para mejorar los resultados de gestión, con la participación activa de los profesionales que con sus decisiones clínicas tienen capacidad de inducir (Martínez Aguayo, C. y Martín Acera, S., 1994). Igualmente se incidía en tres elementos que tendrían que potenciar el impacto de la medida en un futuro: la cultura de gestión y profesional, la devolución de poder a los profesionales, y la efectividad de medidas de reforma complementarias que afectarían al marco legal en que se producía asistencia sanitaria. Una reestructuración de las relaciones en base a la autonomía de gestión<sup>86</sup> chocaba de alguna forma con un escepticismo frente a fórmulas de flexibilización organizativa como son todas aquellas medidas de reforma del marco legal y administrativo ligado a la Administración Pública.

En la lógica de los contratos-programa está, en primer lugar, el hecho de que los objetivos sean creíbles (existencia de un margen de gestión suficiente) y consensuados entre ambas partes del contrato. En segundo lugar, se exige que la cesión del riesgo financiero para los gestores sea igualmente creíble. Esto nos conduce a un problema más grave, si cabe, ya que la asignación de recursos no permite en el marco jurídico-organizativo de los organismos autónomos sanitarios que los presupuestos sean prospectivos (imposibilidad de reducir recursos en los centros identificados como ineficientes). En cierto modo estos problemas se han intentado paliar con más o menos éxito, implantando sistemas retributivos vinculados a la consecución de objetivos, como en el Servicio Andaluz de Salud y en el INSALUD.

### **3) Incentivos económicos implicados**

Los contratos financiador-proveedor proporcionan algún tipo de presión sobre los proveedores, dada la posibilidad de comparación de costes con otros productores y de que los recursos se distribuyan a nuevos proveedores. El contrato ofrece al financiador un mecanismo de ajuste «de precios a costes», y un sistema formal para el establecimiento de indicadores de productividad, útil en una relación contractual a largo plazo.

La introducción de los contratos-programa representa en España la transición desde una presupuestación en base a un reembolso retrospectivo hacia uno más prospectivo relacionado con el volumen

---

<sup>86</sup> Principalmente, la introducción de una cultura gestora y profesional basada en la corresponsabilización y negociación entre los agentes; o bien, la descentralización del poder de decisión en base a los profesionales sanitarios diseñando estructuras organizativas más «planas» y con capacidad de atender de forma flexible a los intereses de una ciudadanía en constante cambio.

de asistencia que se provee. Esto supone superar la dinámica incrementalista de los presupuestos sanitarios, que son interpretados tanto en clave de insuficiencia financiera crónica de los servicios como de incapacidad de los servicios de ajustarse al presupuesto inicial (ineficiencia).

Los contratos-programa no permiten la posibilidad legal de convertirse en prospectivos de forma genuina: el pago se realiza en base a una tarificación de la producción sanitaria, pese a que no existen los mecanismos para negar financiación a aquellos centros con costes por encima de la tarifa establecida. La insuficiencia presupuestaria sanitaria, así como una mala caracterización del producto sanitario, siempre pueden ser aducidas para quebrar el contrato.

#### **4) Los contratos-programa como mecanismo de comparación**

Si no han resultado lo útiles que se hubiese deseado para transferir riesgos, los contratos-programa son una base para permitir la comparación (*benchmarking*) de costes por actividad entre los hospitales en el futuro. Para ello, es necesario definir cuál es la *actividad* desarrollada en los centros asistenciales, qué *unidad asistencial* es la de referencia, qué *variación en los costes* se considera atribuible a la ineficiencia productiva, y finalmente cómo se ajustan los servicios por *calidad*. Cualquier intento de comparación que no considere estos aspectos puede «quebrar» el contrato como hemos comentado y caer, como medida de contención de costes, en «saco roto».

En los mecanismos de introducción de conciencia de costes para los proveedores (directivos, gestores y profesionales) de asistencia sanitaria es fundamental distinguir qué parcela de responsabilidad en un aumento de costes puede ser atribuido a la ineficiencia productiva de los mismos. En este sentido, el *control de calidad* de la asistencia se erige como fundamental. En un entorno compra-venta de servicios sanitarios, la eficiencia (en términos de coste y calidad) yace sobre la bondad en el funcionamiento de los supuestos de mercado. Para ello es necesario que la demanda de los pacientes reaccione de forma clara a la multidimensionalidad del problema de la calidad, por ejemplo. *Chalkley y Malcomson (1996)* explican que en un entorno de grandes listas de espera (como ocurre en algunos tratamientos hospitalarios en España), los proveedores posiblemente tengan pocos incentivos a incrementar su calidad para atraer a más pacientes. Fraccionar el pago en dos momentos, entrada en lista de espera y después del tratamiento, introduce en este sentido incentivos a mejorar calidad (atracción de clientes y reducción de lista de espera).

Finalmente, hemos de ser conscientes que la fijación de precios para hospitales se ha aproximado por los *costes medios*, incluyendo sólo gastos corrientes (capítulos I y II) ante la inexistencia de un plan de contabilidad financiera normalizado para hospitales públicos. En cuanto a las inversiones, elemento clave para la calidad de los servicios, no existen mecanismos de control de los costes imputables a la provisión de servicios.

### **5) Una evaluación tentativa del impacto de los contratos-programa: Algunas conclusiones**

A poco de la aplicación de los CP se realizaban evaluaciones oficiales optimistas, y por lo general, algo precipitadas, sobre el efecto que los CP pudieran haber tenido sobre el mercado sanitario español. Así, se indicaban los aparentes éxitos de la medida en los siguientes términos: la progresiva igualación del gasto capitativo entre las CC.AA. gestionadas por el INSALUD, la contención de las tasas de crecimiento del gasto, el incremento de la actividad y producción hospitalaria, el incremento de cobertura por parte de los EAP, la mejora de la gestión en la prestación farmacéutica, o bien, la mejora de los tiempos de dedicación al usuario en consulta (Martínez Aguayo, C. y Martín Acera, S., 1994)<sup>87</sup>.

Como mantenemos en el presente texto, la vinculación de dichas medidas a la consecución de objetivos, como los anteriormente mencionados, no resulta tan directa como evaluaciones de este tipo (eminentemente apriorísticas) podrían hacernos pensar. En evaluaciones posteriores se ha puesto de manifiesto este hecho, permitiendo desde una cierta perspectiva temporal evaluar los efectos «reales» de la introducción de los CP en nuestro país. Resumiendo, en términos económicos y de gestión de los servicios, parece que la introducción de los contratos-programa ha tenido aspectos positivos como: a) cambiar la cultura organizativa (dirección por objetivos y cesión —descentralización— de autonomía de gestión), b) potenciar y mejorar significativamente los sistemas de información, y finalmente, c) vincular explícitamente costes con actividad, obteniendo medidas de eficiencia de los centros (Cabasés y Martín, 1996). A continuación presentamos algunas de las conclusiones que se pueden extraer en la comparación de las estrategias de reforma de la financiación hospitalaria en el INSALUD y en los diferentes SRS (cuadro 4).

Fuera de los resultados positivos, aparecen indicios que muestran cómo los CP han fallado en la *distribución de riesgos* que cualquier

<sup>87</sup> Martínez Aguayo, C. y Martín Acera, S. (1994), «El Contrato programa: ¿Qué es?, ¿Cuál es su importancia?», *Rev. San. Hig. Púb.*, 68: 331-334.

**CUADRO 4****Puntos comunes entre INSALUD y los Servicios Regionales de Salud en su estrategia de reforma de financiación de los centros sanitarios públicos****Puntos en común de la estrategia de reforma: Insalud y S.R.S.**

1. En términos jurídicos el contrato programa es una ficción legal y lo que se realiza en realidad es una dirección por objetivos, descentralizando algunas decisiones y vinculando costes con actividad. Ni existe la figura de «persona» entre las administraciones, ni obligación entre ellas. Entonces es un «contrato» que no se puede rescindir en tanto en cuanto no existe; ni se puede reclamar legalmente su cumplimiento. Entre personas, como organismos autónomos creados por la administración pública, se puede plantear la existencia de contrato, aunque se debe tener en cuenta que es la propia administración quien le otorga el marco jurídico en el que actúa y la situación jerárquica que provoca dicha relación, cosa que condiciona su funcionamiento.
2. Ha tenido aspectos positivos cambiar la cultura organizativa, potenciar y mejorar significativamente los sistemas de información, y vincular explícitamente costes con producción, obteniendo medidas de eficiencia de los centros.
3. Mejoras en el margen de la eficiencia de gestión, particularmente cuando ésta ha estado, como en el caso de Andalucía, vinculado a un sistema de incentivos de cierta relevancia.
4. Permanecen importantes contradicciones entre la delegación de derechos residuales de decisión y control, y el marco contractual que regula los centros sanitarios públicos. En especial surgen contradicciones con el régimen presupuestario y la regulación laboral que desbordan los derechos teóricos que se ceden mediante los CP. Se habla de teóricos, ya que el directivo ve mermada su capacidad de gestión por decisiones legales centrales.
5. La asignación de recursos sigue siendo retrospectiva y alterar esta cuestión supera los objetivos de los CP. En el marco jurídico organizativo de los organismos autónomos sanitarios, los presupuestos prospectivos no son viables, dada la imposibilidad de reducir recursos en los centros identificados como ineficientes.
6. No existe un traslado efectivo del riesgo ni a las organizaciones, ni a los profesionales ni a los directivos. La introducción de esquemas retributivos variables (y significativos) para profesionales y directivos es necesario, pero insuficiente y requiere de una capacidad de maniobra en cuanto a los recursos humanos que la actual regulación estatutaria no permite.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Cabasés y Martín, 1996.

contrato confiere a las partes. Según una encuesta de la Escuela Nacional de Sanidad<sup>88</sup>, el resultado global es considerado como inapreciable entre los gerentes de los hospitales, introduciendo cierta *conciencia de gasto y conocimiento de los objetivos* en la cultura de gestión. Se piensa que se ha establecido un vínculo entre actividad y financiación, pero que no se ha hecho nada por garantizar la *calidad de la asistencia* (74 % piensan que no ha influido para nada en las listas de espera). Tampoco ha servido para introducir

<sup>88</sup> Prieto, Suárez y Tormo (1994), *Encuesta a Gerentes Hospitalarios*, Escuela Nacional de Salud.

una contabilidad analítica o bien nuevos sistemas de información. Se considera, en general, que el requisito de obtener una cuenta de explotación positiva puede convertir al CP en un documento meramente administrativo (credibilidad de los contratos).

**TABLA 19**  
**Valoración global de los gerentes de 37 hospitales generales de INSALUD G.D.**

	%
Muy Buena . . . . .	3,3
Buena . . . . .	56,6
Regular . . . . .	30
Mala . . . . .	10

FUENTE: Elaboración propia a partir de Prieto, Suárez y Tormo (1994).

En cuanto a sus objetivos de *contención de los costes sanitarios*, los resultados desde dicha perspectiva temporal son de forma clara poco positivos. Las tasas de crecimiento del gasto sanitario no parecen haberse reducido, mostrando adicionalmente una incapacidad para ajustarse a los gastos presupuestados al inicio del ejercicio. De esta forma las desviaciones en el gasto por UPA real<sup>89</sup> en 1993 siguen una tendencia (se observa una desviación media del 10,10 %) similar a la anterior a la puesta en marcha de los contratos-programa. Definiendo la subvención de explotación como diferencia entre el coste real del centro asistencial y el coste si produjera según los valores medianos del grupo de hospitales al que pertenece, encontramos un incremento de la misma (16,08 % en 1991 frente a 19,62 % en 1993), mostrándose una tendencia persistente a la insuficiencia presupuestaria tradicional.

En cuanto a la contención de costes se pueden extraer ciertas conclusiones, enumeradas a continuación:

- a) En primer lugar, algunos autores, utilizando la evolución de los costes por actividad como medida de *productividad*<sup>90</sup> hospita-

<sup>89</sup> Comparamos el gasto real frente al presupuestado. La desviación persistente entre presupuestos y gastos efectivos ha sido considerada bajo la perspectiva de la insuficiencia presupuestaria, así como bajo el prisma de los déficits de gestión en la provisión de servicios sanitarios. Para el INSALUD estas desviaciones han sido cifradas en el 12 % para el INSALUD total y en el 10 % para el INSALUD Gestión Directa (*Sanfrutos, 1993*).

<sup>90</sup> Desde un punto de vista conceptual se requiere distinguir el concepto de eficiencia del de productividad. De una forma simplificada, la productividad engloba el concepto de eficiencia en el sentido que mejoras en la productividad pueden tener su origen tanto en mejoras de la eficiencia asistencial (micro y/o

laria en nuestro país, han caracterizando el proceso como de rendimientos decrecientes del tipo de medidas introducidas con el objetivo de incrementar el nivel de eficiencia del sistema hospitalario nacional. Una reducción de los ritmos de mejora en este sentido avalan esta argumentación (Elola, 1995).

- b) Adscribiéndonos al estudio de la evolución de los costes por actividad se produce una reducción en la tasa de crecimiento del coste por UPA (situada en el 2 %; véase *tabla 20*) posiblemente debida a una reducción fuerte del presupuesto (en torno al 7 %), lo cual muestra unos objetivos de contención de costes excesivamente optimistas.

**TABLA 20**  
**Gasto por UPA para los centros INSALUD gestión directa. 1992-93**

INSALUD gestión directa			
Gasto Corriente (ptas.) por unidad producida (UPA)			
	Real	Presupuestado	Desviación (%)
Grupo 1 <sup>(a)</sup> . . . . .	37.050	34.030	9,49
Grupo 2 . . . . .	30.850	27.960	10,80
Grupo 3 . . . . .	32.370	29.230	10,84
Grupo 4 . . . . .	34.620	31.600	9,46
Grupo 5 . . . . .	35.200	32.820	9,91
TOTAL 1993 <sup>(b)</sup> . . . . .	34.040	31.140	10,10
TOTAL 1992 . . . . .	33.460	33.320	0,4

NOTAS: (a) Los centros hospitalarios se clasifican en grupos homogéneos por el INSALUD según la siguiente taxonomía: Grupo 1 (N = 25). Menos de 190 camas y 100 médicos. Menos de una especialidad compleja. Menos de un equipo de alta tecnología. Grupo 2 (N = 26). Más de 190 camas y 100 médicos. Menos de 1.700 efectivos humanos totales. Cinco o menos especialidades complejas. Dos o menos equipos de alta tecnología. No realizan trasplantes. Grupo 3 (N = 12). Más de 1.700 efectivos humanos totales. Entre 3 y 8 especialidades complejas, o si tienen entre 3 y 5 aquellos que tienen más de 29 especialidades y más de dos equipos de alta tecnología. Si realizan trasplantes, sólo de un tipo de órgano Grupo 4 (N = 12). Nueve o diez especialidades complejas. Si tienen siete u ocho especialidades complejas, trasplantan más de dos tipos de órganos o poseen más de 7 equipos de alta tecnología. Grupo 5 (N = 14). Hospitales con menos de 50 camas, monográficos o de larga estancia.

(b) N = 88.

FUENTE: Elaboración propia a partir de González et al., 1995.

- c) Se produce una homogeneización del coste por actividad en los centros territorio INSALUD. En la comparación de los costes por actividad entre el INSALUD y otros SRS, sin embargo, tenemos que ser cautos, evitando comparar lo no comparable (véase *tabla 21*).

mesogestora) como en mejoras del entorno productivo y tecnológico en que la asistencia sanitaria se producen.

**TABLA 21**  
**Costes (ptas.) por UPA en diferentes modelos de gestión**

	1992	1993
INSALUD gestión directa <sup>(a)</sup> . . . . .	33.460	34.040
Galicia <sup>(a)</sup> . . . . .	—	30.987
Cataluña <sup>(b)</sup> . . . . .	—	36.200

NOTAS: (a) Coste por UPS comparables. En Galicia, la UPA es corregida por un ratio de estancias teóricas/reales con un coste en 1993 de 39.432 ptas.

(b) Coste por UBA del Institut Català de la Salut -ICS-. Disminución del 1,5 % entre 1992 y 1993 (Massaguer, 1994).

FUENTE: Elaboración propia a partir de González et al, 1995.

- d) En lo referente a *capítulos de gasto*, se identifican unos resultados positivos en términos de gastos (reducción del crecimiento del capítulo I de personal), pero negativos en cuanto a actividad (reducción de la producción hospitalaria medida en UPAs, 2 %). En este sentido puede que se haya producido una presupuestación excesivamente optimista en el apartado presupuestario dedicado a la actividad (véase *tabla 22*). Dos apuntes pueden caracterizar la previsiones hechas por el financiador: primero, la reducción efectiva de la actividad frente a la presupuestada en un primer momento (2 % en cuanto a UPAs y 9,36 % en cuanto a procedimientos extraídos de las mismas); y segundo, en referencia a los objetivos de actividad, se produce en 1993 una reducción de la estancia media situada en 8,76 días menor a la prevista inicialmente (9 días), produciéndose un resultado también menor (76,15 %) en cuanto al índice de ocupación previsto (85 %).

**TABLA 22**  
**Evolución de los gastos 1991-93. Estructura por capítulos**

INSALUD gestión directa			
	% Incremento 92/91	% Incremento 93/92	Desviación 1993 Real/ Presupues- tado (%)
Capítulo I. Personal . . . . .	11,92	3,46	5,27
Capítulo II. Gastos Corrientes	3,41	4,68	8,79

FUENTE: González et al, 1995.

Existen además, evidencias empíricas sobre las diferencias entre modelos de gestión sanitaria (SRS e INSALUD) y sus implicaciones en *eficiencia*. En un estudio de González et al. (1995) se compara qué incrementos de eficiencia hospitalaria en los centros regidos

por INSALUD gestión directa son atribuibles a la aplicación de los CP, comparándolos con la eficiencia de los centros hospitalarios de otros SRS donde no se han aplicado instrumentos similares.

Un análisis de la eficiencia relativa de los centros, antes y después de que los CP se utilizaran (1991-93), muestra que el nivel de eficiencia relativa experimenta un aumento significativo, pese a que este no puede ser atribuido exclusivamente al efecto del nuevo instrumento, ya que la comparación con SRS bajo otro esquema de gestión muestran incrementos equivalentes (o superiores)<sup>91</sup> a los de INSALUD gestión directa. Pese a que parece que los objetivos en cuanto a contención de costes fueron decididamente optimistas, se ha producido un efecto ahorrador en cuanto a la contención de la *inflación hospitalaria* en 1993. Pese a ello, esta reducción es menor que la conseguida en Cataluña, donde la separación de agentes es más nítida (González et al., 1995) y los incentivos pueden haber sido más creíbles.

Los resultados en cuanto a reducción de *listas de espera* han sido en el INSALUD gestión directa inferiores que en Galicia, y en algunos hospitales situados en grandes centros urbanos se ha complementado con programas específicos de reducción de listas que han sobrepasado los objetivos de los contratos-programa.

En un análisis a partir de *fronteras deterministas de producción paramétricas* (AED) se estudia la posibilidad que la *eficiencia global* del sistema sea igual para 1991, 1992, 1993; concluyéndose una eficiencia global superior para 1993. Este tipo de análisis nos permite hablar entonces de un incremento de la productividad hospitalaria para el período 1991-1993.

Para conocer los *determinantes de esta eficiencia*<sup>92</sup> se modeliza un *modelo tobit de regresión censurada*. Los resultados muestran que,

<sup>91</sup> Para la Comunidad Autónoma del País Vasco se replica un análisis comparable al realizado con los centros INSALUD g.d. (Análisis Envolvente de Datos utilizando como inputs el personal médico, resto del personal y camas funcionantes; y como outputs los ingresos, estancias totales, urgencias atendidas, consultas ponderadas por su peso en la UPA, e intervenciones quirúrgicas con y sin anestesia). Los autores calculan un incremento de la eficiencia relativa global del 4,5 % para 1991-93, mientras que en INSALUD G.D. fue del 3 % (estas diferencias son estadística y significativamente superiores). Mientras en 1991 el 16 % de los hospitales se encontraban en la frontera de eficiencia, en 1993 esta proporción aumentó al 30 %. En la comparación con la Comunidad Autónoma de Galicia aparecen problemas metodológicos que dificultan la comparabilidad de los resultados, aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas en eficiencia respecto a los hospitales del INSALUD g.d. En el caso de Andalucía, los datos no estaban al alcance de los investigadores a pesar que el propio SRS andaluz elabora un análisis de eficiencia relativa mediante AED en la actualidad.

<sup>92</sup> Se trabaja con la Eficiencia Pura, a diferencia de la Global, que puede introducir problemas de comparación entre hospitales para diferentes escalas de producción (Economías de escala en la producción).

*ceteris paribus*, ha habido un aumento de la eficiencia del 3,5 %, donde parece que los hospitales de los grupos 3 y 4 son más eficientes que los del grupo 1, y que los hospitales de Madrid son más eficientes que los de las demás CC.AA. También aparecen mejor los hospitales con mayor *peso concertado*, en cambio mayores tasas de frecuentación hospitalaria están asociadas a menores eficiencias. El peso de las plantillas MIR no contribuye a explicar significativamente diferencias entre la eficiencia de los hospitales.

Esta línea de estudio se ha visto reforzada en los últimos años gracias a múltiples aportaciones (López y Valor, 1988; González y Villalobos, 1993; López y Wagstaff, 1993, 1995; González et al., 1995; Quintana, 1995; Solà y Prior, 1995) que han ofrecido alguna luz a la política sanitaria (y en especial al diseño de sistemas de financiación y organización hospitalarios) sobre la caracterización de la eficiencia del sistema, y la distinción de ésta frente a la productividad de la asistencia hospitalaria en España. En un estudio de 68 hospitales de financiación pública dependientes del INSALUD se encuentra una relación positiva entre el tamaño del centro y la casuística<sup>93</sup> tratada en el mismo. En este análisis, los autores concluyen que el nivel de utilización parece variar más por el comportamiento profesional que por la posible falta de flexibilidad en la asignación de recursos sanitarios. Asimismo, la complejidad y severidad de los casos, junto con el grado de especialización propio del centro y el nivel de eficiencia organizativa, son los principales factores explicativos de la variación de los costes medios asistenciales.

Otros estudios de frontera de costes dirigidos al estudio de los centros de INSALUD concluyen por lo general una falta de relación entre el *nivel de actividad y financiación*<sup>94</sup>, algo que puede constatar la reducida efectividad de los CP en la transmisión de riesgos contractuales. También se concluye un pobre proceso de *difusión de las mejoras de gestión* en relación con el nivel de eficiencia: mientras Cataluña presenta un nivel de eficiencia inferior, Andalucía y el INSALUD padecen de una dispersión mayor de los niveles de eficiencia implicados.

<sup>93</sup> Se incluyen en el análisis nueve factores principales que relacionan la heterogeneidad del mix de pacientes que trata en centro con una variable proxy del nivel de utilización de los servicios (duración de la estancia media).

<sup>94</sup> Ante los resultados de estos estudios parecería que la influencia de factores sistemáticos pueden explicar las variaciones entre costes de los centros. En este sentido se constata un nivel de ineficiencia hospitalaria situado en el 45,2 % del coste medio por caso, con gran variación entre centros. Entre los factores determinantes de un mayor coste encontramos el número de camas (relación positiva y no lineal) del centro como principal factor explicativo de los costes fijos hospitalarios; al igual que la duración de la estancia, la complejidad de los casos tratados o el grado de cercanía a un centro hospitalario universitario como factores que explican un aumento de los costes por caso.

Para el caso catalán aparecen algunos estudios que caracterizan este nivel reducido de eficiencia y su evolución temporal en los últimos años. Se evalúa un nivel de ineficiencia relativa, un tercio superior para los centros públicos frente a los privados, algo que no viene explicado desde un punto de vista estadístico por el tamaño o el carácter docente de los mismos.

En el caso del INSALUD y del impacto de la introducción de los CP, González et al. (1995) calculan un *modelo de frontera paramétrica estocástica* para aproximar un modelo de frontera de costes hospitalarios. Este modelo, pese a tener algunos problemas metodológicos, presenta resultados análogos al de los análisis tipo AED: todos los factores de coste disminuyen significativamente entre 1991 y 1993. Se calcula un *ahorro potencial* del 13,5 % del gasto promedio si los hospitales ajustaran su comportamiento al eficiente. La tendencia temporal muestra la convergencia en el comportamiento de los hospitales hacia la frontera.

La reducción de variaciones en los comportamientos muestra que los CP han impuesto cierta *disciplina presupuestaria*, especialmente a aquellos hospitales más alejados de la frontera.

Estos resultados mostrarían entonces un relativo éxito del instrumento en su variante de «herramienta» de comparación que sin embargo, deja de lado aspectos tan importantes de la financiación como lo es la *inversión*. Mientras que se aduce una importancia financiera relativamente reducida sobre el volumen total de financiación, el hecho de que se obvian de la financiación las decisiones de utilización del capital público<sup>95</sup> (amortizaciones, costes de oportunidad de las inversiones, etc.) ofrecen una sensación de traslado del problema en un futuro próximo (se argumenta que se ha conseguido una reducción de los gastos sanitarios sacrificando el ritmo de inversiones sanitarias, véase *tabla 23*). Tampoco cabe obviar la interrelación entre inversión y productividad asistencial: mientras se imponen criterios de control de coste, basándose eminentemente su aplicación en decisiones de carácter central, la falta de autonomía de gestión en que las decisiones de inversión se producen pueden introducir incentivos perversos para la mejora de la eficiencia en el futuro (López i Casanovas, 1997)<sup>96</sup>.

<sup>95</sup> Existe un presupuesto estimativo de posibilidades de inversión de los centros, elaborado en base a la agregación de las posibilidades de cada centro registradas como ingreso y gasto para el financiador. La aplicación de dicha partida es del ámbito decisional central.

<sup>96</sup> López, G. (1997): *Cost Containment in Health Care: The case of Spain 1980-1996*, Dartmouth, Ed. Julian Legrand y Elías Mossialos, 1997. Próxima publicación.

**TABLA 23**  
**Evolución de la partida de inversión. 1988-96**

	Mill. ptas. por 10.000 hab./año			Variación anual	
	1988	1991	1996 (1)	1988-93 %	1993-96 %
INSALUD gestión directa . . . .	12,37	23,01	25,59	13,22	3,60
Servicio Andaluz Salud (SAS) . . .	7,35	22,31	7,43	24,87	-30,67
Osakidetza (País Vasco) . . . . .	30,73	37,69	n.d.	4,17	n.d.
Servei Valencià de Salut (SVS) . . .	10,88	26,70	21,18	19,67	-7,42
Osasunbidea (Navarra) . . . . .	32,90	53,94	37,77	10,39	-11,20
Servicio Galego de Saude (SER-GAS) . . . . .	7,29	43,11	45,82	42,68	2,05
Servei Català de la Salut (SCS) . . .	13,15	36,37	17,65	22,56	-21,42

(1) Para la correcta comparación temporal de los datos debe reconocerse el hecho de que para 1988 y 1993 la contabilización de la partida de inversión se realiza desde la metodología seguida por las Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Los datos para 1996 han sido elaborados a partir de las liquidaciones de los presupuestos sanitarios de los diferentes SRS.

FUENTE: Elaboración propia.

En cuanto a los incentivos explícitamente introducidos en los CP, existen algunas evaluaciones temporales de variables de funcionamiento de los hospitales que autores como *Cabasés y Martín (1996)* han analizado más en detalle. En el caso del Servicio Andaluz de Salud parece que el sistema de incentivos puede juzgarse como relativamente eficiente (véase *tabla 24*), produciéndose una mejora en lo que a sistemas de información se refiere. El problema se ha planteado a nivel interno de centro, donde los profesionales de los centros, protagonistas de primer orden de esta mejora, no se han visto beneficiados de forma explícita por plantear conflictos internos con las fuerzas sindicales en relación a la eventual pérdida de masa salarial.

Los primeros resultados en el caso de los incentivos introducidos para la provisión de servicios de AP del INSALUD se ven muy afectados por la diferencia en los crecimientos de los costes farmacéuticos entre INSALUD y las CC.AA. con competencias transferidas. La situación puede ser calificada de «*reparto de beneficios*» o «*planes de ahorro*», con la idea de vincular los recursos disponibles con los beneficios esperados (*López i Casanovas, 1994*), cosa que no implica necesariamente la existencia de contratos de incentivos. Y es que, entre ahorro de recursos y esfuerzo de los profesionales puede no haber una relación clara y directa.

Uno de los condicionantes o peligros de este esquema es que aparecen serios incentivos para Hacienda de no cumplir su parte del compromiso. Es decir, esta situación puede desembocar en efectos intertemporales perversos frente a la perspectiva de restricciones financieras superiores en el futuro, ya que los gestores, al sentirse engañados, pueden entonces «hacer crecer» el nivel de gasto futuro.

**TABLA 24**  
**Evaluación de las variables implicadas en los incentivos explícitos a directivos del Servicio Andaluz de Salud**

	Valores de las variables de estudio					Tasas de variación			Tasa Interanual Acumulativa %
	1991	1992	1993	1994	1991/92 %	1992/93 %	1993/94 %		
<i>Hospitales</i>									
Lista de espera por 10.000 hab. . . . .	n.d.	128,76	104,56	56,09	n.d.	-18,79	-46,36	-34,00	
Cobrado a terceros (miles). . . . .	n.d.	4.562.940	5.195.004	5.335.810	n.d.	13,85	2,71	8,14	
Capítulo I (miles) . . . . .	185.665,466	170.136,827	180.376,720	179.936,597	-8,36	6,02	-0,24	2,95	
Hospital de día. . . . .	n.d.	37,79 %	39,15 %	47,74 %	n.d.	3,60	21,94	12,40	
Capítulo II (miles). . . . .	70.228,634	75.521,367	79.841,065	89.835,179	7,54	5,72	12,52	8,55	
CMBDA informatizado . . . . .	n.d.	21,30 %	36,61 %	91,20 %	n.d.	71,88	149,11	106,92	
<i>Atención Primaria</i>									
Gasto en farmacia (ptas./hab.) . . . . .	n.d.	14,065	15,196	15,794	n.d.	8,04	3,94	5,97	
Cobrado a terceros . . . . .	n.d.	104.748,604	172.202,372	220.241,148	n.d.	64,40	27,90	45,00	
Cobertura vacunal. Vacunación completa. . . . .	65,87 %	80,60 %	87,53 %	91,63 %	22,36	8,60	4,68	11,63	
Cobertura vacunal. Vac. Triple vírica . . . . .	72,32 %	84,80 %	89,01 %	91,26 %	17,26	4,96	2,53	8,06	
Cobertura embarazo . . . . .	39,24 %	49,90 %	53,89 %	57,75 %	27,17	8,00	7,16	13,75	
Control puerperal . . . . .	19,08 %	34,90 %	44,74 %	58,90 %	82,91	28,19	31,65	45,61	

FUENTE: Elaboración propia a partir de Cabasés y Martín, 1996.

## **II.B. Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud**

Recientemente se ha dado en el Sistema Nacional de Salud español la regulación<sup>97</sup> de las nuevas formas de gestión aparecidas en nuestro país en los últimos años, y que carecía de un cuerpo legal que las «ordenara» de alguna forma. Estamos hablando principalmente de *fundaciones*, *empresas públicas sanitarias* —EPS— y *consorcios* sanitarios que habían surgido como nuevas formas organizativas y de gestión en la provisión de asistencia sanitaria a raíz, principalmente, del proceso de descentralización de las competencias sanitarias en los diferentes SRS. En este sentido, Cataluña, en el caso de las EPS o los consorcios, o Galicia, en el de las fundaciones, han sido pioneras en la aplicación de estas nuevas fórmulas de gestión.

En el apartado siguiente pretendemos entonces ofrecer algunas de las claves por el interés que este tipo de experiencias ha despertado, así como ofrecer un mapa descriptivo de los cambios cuantitativos y cualitativos que suponen en el seno del SNS.

### **1) Nuevas fórmulas de gestión en el Sistema Nacional de Salud**

La racionalidad del conjunto de iniciativas de reformulación de las formas tradicionales de provisión de servicios sanitarios tiene su origen en la necesidad de una flexibilización de los esquemas organizativos que permita la provisión más eficiente de los servicios. El objetivo que se plantea, sea cual sea la fórmula adoptada, es la de mejora de la gestión junto a la introducción de la posibilidad de adoptar técnicas de gestión empresarial en los centros sanitarios. La flexibilización busca eminentemente en las dimensiones siguientes: decisiones en el ámbito patrimonial, presupuestación y financiación, marco laboral y profesional, control (financiero y de gestión, eminentemente) y principalmente en referencia a la contratación de bienes y servicios.

En el mapa del SNS que se observa en la *tabla 25* se observa primero que ha habido una cierta proliferación de estas fórmulas en los años noventa, y que no ha habido un patrón homogéneo de desarrollo de las mismas. Se observa, de esta forma, cierta prefe-

<sup>97</sup> El proyecto de ley que ha sido recientemente aprobado revisaba el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, que planteaba una nueva perspectiva de la legislación sectorial sanitaria en cuanto a que se preveía que en el Sistema Nacional de Salud, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios se podía llevar a cabo mediante fórmulas de gestión directa e indirecta, bajo la instrumentalización de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica.

**TABLA 25**  
**Nuevas fórmulas de gestión en el SNS español**

	Empresas Públicas Sanitarias		Consortios	Fundaciones
	Entidades de Derecho Público	Sociedades Anónimas Públicas		
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituto de Diagnóstico por Imagen (1991).</li> <li>• Gestión de Servicios Sanitarios (1992). H. de Lleida.</li> <li>• Instituto de Asistencia Sanitaria (1992).</li> <li>• Gestión y Prestación de Servicios de Salud (1992).</li> <li>• Instituto Catalán de Oncología.</li> <li>• Banco de Sangre. Hospital Mora de Ebre.</li> <li>• Hospital del Pallars. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica (1994).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empresa Energética de Instalaciones Sanitarias S.A. (1991). (a)</li> <li>• Sistema de Emergencias Médicas S.A. (1992).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de la Cruz Roja.</li> <li>• C. Sanitario de la Selva.</li> <li>• C. Sanitario de Terrassa.</li> <li>• C. Hospitalario de Cataluña. Más de 40 hospitales.</li> <li>• C. Hospitalario de Vic.</li> <li>• C. Hospitalario del Parc Taulí.</li> <li>• C. Hospitales de Barcelona.</li> <li>• Unidad de Diagnóstico de Alta Tecnología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F. Sanitaria de Igualada.</li> <li>• F. Puigcerdá.</li> </ul>
INSALUD				<ul style="list-style-type: none"> <li>• F. Hospital Alcorcón.</li> <li>• F. Hospital Manacor.</li> </ul>
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión Sanitaria Canaria.</li> </ul>			
Galicia		<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDTEC S.A. Instituto de Medicina Técnica.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• F. Hospital de Verín.</li> <li>• Centro Gallego de Transfusiones.</li> </ul>
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de la Costa del Sol (1992).</li> <li>• Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (1994).</li> <li>• Empresa Pública Hospital de Poniente.</li> </ul>			
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico por Imagen (OSATEK).</li> <li>• Centro de Transfusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta Tecnología Sanitaria, S.A. (1992).</li> </ul>		

NOTAS: (a) Participación de 50 % del CIDEM (Centro de Información y Desarrollo Empresarial) del Dpt. de Industria y Energía de la Generalitat y del SCS.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Cabasés y Martín, 1996 e INSALUD.

rencia por ciertas fórmulas para algunas CC.AA., prevaleciendo de alguna forma las llamadas Empresas Públicas Sanitarias.

Los *consorcios*, más comunes en Cataluña, son convenios de colaboración entre dos o más administraciones, y a su vez con entidades privadas sin ánimo de lucro. Como innovación organizativa cabe separarlas de las EPS o fundaciones, ya que su nacimiento responde principalmente a necesidades de integración (en y entre niveles asistenciales) de la asistencia sanitaria.

Las *EPS*, como experiencias piloto en algunos de los SRS, han despertado el mayor interés como fórmulas de flexibilización de la

gestión en el mercado sanitario español. La regulación de las EPS, que viene determinada principalmente por el derecho mercantil y laboral, ha suscitado el interés frente a las rigideces tradicionales a las que los organismos autónomos sanitarios se ven sometidas bajo el marco del derecho administrativo y un régimen de personal estatutario<sup>98</sup>. Estas empresas han tomado la forma de Entes públicos o bien Sociedades Anónimas Públicas que, pese a coincidir en general en el marco contractual, muestran algunas diferencias relevantes<sup>99</sup>.

De la observación de la realidad se deduce que la experiencia de formación de EPS está concentrada en actividades donde el activo específico más importante es el físico y no el capital humano del profesional sanitario, lo cual indica la dificultad de alterar las reglas contractuales y laborales (cultura organizativa) de la profesión médica en España. Sólo el Hospital de la Costa del Sol constituye una excepción en este sentido.

El *Hospital de la Costa del Sol* —HCS— se pone en funcionamiento el 29 de diciembre de 1993, con una población adscrita de 127.522 hab. del distrito sanitario de AP de Marbella (Málaga)<sup>100</sup>. Es una experiencia piloto de desintegración vertical del S.A.S. para la prestación hospitalaria. El objetivo es combinar las técnicas de gestión privadas y públicas para conseguir una mejor prestación (calidad) a una relación prestación/coste adecuada.

Su financiación se materializa en base a un contrato-programa donde más actividad de la estipulada como necesaria no será financiada, y donde la no prestación de servicios demandados detrae del concierto la cantidad no producida. Aparece entonces el *riesgo empresarial* en la prestación de servicios. Como innovaciones en gestión sanitaria cabe destacar la estrategia de gestión basada en *presupuestos clínicos*, y el marco laboral regulado por *convenio colectivo*<sup>101</sup>. El control se ejerce desde los propios profe-

<sup>98</sup> La reglas presupuestarias de confección, ejecución y control previo de legalidad son sustituidas en general por un programa anual de actuación, inversiones y financiación, con mecanismos de control *a posteriori* (art. 17 del TRLGP). En cuanto a política de personal, la Ley 30/1984, de Medidas para la Función pública, y los Estatutos de personal Sanitario y no sanitario (Estatuto jurídico del personal médico de la S.S. (R.D. 3160, de 23 de diciembre, de 1996); Estatuto de personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la S.S.; Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la S.S.) son sustituidas por el derecho laboral común. Las retribuciones no quedan fijadas por lo establecido en el R.D.-Ley 3/1987, sino que las EPS pueden establecer con autonomía la composición de las retribuciones. En cuanto a la contratación, las EPS no están sujetas a la Ley de Contratos del Estado.

<sup>99</sup> Para una comprensión más amplia de las mismas, ver *Cabases y Martín (1996)*.

<sup>100</sup> Decreto 104/1993, de 3 de agosto de 1993.

<sup>101</sup> Dado el régimen laboral de estos profesionales, y para asegurar la incorporación de profesionales cualificados del SAS (para no perder su plaza en

sionales, que asumen paralelamente riesgos de gestión y poder decisor. El HCS se organiza en Areas Integradas de Gestión –AIG–, cuyo responsable tiene responsabilidades, funciones y objetivos explicitados de cuyo éxito dependen los incentivos de sus profesionales y trabajadores.

Entre los inconvenientes principales de este tipo de innovaciones (sin poder ponderarlas en base a los resultados que las supuestas ventajas de la flexibilización producen), autores como Cabasés y Martín (1996) aducen la no existencia de mecanismos contractuales que permitan aislar la variable de influencia política en el centro, cosa que es perjudicial si pensamos la posible presión sindical sobre este experimento. Tampoco están definidos mecanismos de traslado de riesgos que especifiquen de forma estable en el tiempo los beneficios y los costes que recaen sobre los directivos y trabajadores, dependiendo de la eficiencia en la gestión.

Otro de los experimentos que ha proliferado en esta dirección es la aparición de las denominadas *Empresas de Emergencias Sanitarias* –EPES–, cuyas características contractuales e inconvenientes formales son similares al caso del HCS. Pese a ello, la innovación más importante del CP con estas EPES es la de vincular el cumplimiento de los objetivos con la retribución de directivos y profesionales: los déficits son financiados con las retribuciones variables del equipo directivo de la empresa y el resto de trabajadores de la misma.

Finalmente, podemos decir que las *fundaciones*<sup>102</sup> han sido en cualquier caso las formas organizativas que han generado más discusión en ámbitos académicos y de política sanitaria en nuestro país. Esta discusión se ha centrado principalmente en la introducción de matices de titularidad pública a las tradicionales formas fundacionales del ámbito privado, con el objetivo de balancear la flexibilidad de gestión

---

propiedad o encontrarse en excedencia voluntaria), se establece una excedencia temporal (3 años) en activo para que éstos se decidan entre permanecer o retornar a su puesto de origen. Se pactó con sindicatos una jornada laboral de 1.743 horas anuales, superior a los demás centros del SAS. Los responsables de las Areas Integradas de Gestión –AIG–, tienen hasta un 60 % de retribución variable, y los facultativos hasta un 28 %. La definición de los puestos, la categorización y la valoración del puesto suponen diferentes niveles de retribución. La estructura retributiva consta de salario base, complemento funcional e incentivos.

<sup>102</sup> Esta nueva fórmula de Gestión, ya aplicada en el caso gallego, ha sido planteada como alternativa para la gestión de los hospitales pertenecientes bien al INSALUD (EL PAIS, 27 octubre 1996) bien al Servei Català de la Salut (Lafarga, J. L., «Fundacions d'Iniciativa Pública: fundacions privades o públiques?», *Butlletí. Unió Catalana d'Hospitals*, febrero 1997), así como para los entes de gestión de actividades vinculadas al servicio público de interés general (la investigación sanitaria, por ejemplo).

que éstas ofrecen frente a las necesidades de control que cualquier servicio de responsabilidad pública implica.

Las fundaciones, presentes en modelos de gestión como el catalán o gallego, han sido extendidas recientemente al territorio INSALUD gestión directa exclusivamente para los nuevos centros de provisión de asistencia sanitaria (Alcorcón y Manacor), bajo el marco de un plan estratégico de reformulación de la gestión en el resto de centros asistenciales ya existentes. Dicha extensión tiene su origen en una experiencia previa en Hospital comarcal de Verín del Servicio Gallego de Salud —SERGAS—, al amparo de la Ley 7/1983 (Régimen de fundaciones de interés gallego). Desde las autoridades sanitarias se ofrece el caso como paradigmático para su extensión al resto del sistema<sup>103</sup>.

Parece haber cierto *cream-skimming*, derivando muchos casos hacia el hospital de referencia, Cristal Piñol, aunque parece que el hecho de ser un centro comarcal explica la tasa de derivaciones según la gerencia del hospital.

Organizativamente la fundación del Hospital de Verín se articula mediante un Órgano Rector (patronato integrado por miembros de las AA.PP. y del propio centro) que ejerce las potestades directivas. La financiación en un primer momento es vía subvención para hacerse cargo de las inversiones iniciales, aunque se prevé en el futuro la financiación mediante contrato-programa en función de la población atendida. Se factura al INSALUD un precio fijo por patología atendida, y en algunos casos por estancia hospitalaria. Los superávits, en caso de existir, son reinvertidos en el propio centro.

El sistema de compras del hospital resulta más flexible, adoptando el marco del derecho mercantil. En cuanto a la presupuestación, el endeudamiento del centro es libre siempre que no superen la

<sup>103</sup> Entre algunos de los indicadores de éxito del Hospital comarcal de Verín se describía en los siguientes términos: a) engloba a trabajadores mejor pagados que el resto del Sistema Galego de Sanidade, b) una mayor satisfacción de los usuarios y, c) un coste por UPA menor al de hospitales comparables al Hospital Comarcal de Verín (ahorro de 13.000 ptas./UPA). Adicionalmente, es el centro más moderno de la red de hospitales gestionada por el Servicio Galego de Saúde (Sergas) con una plantilla más estrecha que la habitual para los servicios que ofrece (145 empleados para 17 especialidades médicas y quirúrgicas, un 40 % de lo normal en los demás hospitales públicos). En total, 33 médicos, 75 auxiliares no facultativos y 37 empleados no sanitarios. La jornada de trabajo es de 40 horas semanales, cinco por encima del Sergas. El personal auxiliar es rotatorio, según las necesidades del servicio. El sueldo ronda un fijo mensual de 100.000 ptas. con diversos complementos por acto médico. Se prevé un cambio hacia contratos con salario y volumen de actividad cerrados, y no fluctuantes, como sucedía. No dispone de UCI ni incubadoras, y sus listas de espera no han rebajado la lista de espera media de la sanidad gallega: seis meses.

anualidad. El régimen de contratación del personal es el laboral: el personal, sanitario o no, es personal laboral sujeto a contrato. No dependen del INSALUD, y son reclutados por el propio centro valorando méritos, capacidades profesionales y pertenencia anterior a la sanidad pública. Los salarios se regirán por convenios colectivos, remunerando las características del puesto de trabajo, incrementando la componente de productividad. La jornada de trabajo es partida, de mañana y tarde. Se ofrecerán las prestaciones sanitarias similares a las de hospitales con el mismo número de camas. Los servicios que no se consideren rentables se contratarán con otros entes públicos o privados (por ejemplo, servicios de diagnóstico en Manacor).

Tanto fundaciones como consorcios no han sido incluidos finalmente, como nuevas formas de gestión en el mencionado proyecto de ley, pese a que, como se observa en la tabla anterior, algunos de los SRS han optado finalmente por potenciar alguna de estas formas de gestión en sus respectivas CC.AA.

## **2) Reforma del servicio catalán de la salud**

Tradicionalmente la provisión de asistencia sanitaria pública en Cataluña se ha realizado bien directamente a través del Instituto Catalán de la Salud (Entidad Gestora de la Seguridad Social) bien por una importante red de centros concertados. En 1990 la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, LOSC, fundamenta una reforma inspirada en la separación entre financiación-contratación de los servicios sanitarios (desarrollada por el Servicio Catalán de Salud SCS, Ente Público de carácter institucional que actúa en nombre de todos los clientes de la sanidad pública catalana) de la función de prestación de los servicios. El objetivo del SCS es el de mejorar el grado de salud de la población catalana, responsabilizándose de las prestaciones de cobertura pública, y de la financiación, planificación, compra y evaluación de los servicios sanitarios. El SCS desde 1993 contrata con los hospitales del ICS de forma similar a la de los concertados: mediante contratos de servicios sanitarios, ficción legal similar a la de los CP descritos.

Los contratos con los centros concertados se rigen por la Ley de Regulación de los contratos de servicios sanitarios en régimen de concertación; Su duración es de 3 años, a lo que se añade la posibilidad de prorrogarlos.

Recientemente algunas disposiciones modificatorias de la LOSC pretenden cambiar el ICS en un conjunto de Empresas Públicas sanitarias. Esta propuesta de modificación de la LOSC de 1990 permite contratos con asociaciones de profesionales de la propia

entidad pública, con excedencia de tres años, tras de la que los profesionales podrán o bien reintegrarse automáticamente, o bien pedir voluntariamente la excedencia de la plantilla orgánica del SCS. Esta laboralización de la plantilla queda inserida en una estrategia de desregulación global del sistema.

## II.C. El seguro sanitario privado en España

En el presente apartado, el objetivo es doble: ofrecer una visión descriptiva de la oferta y suscripción de seguros privados en nuestro país, con la finalidad de ofrecer cuál es el papel (sustitutivo frente a un papel complementario) del seguro privado dentro del esquema actual del Sistema Nacional de Salud español. Mientras el componente descriptivo de la discusión queda, en mayor o menor detalle, completado en el presente apartado, la interacción entre seguro sanitario público y privado es retomado con mayor rigurosidad más adelante en el presente informe.

Pese a ello cabe ofrecer al lector un marco contextual en el que situar el estado actual de la oferta de seguros privados en España, tema este tratado de forma más extensa por autores como López i Casasnovas y Jofre (1994), López i Casasnovas (1994) o Barberá et al. (1995)<sup>104</sup>. En un primer momento cabe reconocer que el sistema sanitario público contiene en su raíz una *función de aseguramiento social* —y así solidario en lo que atañe a su financiación—, y que es posible la *transferencia de riesgo en la compra de los servicios* a aseguradoras distintas a las estatales, rompiendo el monopsonio de compra hoy existente.

Los riesgos que puede generar el hacer pivotar la gestión de los servicios desde el aseguramiento, se pueden contemplar bajo el doble supuesto: de transferencia de la financiación sobre base capítativa, y así de la capacidad de compra, a aseguradoras oferentes de redes integradas de servicios, o a través de la desconcentración de la gestión de la cartera de pólizas de la aseguradora pública, en favor de distintos agentes territoriales.

En un contexto como el referido, son posibles, como ha esquematizado Rovira (1993), las relaciones siguientes entre el aseguramiento público y privado en sanidad: a) *confrontación*; b) *coexisten-*

<sup>104</sup> López, G. y Jofre, M. (1994): «El seguro sanitario dentro del sistema sanitario español: Algunas reflexiones contextuales», *Todo Hospital*, 1994. Rovira, J. (1993): *Primera Jornada Técnica de Aseguramiento Sanitario*, A & S-Caja Madrid. Alicante. López (1994): *Segunda Jornada Técnica de Aseguramiento Sanitario*, A & S. S. Barberá y otros (1995): «Lo público y lo privado en sanidad», en *El nuevo papel del sector público en la economía*, Fundación BBV, Bilbao, 1995.

cia; c) *coordinación*; d) *convivencia*; y e) *colaboración*. La confrontación respondería a un fuerte intervencionismo público que dejaría como única opción al seguro sanitario privado el configurarse como seguro alternativo. El resto de modelos consideran su existencia para considerarlo como complementario, en sentido más o menos amplio, pero siempre subsidiado con bonificaciones fiscales; o bien sustitutivo, subvencionando total o parcialmente la renuncia a la aseguradora pública (financiando públicamente la elección), según se tratase de la sustitución de la cobertura básica y/o de la complementaria.

Bajo esta última perspectiva, los ciudadanos elegirían donde ubicar sus pólizas, ya sea geográficamente (origen del supuesto de desconcentración de la gestión en favor de delegados territoriales de la propia aseguradora pública) o institucionalmente (con descentralización y transferencia efectiva de riesgo a distintas aseguradoras, «a lo MUFACE»). Uno u otro responsable comprarían servicios en nombre de sus asegurados y realizarían un seguimiento de los cambios en las afiliaciones, a la vista de la elección de proveedores realizada por sus suscriptores.

Como *instrumento de gestión*, en los distintos casos cabría considerar la posibilidad de definir proveedores preferentes, posibilitando la *elección por parte del usuario*<sup>105</sup> de alternativas diferentes a las inicialmente ofertadas. Dicha elección se debiera de completar, por un lado, con la posibilidad de fijar pagos individuales, y por otro, facilitando la aplicación de excedentes intrasectoriales o institucionales a complementos en la oferta asistencial de la que se beneficiarían los afiliados. Esta posibilidad introduciría diversidad, a cambio de buscar la complicidad del usuario en la aceptación de

---

<sup>105</sup> Acerca de la preferencia de los usuarios sobre el grado de relación comunitaria, lo que conocemos de momento, por lo que se refiere a Cataluña (Roigé y otros, 1994. *Comunicaciones presentadas a las IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*, EASP, Granada), es que el 61,5 % de la población prefiere continuar bajo el sistema actual de financiación pública y de cotización obligatoria. Garantizada la financiación solidaria, el 63,3 % de la población total elegiría la sanidad privada en lugar de la pública, a igualdad de coste. Esta afirmación alcanza el 79 % entre las personas que tienen contratado un seguro sanitario privado, y el 58,4 % de las que sólo disponen de la asistencia pública. La población asegurada prefiere, básicamente, la sanidad privada en las visitas al especialista (87,7 %), las operaciones programadas (84,8 %), el médico de cabecera (82,1 %), e irían a un centro privado para urgencias y operaciones complicadas en porcentajes mucho menores. En lo que se refiere al consumo de recursos, la utilización de los servicios sanitarios privados era de 3,1 para los suscriptores de pólizas privadas. Al ser dicho valor también de 3,1 en la utilización de servicios públicos por parte de aquéllos que sólo tenían cobertura pública, todo parecería indicar, que el seguro privado sanitario aumenta la utilización del conjunto de servicios (públicos y privados), no tratándose, por tanto, de sustitutos perfectos. Nótese, sin embargo, que ello puede no ser tanto atribuible a la existencia de seguro como al hecho que la mayor utilización se asocie a la superior renta de los usuarios, que son quienes acostumbran a suscribir pólizas privadas.

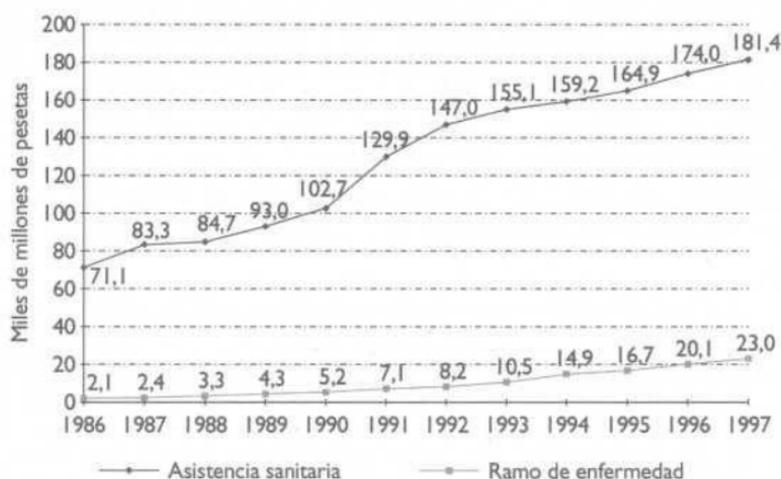
determinadas políticas de gestión eficiente en la compra de los servicios, realizada, en principio, en su favor.

### 1) *La oferta de seguros sanitarios en España*

El sector de seguro sanitario privado <sup>106</sup> engloba en principio los servicios prestados por las Entidades de Seguro Libre –ESL– y del Seguro de Enfermedad –SE–. Mientras que en el segundo caso se trata de una simple intermediación financiera, indemnizando por el coste de aquellos servicios libremente utilizados por los asegurados, en el primero, las ESL prestan directamente los servicios.

En el gráfico siguiente se ofrece la evolución reciente de la recaudación por primas en las dos modalidades de aseguramiento privado (a precios constantes de 1992).

**GRAFICO 5**  
Recaudación por primas en las ESL y SE. Evolución real 1986-97 (precios constantes de 1992)



FUENTE: Elaboración propia a partir de la Memoria Estadística de la Dirección de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda.

En tanto que los SE pueden controlar tan sólo el gasto a través de franquicias, coaseguro o bonos, intentando modificar los pa-

<sup>106</sup> Anotemos que el sector puramente privado ha visto la fijación de precios finalmente desregulada en 1985, siendo la normativa básica de aplicación la ley de Hospitales de 1964.

trones de elección del individuo, las ESL cuentan con la gestión directa o indirecta de los servicios, que ponen a disposición del usuario, controlando, por tanto, los recursos asistenciales, ya sea de sus propios medios o de los medios ajenos financiados. Es esta última (ESL) la parte importante del negocio asegurador privado (cifra cercana a los 200 mil millones de ptas.), ya que la cifra de negocio de los SE es apenas un 5 % de la anterior. Sin embargo, se podría producir una cierta aproximación entre ambas modalidades en la medida que para afrontar el control del gasto, ESL y SE sigan políticas similares; por ejemplo, intentando incidir sobre el comportamiento de los profesionales, inductores de la utilización de los servicios (fijando tarifas de referencia, franquicias o capital total asegurado), o limitando los márgenes de libre elección de los usuarios (proveedores preferentes y lista cerrada de médicos).

El segmento de negocio de las ESL responde, en todo caso, a lógicas distintas, según se trate de seguro de *cobertura complementaria* o *sustitutiva*. El primero busca marcar diferencias puntuales de calidad hotelera o facilidad de acceso, generalmente en relación a la prestación pública similar, al buscar la disponibilidad a pagar del individuo por dicho servicio, suponiendo de hecho una doble cotización (dicha modalidad supone, en media, el 80 % de las pólizas de las ESL, aunque para algunas compañías, como en el caso de SANITAS, representa el 100 %). La estrategia es aquí *libertad de elección* —y a medida que pretenden controlar el gasto restringiéndola pierden dicho rasgo distintivo— y traslado, en la medida de lo posible, de costes indirectos hacia la prestación pública a la que complementan.

El segundo <sup>107</sup> tiene naturaleza sustitutoria, asumiendo, a cambio de un pago avanzado, la prestación íntegra de servicios (caso típico de la sanidad de los funcionarios en el caso de MUFACE al 80 %) <sup>108</sup>. La lógica de negocio es aquí buscar las ventajas del *cream skinning* y mantener una cierta ambigüedad en el usuario en cuanto a que los servicios sanitarios públicos continúan resultando residualmente complementarios <sup>109</sup>.

<sup>107</sup> Las cuotas de mercado (recaudación) en porcentaje, para 1996, en Seguros de Asistencia Sanitaria eran las siguientes: Asisa 23,83 %; Adeslas 15,42 %; Sanitas 15,21 %; Iguatorial Médico Quirúrgico 4,87 %; Previa 4,55 %; y Otros, 36,12 %. En lo que atañe a Seguros de Enfermedad: Asisa 21,46 %; Sanitas 14,04 %; Adeslas 13,88 %; Previa 4,80 %; Iguatorial Médico Quirúrgico 4,39 %; y Otros, 41,43 %.

<sup>108</sup> Las mutualidades públicas (Muface, Munpal, Isfas, Mugeju) posibilitan, en conjunto, una tercera parte del total de asegurados. Este constituye el elemento sustitutivo de la prestación pública; la parte restante consiste en el elemento complementario, que a su vez es bastante sensible a la evolución que tome la sanidad pública (humanización, acceso, tiempo de espera y calidad hotelera).

<sup>109</sup> Por ejemplo, ASISA tiene el 80 % de pólizas en este segmento sustitutorio.

En ambos casos, para bastantes profesionales representa una vía de ingresos complementarios, manteniéndose compatible el seguro sanitario privado con el ejercicio profesional en el sector sanitario público <sup>110</sup>.

Su distinta *tipología* —ya que su actividad no difiere esencialmente en la práctica— de las ESL es la siguiente:

- a) *Compañías de Seguro*. Se trata de entidades mercantiles (S.A.).
- b) *Mutuas de Seguro*. Se trata de asociaciones sin afán de lucro. Ambos tipos integran la prestación a cambio de una prima, desde el asegurador hasta el proveedor.
- c) *Igualatorios o cooperativas sanitarias*. La prestación se realiza aquí desde el propio proveedor al asegurado, prueba de la capacidad de autorregulación de la corporación médica. Entran en la legislación de Seguros el año 1954.
- d) *Entidades de previsión social* (entran en la normativa del seguro el año 1984), ejerciendo una modalidad de previsión de carácter social o benéfico.

De un tipo u otro <sup>111</sup>, las ESL, aun ofreciendo productos similares (ya sea complementarios o sustitutorios) contienen especificaciones muy distintas, cuya *transparencia* en la información que se suministra al consumidor requiere, para algunos, de una regulación pública explícita: así, en términos de período de carencia por compañía y tipo de prestación; diferenciación de primas por edad y sexo; alcance de la cobertura total de la prestación sobre el territorio; límites parciales —en su caso— de reembolso, y o prestaciones incluidas según tipos y duración <sup>112</sup>.

En concreto, la situación de la industria aseguradora en nuestro país podría analizarse bajo la óptica siguiente:

<sup>110</sup> Vale la pena destacar que existen importantes variaciones geográficas en las prestaciones sanitarias privadas. Así, 1 de cada cuatro o cinco habitantes tenía póliza libre en Baleares, Madrid o Cataluña; diez veces menos en Asturias, Extremadura o La Rioja. Curiosamente, ello no guarda proporción con el ratio de camas privadas instaladas por habitante, ni con el número de médicos colegiados. El tema del distinto grado de compatibilización médica existente sobre la geografía, y el hecho que los complementos asistenciales se centren sobre todo en la asistencia extrahospitalaria, puede explicar la anterior observación.

<sup>111</sup> Para el año 1994, sus cuotas de mercado respectivas eran del 49,75 %, 3,67 %, 40,41 % y 6,17 %.

<sup>112</sup> Resultan notorias las diferencias observadas en el caso de los cuidados intensivos, asistencia psiquiátrica, SIDA, ambulancias, rehabilitación o lipotricia.

- a) No todas las ESL se sitúan en el mismo tramo de negocio, ni pueden considerarse todas ellas de manera idéntica a la hora de analizar fórmulas de colaboración con la sanidad pública. Su lógica es claramente distinta según se oriente hacia la cobertura sustitutiva, complementaria o se plantee como alternativa para sectores excluidos de la protección pública (empleados de empresas multinacionales, directivos internacionales, etc.). Mientras la primera cabe referirla al funcionariado que puede elegir seguro privado sin sobrecoste y pudiendo mantener con más o menos legitimación el acceso a la sanidad pública, la segunda se centra en las deficiencias observadas en la asistencia primaria pública, y por tanto ofrece servicios de elección miscelánea y de escaso contenido tecnológico a cambio de una prima relativamente baja, mientras que la tercera cubre, al contrario, el riesgo de la urgencia y la hospitalización, que es precisamente la de coste más elevado. El seguro complementario por su naturaleza tiene vocación de incidir directamente en la gestión de la primaria (listas y cuadros preferentes). Para el seguro alternativo sería la primaria un problema menos sentido, limitando su gestión indirecta al establecimiento de algún tipo de deducible <sup>113</sup>.
- b) Las primas establecidas guardan hoy poca relación con los precios de una industria competitiva. Así, no todas las reducciones que se observan (comerciales, por grupos, familias), suponen idéntico abaratamiento de la siniestralidad por el hecho de favorecer una dilución de riesgo. De otro modo, con primas actuariales justas, la limitación por días o pesetas día de la prestación no son sostenibles. Acaban suponiendo un aseguramiento incompleto. De modo similar se puede argumentar para el caso de primas territorialmente diversas. Primas distintas se justificarían tan sólo por el grado en que la aseguradora consigue el pool o compensación de riesgo, y una vez alcanzado éste, por la gestión efectiva de los recursos sanitarios. En la colaboración pretendida con el sistema público, la diversidad de precios reflejo de costes de ineficiencia, o la desigualdad real de cobertura a igual prima no serían aceptables. Entre las exclusiones hoy observadas se encuentran muchas de las típicas a incluir en paquetes básicos: farmacia, prótesis, diálisis, enfermedades del corazón, SIDA, epilepsia, síndrome de Down, diabetes, o el tener más de 65 años, tal como hace más de una aseguradora en nuestro país.

---

<sup>113</sup> Otros elementos valorables en la cualificación de la cobertura sería, en caso de que el paciente hubiera de adelantar recursos en determinadas ocasiones, la tardanza en resarcir, o la posibilidad abierta de involucrar a los suscriptores en los beneficios de una gestión más eficiente, tal como hacen determinadas mutualidades con la exención temporal de primas como participación en los resultados.

- c) Para la virtualidad de la colaboración público-privada en el aseguramiento sanitario, la idea de exclusión, período de carencia, discriminación por edad y sexo deben dejar de existir bajo dos supuestos: primero, que la propia descentralización del aseguramiento recoge en la transferencia financiera un objetivo de aminoración de la selección adversa y de riesgos, y segundo y último, sobre todo, que la aseguradora tenga una compensación de riesgos óptima —si cabe con el reaseguro— y una gestión eficiente de la oferta.

## 2) *Sobre la suscripción de seguros sanitarios privados en España*

Los estudios sobre los seguros de asistencia sanitaria en España generados hasta el momento son principalmente descriptivos<sup>114</sup>, aunque también han aparecido trabajos de tipo econométrico<sup>115</sup>. Los primeros estudian las correlaciones entre características de los entrevistados y su comportamiento comprador o no de seguros sanitarios, así como la cuantía de dicho gasto cuando éste existe. Los segundos usan técnicas econométricas para estimar qué rasgos definitorios de las familias entrevistadas son relevantes a la

<sup>114</sup> Las fuentes básicas de información de que generalmente han partido los análisis sobre la decisión de compra de seguros privados, y la cantidad destinada a ello por parte de las familias españolas, son las Encuestas de Presupuestos Familiares (principalmente las de 1980/81 y 1990/91; Instituto Nacional de Estadística) y la versión continua de tal encuesta, que se vino realizando anualmente desde 1984. Estas encuestas recogen información sobre todos los gastos realizados en los hogares españoles entrevistados, según diferentes categorías y grupos de bienes y servicios, combinando tal información con la referente a los rasgos descriptivos de cada una de las unidades familiares. El detalle de la información recogida varía según el año de la encuesta, pero permite en cualquier caso relacionar niveles y comportamientos de gasto con *status* económico y social de las familias, formación de sus sustentadores principales, categorías profesionales, número de miembros de la familia, lugar y tipología del municipio de residencia. Concretamente, las investigaciones sobre cuestiones de gasto en bienes y servicios de salud y seguro sanitario privado, han venido realizándose en base a las EPF de corte transversal de 1980/81 y 1990/91. Tales encuestas cuentan no sólo con unas muestras mucho más amplias que las recogidas en las continuas, sino también una descripción de las características de las familias más extensa y detallada.

<sup>115</sup> Marisol Rodríguez, Carlos Murillo y Samuel Calonge (1993), «Evolución de la cuantía del gasto sanitario privado en la década de los ochenta», *Hacienda Pública Española*, 1/1993; Carlos Murillo y Beatriz González (1991), «El sector Sanitario en España: situación actual y perspectivas de futuro», *Revista de Hacienda Pública Española*, 3/1991; Carlos Murillo y Samuel Calonge (1993), *La Despesa Sanitària Privada a Catalunya*, Universitat de Barcelona, setembre de 1993; Espadas L. (1993), «El Gasto Sanitario», *Presupuesto y Gasto Público*, 12; González Y. (1993), *La demanda de seguro sanitario: una elección bajo incertidumbre*, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona; Guerrero M. (1986), «El Seguro de asistencia sanitaria y sus principales problemas», *Revista de Hacienda Pública Española*, 98; Rodríguez M. (1988), *El gasto sanitario en Cataluña. Análisis del gasto sanitario privado y su contribución a la política sanitaria*. Tesis Doctoral, Barcelona; y un largo etcétera que lamentablemente no nos es posible mencionar.

hora de explicar la probabilidad de compra de seguro sanitario, e incluso cuáles de las características descriptivas provocan las diferencias observadas en los niveles de gasto implicados.

Para hablar sobre lo que sabemos de la demanda de seguros sanitarios en España (y en Cataluña concretamente, como comunidad autónoma donde se han realizado estudios de este tipo), es necesario hacer referencia a los trabajos de Y. González (ob. cit.), así como también la descripción del gasto sanitario en Cataluña basada en la EPF 1990/91, que realizaron Carles Murillo y Samuel Calonge (ob. cit.).

En el primero, la autora nos proporciona información sobre las frecuencias de compra de seguro sanitario privado por parte de una submuestra de encuestados por el INE en 1990/91 según sus características, y también sobre cómo esas variables descriptivas explican la probabilidad de comprar algún tipo de seguro sanitario. La submuestra analizada está compuesta por familias cubiertas por el sistema nacional de salud y cuyo sustentador principal estaba en activo; por tanto, la posesión de cobertura privada implica doble cobertura. De esas familias, la autora distingue tres grupos, según el sustentador principal fuera o no asalariado público, y, caso de ser así, diferencia el caso en que la familia tiene acceso o no a algún tipo de mutualidad pública. La frecuencia relativa compra de seguro privado que halla es del 12,3 % para todo el grupo, no habiendo grandes diferencias entre los tres tipos de entrevistados.

En general, la *frecuencia de compra de seguro privado* aumenta según se incrementa: el nivel de renta de los encuestados; el nivel de estudios del sustentador principal; el número de perceptores de ingresos; la categoría profesional del sustentador principal; la actividad socioeconómica del cónyuge; el número de miembros del hogar; la edad del sustentador principal y la zona de residencia (tamaño del municipio y comunidad autónoma).

De acuerdo con lo anterior, se observa que tal frecuencia de compra de seguro aumenta con: el quintil de renta (del 7,65 % en el primero, al 20,3 % al último); el número de perceptores de renta; el nivel de estudios del sustentador principal (del 8,0 % para los que no tienen estudios, hasta el 31,1 % si los tienen superiores); es superior para los asalariados cualificados que para los que trabajan por cuenta propia (con frecuencias de compra del 25,3 % y 15,5 %, respectivamente), es menor para los asalariados (los agrícolas registran un 10,2 % y los no-agrícolas un 10,8 %) y llega a la frecuencia mínima para los parados (8 %) <sup>116</sup>. El incremento de

<sup>116</sup> Por otra parte, compran más seguros privados las familias en las que el cónyuge del sustentador principal o bien trabaja o bien está retirado (15,7 % y

la edad del sustentador principal también parece correlacionarse positivamente con la frecuencia de compra del seguro sanitario, siendo máxima para los de 65 años o más (19 %). Por último destaca el hecho que los tamaños de municipio para los cuales el porcentaje estudiado es mayor sean los de menos de 10.000 habitantes (13,4 %) y los de más de 500.001 (18,6 %) y las CC.AA. de Cataluña, Madrid y Baleares.

La observación de frecuencias diferenciadas, según los distintos niveles que toman las variables mencionadas, hace que éstas sean candidatas a la hora de intentar estimar el modelo de regresión que explique la *probabilidad de compra de seguro sanitario*. La realización de tal ejercicio lleva a la comprobación de que los rasgos más importantes a la hora de explicar la variación en tal probabilidad son, concretamente: la *comunidad autónoma*, el *nivel de estudios* y la *situación profesional del sustentador principal* y el *tamaño del municipio* de residencia. Seguramente, mucha de la información proporcionada queda recogida en la descripción del «*perfil global más favorable*»<sup>117</sup> para que una familia compre con mayor probabilidad (70 %) los servicios de una aseguradora privada: se trataría de un hogar con un nivel de ingresos alto, con un sustentador de edad media, empresario con asalariados y estudios superiores, con residencia en Cataluña y en un municipio pequeño o de gran tamaño. La familia con una probabilidad menor (2 %), en cambio, sería de bajo poder adquisitivo, de sustentador principal alrededor de la sesentena de años, asalariados, sin estudios o primarios, residente en un municipio no muy grande de Andalucía, Asturias, Cantabria, cualquiera de las dos Castillas, Canarias, Galicia, Murcia, Navarra o Valencia.

Cabe hacer hincapié en lo que ya viene siendo un lugar común a la hora de interpretar las relaciones entre variables descriptivas del hogar y la compra de seguros sanitarios. Se trata del fenómeno de cómo tales variables «explicativas» están dando cuenta de *factores intrínsecos* a tal proceso de decisión que son mucho más complejos y difíciles de capturar a través de una encuesta. A continuación mencionaremos algunos de ellos y, entre paréntesis, comentaremos las variables explicativas «observadas» que podrían estar recogiendo su efecto, de forma latente: la valoración del tiempo por parte del hogar/sustentador principal (niveles de renta y categoría socioeconómica podrían estar aproximándola); los hábitos de vida y de exigencia en la calidad de los

14,7 %, respectivamente); las que cuentan con un mayor número de miembros del hogar hasta que se alcanzan los 3 y luego oscila entorno al 11/12 %, excepto para las familias de 6 miembros con un 13,1 %.

<sup>117</sup> Yolanda González (1994), sic.

servicios adquiridos (nivel de estudios); coste no monetario del tiempo (situación profesional); accesibilidad de los servicios sanitarios públicos y privados (tamaño de municipio); marco histórico e institucional del lugar de residencia (comunidad autónoma) y estado de salud de la familia (edad).

Más concretamente, la descripción del gasto sanitario en Cataluña, realizado por Murillo y Calonge, señala algunos de los rasgos distintivos del gasto sanitario en esta Comunidad Autónoma. Destaca el hecho que este gasto haya crecido con mucha más fuerza en Cataluña que en el resto de España de 1980/81 a 1990/91 [el % de gasto dedicado a sanidad crece el doble (0,82 %) de lo que lo hace que en España (0,4 %)]. En particular, el desembolso promedio para adquirir bienes y servicios sanitarios es más elevado en Barcelona ciudad (4,07 % del presupuesto familiar se gasta en sanidad) que en el resto de su propia provincia y mucho más que en Girona, Lleida y Tarragona.

El estudio mencionado halla que Barcelona ciudad muestra un comportamiento de gasto sanitario medio por familia muy superior al del resto del territorio catalán, en cuanto a las primas de seguros, siendo un 55 % superior. El gasto en primas de seguro es del 19 % del gasto sanitario total, habiendo caído en un 5,4 % desde 1980/81. Esta caída, más en detalle, se produce al mismo tiempo que incrementaba el gasto sanitario en Cataluña, y más concretamente tomaba más importancia relativa el gasto de servicios y bienes sanitarios no ofrecidos por el sector público. El peso del gasto en primas por familia era concretamente del 22,4 % en Barcelona, 21 % en Girona, 27 % en Lleida y de sólo el 15,7 % en Tarragona. Este tipo de gasto es el segundo en importancia, detrás de los pagos a los dentistas.

La *cantidad gastada en promedio por familia* en seguros privados varía en Cataluña según el tamaño de municipio, pasando del 19.145 ptas. si éste tiene menos de 10.000 habitantes a 4.865 si tiene entre 50.000 y 100.00, volviendo a ser mayor en los de más de 500.000 (tal como apuntaba Y. González en el estudio de la probabilidad de compra en todo el territorio español).

En cuanto al *nivel de renta*, el porcentaje de gasto en primas de aseguramiento sanitario sobre el total de gasto sanitario en Cataluña es máximo en el primer quintil de ingresos de las familias (29,7 %) y vuelve a tener un valor más alto en el cuarto (22,5 %), siendo menor en el último de los quintiles (17,5 %). Asimismo, esta proporción crece según el nivel de estudios de la familia (del 14,9 % para los sin estudios al 24,1 % para los Titulados Universitarios) y

es mucho mayor para los activos que para los inactivos (21,3 % para los primeros y sólo un 15,3 % para los parados)<sup>118</sup>.

Por último, señalar que hay que ser conscientes de que sólo el cruce de toda esta información sobre la demanda de seguros sanitarios en España, con datos sobre las características de la oferta, permitiría un estudio riguroso del sector. La razón es que poco puede decirse de un mercado si no es «conociendo sus dos caras»: demanda y oferta; es decir, habría que estudiar los cambios en los equilibrios/niveles de gasto observados, controlando todos los factores que pueden estar influyendo tales variaciones y eso incluye política de primas, nivel de prestaciones ofrecidas en cada tipo de contrato, etc., información ésta, de la que típicamente es difícil disponer.

En resumen, de acuerdo con lo que resulta de la Encuesta de Presupuestos Familiares de España (*Murillo, 1993, ob. cit.*), el perfil de dicho suscriptor podríamos concretarlo del modo siguiente: Se trata de una familia con alto nivel de ingresos, cuyo sustentador principal es una persona de edad media (entre 40 y 45 años), empresario con asalariados y con un nivel educativo alto (educación superior), residente en un municipio de tamaño pequeño, o por el contrario, muy grande. En este contexto, el poder adquisitivo de las familias, el nivel educativo y la valoración del tiempo productivo del sustentador principal influyen de forma decisiva en la decisión de adquisición de un seguro complementario al seguro obligatorio.

---

<sup>118</sup> Un trabajo que queda pues por desarrollar para entender la demanda de seguros privados en Cataluña sería el de cuantificar qué tipos de pautas de gasto sanitario se producen según la caracterización de los usuarios y dependiendo del tipo de cobertura: pública, privada o mixta que tengan. Habría que poder contestar con datos en la mano preguntas como: ¿Hay distintos comportamientos en sanidad según la prima promedio que satisfacen las familias que suscriben un seguro privado?; ¿qué podemos decir de las diferencias en el consumo sanitario entre asalariados públicos que eligen provisión privada de servicios de salud y los que no?, esto es: ¿gastan de igual forma y en el mismo tipo de conceptos los cubiertos «privadamente» vía MUFACE de los que lo hacen vía comprando estos servicios directamente?

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**Berwick, D. M.:** «Payment by Capitation and the Quality of Health Care», *NEJM*, October 1996, 1227: 1231.

**Borrel, F.:** «La reforma de la AP: entre la decepción y la esperanza», *Atención Primaria*, 5: 119-21.

**Bravo et al.:** «Sociología de los ambulatorios», 1979, Barcelona, Ariel.

**Cabasés Hita, J. M. y Martín Martín, J.:** «Diseño y financiación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España», Documento de trabajo FEDEA, 96-08.

**Catalán, A. y Parellada, N.:** «Impacto del Decreto de financiación selectiva de medicamentos sobre el gasto farmacéutico en Catalunya», *Cuadernos de Gestión*, Vol. 1, n.º 1, abril-junio 1995.

**Craig, M. y Rovira, J.:** «La definición de Prestaciones Sanitarias cubiertas por el Sistema Nacional de Salud», *Gaceta Sanitaria*, suplemento, enero/febrero, 1995, n.º 46, vol. 9.

**Culley, G. A.:** «"Fried chicken" medicine: the business of primary care», *J. Fam. Pract.*, 1994, 38: 68-73.

**Delgado, A.:** «La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía», *Gaceta Sanitaria*, 1993, 7: 32-40.

**Elola, F. C.:** «Crisis y Reforma de la asistencia sanitaria pública española», FISSS, 1991.

**Gérvas, J. et al.:** «Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe», *Family Practice*, 1994, 11: 307-317.

**Gérvas, J.:** «La reforma de la AP en España: una propuesta pragmática», *Gaceta Sanitaria*, 1989, n.º 13, vol. 3, 476-481.

**Gérvas y Ortún, V.:** «Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España», Doc. de trabajo 95-18. FEDEA, septiembre 1995.

**Gol, J. et. al.:** «El médico de cabecera», 1980, Barcelona, Ariel.

**González, B., Pellisé, L., Barber, P.:** «La financiación pública de los servicios sanitarios en España», Documento de trabajo FEDEA, 95-13.

**El País:** «La gestión privada llega a los hospitales públicos», 27 de octubre 1996.

**López i Casasnovas, G.:** «Què sabem sobre els preus pel que fa a la incidència d'aquests sobre la demanda sanitària? Apèndix II del informe "La transició dels serveis sanitaris públics universals als sistemes nacionals d'assegurança"». Guillem López Casasnovas, *Fulls Econòmics*, Informes, n.º 5, Setembre 1993, Generalitat de Catalunya.

**Morell, L.:** «Modificaciones de la actividad del médico general por el pago capitativo», Tesina Master en Economía de la Salud y Gestión de servicios sanitarios UB-UPF.

**OCDE:** «Health Care Reform: controlling spending and increasing efficiency», *OCDE Economic Studies*, n.º 24, 1995.

**Puig, J.:** «Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste», *Investigaciones económicas*, vol XII, n.º 1, 1988, págs. 45-68.

**Sicilia Ruiz, A.:** «Estudio de la influencia del Real DFSM en la prescripción farmacéutica: posibles variables que la determinan», Tesina Master en Economía de la Salud y Gestión de servicios sanitarios UB-UPF.

**Torralla Guirao et al.:** «La Prescripción Farmacéutica en Cataluña tras el Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos», *Gaceta Sanitaria*, n.º 55, vol. 10, 1996.

**Warren, G., Durose, J.:** «El desarrollo de los médicos generales gestores de presupuesto y el mercado interno en el Reino Unido», *Cuadernos de Gestión*, vol. 1, n.º 1, abril-junio 1995, 45:54.

**WHO:** «European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies», WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, Preliminary Version, 1996.

## **SEGUNDA PARTE**



## I. LA PERSPECTIVA DE LA POLITICA SANITARIA

### I.A. La dimensión política de la gestión sanitaria

Desde la óptica de las reformas necesarias, y en el sendero de los cambios posibles, una primera dimensión que ha de guiarlos es la de la perspectiva política de la gestión sanitaria. En ésta se incluyen las cuestiones relacionadas con: a) la *transparencia* en la gestión, b) la *identificación de roles* entre políticos y gestores, de modo que se contengan determinados excesos de los segundos por debilidad de los primeros, c) el grado de *responsabilización de los profesionales* públicos al servicio de los usuarios, y d) la *participación ciudadana* de un modo más concreto y claro que en la actualidad.

#### 1) *El valor de la transparencia*

En lo referente al primer aspecto (transparencia en la gestión sanitaria), conviene identificar que en ella se sitúa un elemento intrínseco a la democracia. En el nivel macroeconómico de las políticas, la transparencia se relaciona con la información. La situación en este punto deja mucho que desear, ya que en algunos casos la información existente no se facilita sin cortapisas, y en otros casos la información simplemente no existe. Pueden identificarse entre las primeras la información económica y la asistencial de los centros sanitarios con un mínimo de desglose, así como las relativas a la ejecución presupuestaria y subvenciones por institución beneficiaria y, entre las segundas, las referentes a los entes gestores de la sanidad con formato organizativo fuera del sector público en sentido estricto. La utilización de dinero público en manos privadas exige un control de distinta naturaleza, posiblemente «ex post», y mucho más centrado en la obtención de resultados. Un problema adicional es el relativo a la coordinación de fuentes y de homogeneización de datos, en un contexto de descentralización de com-

petencias sanitarias: el conocimiento de los flujos asistenciales y de la oferta territorial disponible (listas de espera), así como del contenido de las prestaciones reales medias e indicadores de acceso a los servicios parece para ello fundamental.

Pese a que el papel del consumidor en la demanda sanitaria en los sistemas nacionales de salud es muy limitado —por ejemplo, a la vista de la ausencia de posibilidad de competencia en «precios» (costes unitarios) e incluso de la identificación de éstos con una disminución de la calidad—, los poderes públicos no pueden renunciar a políticas de protección del consumidor. Estas se tienen que referir tanto a la regulación genérica de fomento de la competencia (en listas de espera, planificación de nuevos equipamientos, licencias de uso de nuevas tecnologías), como a las actuaciones públicas específicas en cuanto a la diseminación de la información resultante de los controles cualitativos (revisiones de utilización y similares).

La anterior transparencia ha de provenir de información pública validada (como externalidad positiva sobre el conjunto del sistema). Esta es básica para la instauración de una cierta competencia al nivel microeconómico del proveedor, en la medida que financiación y actividad mantienen una estrecha relación en la agenda del político sanitario. Y ello tanto con relación a lo que acontece entre proveedores de un mismo nivel asistencial (mismo tipo de actividad a igual calidad y menor coste), como entre niveles (capacidades resolutorias de cada uno de ellos). Se trata, en este sentido, de fomentar una competencia que se deje sentir —aunque sea de manera limitada— en los sistemas de financiación.

Las distintas alternativas a través de las que la mayor información (en manos de los usuarios directamente o de los políticos en su nombre) se puede incorporar en la financiación se resumen a continuación:

Se trata de financiar el gasto correspondiente a la actividad legítimamente realizada, y/o financiarla asumiendo tan sólo aquellos niveles de coste estimados eficientes, evitando un resarcimiento indiscriminado de cualesquiera sean los niveles de coste observados. En los hospitales, las estancias innecesarias se deben de penalizar, en particular aquellas que suponen alargamientos innecesarios, y las que dentro de éstas respondan a cuestiones sociales se deberían concretar y autorizar de modo previo a su reembolso. En cuanto a los profesionales, tanto de primaria como de atención especializada, debería existir un registro público de intereses económicos fuera del sector público y que tuvieran que ver con el sector socio-sanitario.

Nótese que en los casos en que la actividad no se estandariza, pero sí los costes de eficiencia, el seguimiento de la calidad ha de poder considerarse realizado a partir de la observación de cómo eligen los ciudadanos los distintos centros productores de servicios. Para que ello resulte operativo hace falta la existencia de más de un operador y que los costes de búsqueda sean limitados: ello hace más factible la elección entre instituciones que entre profesionales aislados.

## **2) Separación entre financiación y compra: identificar los roles del político y del gestor**

### *2.1. El porqué de la separación*

Los esquemas anteriores requieren un segundo elemento: el cambio en las funciones de los poderes políticos, limitados a la responsabilidad de la planificación (de objetivos de salud y de servicios sanitarios) y de financiación (garantía de cobertura y financiación obligatoria con los niveles de solidaridad deseados). Si ello no se acompaña con cambios regulatorios, fácilmente se entenderá el fenómeno de la separación entre producción y financiación de los servicios como pérdida de control.

En realidad, una parte de las tensiones que se producen en la gestión de los servicios sanitarios responden a una lógica empresarial, y dentro de ésta se han de resolver. De otro modo, el remitir la solución de los problemas empresariales de la sanidad al político responsable de la financiación de los servicios condena la resolución de dichos problemas a la obtención de respuestas «políticas». Dichas respuestas se deberían limitar a aquellos aspectos de racionalidad colectiva, legítimas y necesarias en las cuestiones de estructura y organización de los servicios sanitarios (quién recibe qué a expensas de quién); entre otras razones, porque no pueden provenir de las soluciones intrínsecas al modo en que se producen los servicios en la «industria» sanitaria (por ejemplo, en cuanto a su eficiencia relativa).

La separación de la financiación de la compra de servicios puede a su vez crear dos efectos deseables y ausentes hoy en el sistema sanitario público:

1. *Generar un mercado de gestores sanitarios públicos mucho más abierto que el que hoy disponemos.* Hasta el presente, los bonos de incentivo han primado pese a que existan dudas de su virtualidad y alcance para la mejora de la eficiencia de la gestión en entornos públicos: el complemento variable se toma como definitivo, un complemento positivo pero inferior al de otro agente se entiende como penalización, etc. Ello se ha debido a que, con la estructura

organizativa actual, la reputación de una buena gestión no es apropiable por parte del gestor, ni puede internalizarla en el mercado con un mayor sueldo: para ello se requiere una mayor rotación de cuadros directivos, no dentro del sector público, sino entre el sector público y el sector privado, y una más clara identificación de la relación causa efecto entre mejora de la gestión y resultados. Ambas cuestiones vendrían favorecidas previsiblemente con la introducción de las agencias de compra postuladas como escalón intermedio entre el financiador político y el productor de los servicios sanitarios.

2. Dicha separación permitiría una *estabilidad mayor de la interferencia política sobre la gestión*. El hecho de que sea imposible determinar todos los contenidos afectos a las relaciones sanitarias (contratos incompletos), y el que, dada la naturaleza de los servicios, se requieran inversiones «muertas», activos específicos a un determinado uso y sin alternativas de reutilización, requiere un fundamento de compromiso creíble que dé estabilidad a los acuerdos. Dicho compromiso es difícil de mantener por parte de un poder político que, sometido a procesos electorales y a la lógica de la racionalidad colectiva, está omnipresente en la esfera de la producción y la compra de los servicios. La separación, por tanto, permitiría limitar la discrecionalidad en la interpretación (derechos residuales) de lo no regulado completamente —porque es imposible— y otorgaría credibilidad al compromiso de no-ruptura abusiva de contratos en los que están presentes importantes inversiones en activos específicos, tal como antes comentamos.

### 2.2. *Balance de las actuales experiencias de separación*

La realidad de la separación arroja, sin embargo, en nuestro país luces y sombras. Por un lado, determinadas subrogaciones de servicios sanitarios y auxiliares se están produciendo no a empresas preexistentes con experiencia contrastada, sino a menudo a empresas creadas expresamente para acogerse a dicha contratación. Se consigue con ello eludir, respecto de la gestión pública tradicional, el peso de los sindicatos, cada vez más dominantes en el sector público. Ello requiere, sin embargo, una explicitación mucho mayor de la que hoy observamos en las políticas de compra, tanto en los aspectos de licitación abierta, fijación de la actividad a cambio de determinadas tarifas o subvenciones para montos totales. En este último caso, los peligros de la discrecionalidad son muy altos y favorecedores del arbitrio político; paradójicamente, uno de los problemas que se desean evitar con la separación. Incluso, la capacidad de centrifugar déficits entre empresas participadas puede coadyuvar a un mayor oscurantismo y a la presencia de déficits fiscales. En general, existe actualmente muy poca evidencia de los resulta-

dos alcanzados con la subcontratación de servicios que sean contrastables y válidos con carácter global.

Por otro lado, para que la separación genere incentivos a la eficiencia, se ha de producir un traslado efectivo de riesgo desde el financiador al suministrador del servicio. Este no es a menudo el caso, ya que muchas empresas de gestión, de acuerdo con lo antes comentado, asumen escasos o nulos riesgos con una asimetría en avales considerable. Se detecta, por lo demás, una excesiva interferencia política en los equipos gestores, aún de manera informal, lo que condiciona la actuación de ambas partes.

Parte de los problemas de credibilidad de las reformas sanitarias se deben a la desconfianza, por parte del financiador, de que las reformas no acaben siendo incrementalistas, a la vista del carácter de cuasicoste fijo de la estructura pública dentro del sistema. Ello marca los costes de oportunidad de las innovaciones de gestión, ya que al determinarse de este modo los costes diferenciales, los supuestos impactos de una mejora de eficiencia disminuyen. Si se considera que toda la estructura pública es «coste hundido» para el sistema sanitario, las ventajas de las reformas postuladas disminuirían en gran medida, debiéndose plantear, de modo previo, la mejora de la productividad de los centros públicos antes de ahondar en fórmulas de subcontratación. A nuestro entender, sin embargo, dicha concepción resultaría equívoca.

### 2.3. Claves para una mejor separación de funciones

Minimizar, por tanto, la interferencia de los poderes políticos en la gestión, y de modo recíproco, evitar la comodidad que supone para determinados gestores sanitarios plantear sus lagunas de gestión como problemas políticos (de insuficiencia del sistema) fuera de su alcance está en la base de las virtualidades postulables de la separación mencionada entre financiador y suministrador de servicios sanitarios. Dicha delimitación ha de flexibilizar la rigidez actual de los compromisos presupuestarios y el exceso de producción inercial de algunos servicios. De modo simétrico con lo anterior, se hace inexcusable un avance por la vía de configuraciones jurídicas distintas para los proveedores públicos actuales: los hospitales como empresas públicas en atención especializada y esquemas cooperativos en atención primaria. En ambos casos, el traslado de riesgo creíble se relaciona con una financiación capitativa, con distinto ajuste por riesgo. En primer lugar, porque incentiva la oferta integrada de servicios. En segundo lugar, porque permite en mayor medida esquemas en los que la financiación sigue a la elección.

El reconocimiento anterior, aplicado a la realidad sanitaria, plantea, como vimos, la cuestión de la credibilidad de las políticas de reforma. Y ello, ya sea de las basadas en la introducción de competencia entre los productores públicos y privados (supuesto de mercado interno), ya se trate de supuestos de competencia simulada entre centros productores públicos (Hospitales, Equipos de Primaria, Unidades de diagnóstico o laboratorios):

- ¿Se traslada efectivamente riesgo clínico (esfuerzo resolutorio) y financiero con la descentralización?
- ¿Generan los resultados de la competencia amenazas creíbles?
- ¿Son las consecuencias de dichas políticas aceptadas entre los destinatarios en su realidad última: esto es, que se trata de un juego de suma cero, por el que lo que ganan unos lo pierden otros?
- ¿Son las variaciones marginales que, de hecho, los resultados de dichas políticas pueden ocasionar sobre la asignación de recursos suficientes para introducir incentivos en la gestión?
- ¿Internalizan dicho incentivo quienes deben, esto es, los decisores clave?

Dadas las previsibles resistencias al cambio, parece inevitable una pluralidad de fórmulas, e incluso de contratos en el seno de dichas organizaciones (hospitales empresa pública versus fundaciones, cooperativas versus organizaciones vigentes, estatutarios versus contratados). Contrariamente a lo que se suele asumir, dicha diversidad (por ejemplo, acabando con el predominio casi absoluto del trabajo cuasifuncionario por cuenta ajena) no es obstáculo para la vía de avance propuesta: disciplinar el mercado no requiere cambios totales, sino que pueden ser suficientes cambios menores, pero homogéneos para «disciplinar» la industria sanitaria en su conjunto.

### **3) *La responsabilización de los profesionales: la ética de la eficiencia***

Ello nos lleva al tercer elemento en la estrategia comentada: la responsabilidad profesional, bien por el lado del ejercicio de la actividad por cuenta propia o en práctica asociada, o bien aceptando voluntariamente una función por cuenta ajena de alguien capaz de gestionar la asistencia fuera de los influjos políticos. En el primero de los supuestos, la orientación al usuario deviene

intrínseca a la obtención de reputación. En el segundo, la interiorización de los costes de oportunidad se incentiva directamente en los sistemas de contratación. No se trata de una opción sencilla: se calcula en un millón de ptas. mensuales, en términos medios, el arrastre de gasto sanitario por parte del profesional sanitario. Se trata de un problema de educación para la gestión, que no se percibe por parte de los destinatarios como un activo, sino como un lastre para la libertad clínica. La concienciación de los profesionales sobre los costes de oportunidad social se vería favorecida si existiese «jurisprudencia» (reglas interpretadas) de lo que se espera constituyan asignaciones sanitarias razonables desde un punto de vista social. Por ejemplo, si se explicitara la condición de igualdad de acceso en distintos tipos de tratamiento, lo que han de constituir los mínimos en las preservaciones de estados de salud, no susceptibles de variar sobre la base de criterios de «capacidad de beneficiarse de determinados tratamientos» o por tipo de destinatarios (edad y sexo, por ejemplo). Al ser todas estas definiciones altamente políticas, parecería lógico exigir posicionamientos políticos y no trasladar a los profesionales el peso y responsabilidad de las asignaciones en concreto. Puede tratarse de reglas simples, del tipo «colectivo relevante de comparación en cada asignación» (por ejemplo, buscando la igualación de los que estén peor dentro de idéntica cohorte), pero siempre reconocibles como guía para el profesional.

Nada de esto ocurre en nuestro país, donde se confunde acceso universal con cobertura universal, y por tanto ha resultado imposible una delimitación real de prestaciones y se han generado diversas y virulentas reacciones cada vez que la opinión pública ha detectado alguna política discriminatoria (asignativa) relativa a la edad, al hecho de ser fumadores, con adicción al alcohol o a otras formas de drogadicción. La falta de pronunciamiento político sobre la cuestión traslada el problema a los decisores clínicos. Nada de todo ello ayuda a una resolución ordenada de las distintas opciones. Autores en otros contextos muestran cómo, si a los ciudadanos se les requiere que expliciten su opinión entre alternativas (incluso las que afectan a la edad), se pueden legitimar opciones, por ejemplo, en favor de los tratamientos que benefician a los más jóvenes, y ello aún con el consenso de los mayores.

#### **4) *La participación social***

El cuarto elemento aparece de concreción más difícil, aun siendo inequívoca su necesidad: la participación de los usuarios en las decisiones. Ello es más complejo porque en los sistemas sanitarios

públicos de base universal, la participación queda muy relegada con la delegación de voto. No existe mecanismo directo alguno, ya que ni se suscriben pólizas, ni se establecen opciones complementarias ni alternativas. Y en general, el establecimiento de cartas de derechos de los ciudadanos en materia de asistencia sanitaria resulta complicado ante el monopolio de oferta existente y el coste adicional que requiere su ruptura en favor de proveedores alternativos: sin ahorro alguno en unos costes más bien fijos, se incrementan los costes medios de la mano de los cambios en la actividad.

Además, al tratarse la asistencia sanitaria de un bien de los denominados «de experiencia» (diferente de los bienes de búsqueda para los que la observación directa facilita información sobre costes y calidad), su evaluación resulta difícil de modo previo a su consumo. Por ello, la reputación (la opinión de personas alegadas), creencias (o expectativas) o la lealtad con los proveedores, resultan decisivas. Ello tiene efectos particularmente relevantes para supuestos en los que la relación de agencia es perfecta entre profesional y consumidor (sin fenómenos de demanda inducida por la oferta: esto es, el paciente hubiera hecho lo mismo si hubiera tenido la información con la que ha prescrito el médico), y sin embargo, la efectividad de los servicios (la contribución en la mejora de la salud del paciente) no es positiva, sino —supongamos—, neutra o perjudicial. En dichos casos, el balance entre más paternalismo o más información debiera de variar, posiblemente, a favor de esta última.

## **I.B. Un contexto posible de reforma**

La envolvente que, a nuestro entender, mejor permite una resolución integrada de los elementos anteriores pasa por la idea de transparencia de regulaciones, situaciones, derechos y obligaciones de los distintos agentes del sistema:

- a) *para los pacientes*, sobre cuestiones relativas a acceso a prestaciones: cuáles, cómo, cuándo y a cambio de qué conductas;
- b) *para los profesionales*, respecto a que una vez ofrecida la posibilidad de participación en el sistema sanitario público, bien como profesionales liberales —asumiendo por tanto el riesgo en la toma de decisiones— o bien como profesionales por cuenta ajena —asumiendo el papel inducido por el empleador—, no existen discrecionalidades adicionales en el cumplimiento de las reglas de juego;

- c) *para los mesogestores del sistema*, que su actividad siempre se va a regir, en interés del comprador, financiador y contribuyente, por criterios de competitividad en producción o coste-eficiencia en el suministro de los servicios, con todos los ajustes requeridos en la casuística para evitar el falseamiento de los outputs;
- d) *con agencias compradoras* que soportan riesgo financiero y, en consecuencia, compran servicios por criterio de coste mínimo, y con el límite implícito a la valoración que de la calidad del servicio hagan los ciudadanos en uso de sus derechos de elección; y
- e) *exigiendo comportamientos «sinalagmáticos» del financiador*, que, una vez establecidos los impuestos con criterios de equidad social, trasparenta la financiación disponible en sus políticas de compra de actividad de acuerdo con un plan de salud determinado.

Dicha percepción de lo que debiera de ser la estructura razonable de un sistema sanitario excluye elementos tales como:

- la idea de sistema de «barra libre».
- profesionales que obran por cuenta propia, mientras que sus responsabilidades se derivan a cuenta ajena;
- instituciones que se sitúan en un *status quo* sanitario inercial, endogámico y sin soportar las consecuencias de actuar, en un sentido u otro, con criterios de coste social;
- el ejercer el poder de compra sin asumir riesgo alguno, con criterios de donde se ha ubicado tradicionalmente la financiación, allá se han de dirigir los pacientes, y
- la de un político financiador del sistema, autoridad sanitaria que no tiene capacidad de asumir compromisos creíbles en materia de financiación del sistema, y que acumula, encajando políticamente, y sin resolver, todas las tensiones que se generan en el sistema sanitario.

### **1) Problemática asociada a los factores comentados**

Dicho lo anterior se señalan a continuación los factores claves en la discusión generadora de las propuestas de cambio, comunes a la mayoría de las reformas de los países occidentales.

## CUADRO 5

### Claves de las reformas sanitarias

- Problemática asociada al pago de los profesionales: salario, acto, capitación (o un «mix»), y a sus carreras profesionales.
- Problemática asociada al grado de vinculación contractual de los profesionales a la organización: empleados, socios, cooperantes, profesionales por cuenta propia acreditados.
- Problemas relativos a la manera en que se organizan las instituciones sanitarias: estructura jerarquizada, «virtuales», formas híbridas.
- ... a la interrelación de las organizaciones públicas y privadas, y al grado de competencia deseable.
- ... al modo de compatibilizar una financiación de proveedores basada en la actividad, sin incentivar la innecesaria y poder mantener presupuestos globales cerrados.
- ... al papel renovado del planificador de servicios, del responsable del poder de compra, del mesogestor de los servicios, de los gestores clínicos.
- ... a cuán factible resulte, políticamente, un catálogo explícito de prestaciones.

FUENTE: Elaboración propia.

## CUADRO 6

### Algunos referentes de las reformas

- del médico de atención primaria «funcionarizado» al gestor de una población asignada
  - importancia de la regulación de apoyo al cambio
  - relevancia de la capitación, transferencia de riesgo, competencia vs oligopolio
  - ética de la relación de agencia perfecta
- la autonomía funcional de los centros gestores
  - relevancia de la regulación que dé soporte a la separación entre financiador y proveedor:
  - relevancia de la financiación en la que el dinero sigue a la elección, y no viceversa
- sobre la dosis apropiada de producción organizativa interna y contratación externa
- en la definición del presupuesto como contrato de compra de servicios: configuración, contenido, cláusulas singulares y definición de tarifas eficientes
- sobre el grado de intervención pública deseable por parte del planificador (p.e., en tecnología o en formación «*numerus clausus*») (así: autorizaciones previas de control de inputs vs. política de precios de productos abierta, agencias públicas de evaluación vs información ex post sobre la base de revisiones de utilización)
- sobre la desregulación –nueva regulación de las oficinas de farmacia, introducción de un mercado de genéricos, precios farmacéuticos, etc.
- sobre la interrelación entre esfuerzo público y privado en la financiación del gasto sanitario: fiscalidad, primas complementarias, copagos, pagos directos, incentivos (deducciones tributarias)...
- sobre la ubicación del poder de compra: financiador-(comprador)-proveedor.

FUENTE: Elaboración propia.

## 2) Algunos aspectos ligados a la problemática anterior

### 2.1. Cuestiones asociadas al pago de los médicos (salario, pago por acto, por proceso, capitación o por alguna combinación de dichas medidas) y los incentivos deseables para sus carreras profesionales

Con relación al sistema de retribución de los profesionales sanitarios, si se reconocen las ventajas, a nuestro entender evidentes, de los sistemas integrados de provisión de servicios la capitación resulta la mejor de las alternativas. Se trata con ello de primar la coordinación de modo que tanto los aspectos asistenciales como los preventivos cuenten, y entre los primeros, que las innovaciones en atención primaria y en cuidados especializados sustituyan y no aumenten la actividad de internamiento más costosa. Dicha estrategia de financiación no prejuzga, sin embargo, la configuración concreta de la que se han de dotar las organizaciones en lo que se refiere al grado de participación de los profesionales en los órganos de decisión y en su vinculación contractual. Asimismo, la utilización de formas de financiación capitativas requiere ajustes que neutralicen incentivos potenciales a la selección de riesgos.

En concreto, resulta sencillo probar que: (i) para una función de utilidad «normal» de un médico (que incluya tanto el impacto de su actividad en la mejora del estado de salud de sus pacientes como la retribución por esfuerzo realizado en actividad asistencial), (ii) que se comporte como es esperable (las primeras derivadas de las dos variables anteriores tienen signo positivo), y (iii) estemos en presencia de una función de producción de cuidados de salud con beneficios de escala decrecientes, la maximización de utilidades se enmarca en distintos escenarios. Bajo el supuesto de pago por acto, supone presionar por el monto que representan los honorarios fijados por acto y/o disminuir el tiempo médico por visitas: ello implica multiplicar el número de actos (todos ellos se facturan), y en particular los mejor tarifados, y maximizar la sustitución posible de tiempo médico propio por otros recursos sanitarios facturables de modo diferenciado. Lo que puedan ser, en este contexto, tarifas de eficiencia queda por determinar y el ajuste por la tipología de casos puede suponer elevados costes de transacción (neutralizar incentivos a tergiversar los actos a efectos de maximizar pagos, necesidad de revisión de la actividad innecesaria, etc.).

En el caso alternativo del pago capitativo, la maximización de utilidades por parte del profesional conlleva a presionar por unos honorarios capitativos altos que, de configurarse como costes medios, estimula la selección de los usuarios menos complejos. Además, el esfuerzo se minimiza (y de este modo se maximizan los ingresos monetarios por input), reduciendo las tasas de reite-

ración por episodio, refiriendo a otros niveles asistenciales siempre que ello sea posible, y buscando aquellos colectivos más sanos (que ya lo sean o que lo puedan ser) y de hábitos sanitarios menos dependientes del dispositivo asistencial.

Decíamos, sin embargo, que los extremos anteriores no se podían resolver aisladamente, sino en concordancia con el grado de vinculación contractual de los profesionales a la organización.

## *2.2. El grado de vinculación contractual de los profesionales sanitarios a la organización*

Desde un plano teórico, la propiedad de las organizaciones sanitarias se podría acotar al capital (accionariado), a los médicos (trabajadores por excelencia de la organización) o a entidades interpuestas aseguradoras (ejecutantes del poder de compra de servicios). Para decidir entre dichos potenciales propietarios, hace falta considerar los costes de supervisión, de toma de decisiones y los derivados de la asunción de riesgos asociables potencialmente a cada uno de ellos.

Separar la propiedad de los mesogestores y trabajadores en favor de accionistas (al estilo de lo que son algunos sistemas multihospitalarios en EE.UU.) supone costes reducidos en toma de decisiones y derivados de asumir riesgo (dadas las posibilidades de diversificación de activos), si bien los costes de supervisión se mantienen en niveles previsiblemente altos (al permanecer la propiedad muy distante de la actividad asistencial). Ello se invertiría posiblemente en el caso de que la propiedad de los activos estuviera en manos de los médicos: mayores riesgos y más control mutuo, básicamente. Entre propiedad y profesionales se situarán las agencias aseguradoras, con costes de supervisión medios, costes de toma de decisiones reducidos y coste de asunción de riesgos medios.

Si a ello añadimos la consideración de los costes de contratación, vinculados a la aportación realizada por los distintos factores de producción, podríamos concluir que médicos en práctica asociada o entidades de seguro ofrecen ventajas comparativas. La alternativa finalmente deseable se debería buscar en: *a)* las formas posibles de autocontrol mutuo entre profesionales como modo de reducir posibles comportamientos abusivos *pre* y *pos* contractuales frente a terceros, y *b)* el grado de confianza mutua a efectos de facilitar las aportaciones de capital entre colegas en caso de que esto fuera necesario. Es conocido que conseguir la cooperación (evitar conflictos de intereses) implica un coste de control relativamente mayor si se utilizan instrumentos internos (supervisión o control directo) que si se disciplinan los comportamientos con controles externos (a través del mercado de capitales con exigencia, por

ejemplo, de una determinada rentabilidad o a través de un reparto explícito de riesgos).

En caso de que sean los propios profesionales quienes participen en la propiedad —y en los órganos de decisión de las organizaciones sanitarias— cabe, por último, discutir si dicha participación acontece en calidad de socio o de cooperante. Si la propiedad reside en la aseguradora o en niveles intermedios de mesogestión, la discusión de las formas de pago anteriores se remite a la forma de remuneración concreta de los empleados de la empresa (cuenta ajena) o como profesionales autónomos (acreditados para realizar su práctica en el seno de dichas organizaciones). Es en el supuesto de organizaciones configuradas bajo un criterio de responsabilización íntegra de los servicios cuando adquiere sentido el pago capitativo.

La forma de organización concreta de participación de los profesionales, ya se configuren en nuestro país como sociedad colectiva, comanditaria, con responsabilidad limitada, sociedad anónima, o como cooperativa, dependerá previsiblemente de factores tales como:

- a) el grado de personalismo y dirección colectiva al que se quiera someter a la organización;
- b) los límites a la responsabilidad que se desee asumir;
- c) la diversidad de intereses (derechos y obligaciones) entre socios que se cree tolerable, y
- d) la transmisibilidad o no de la condición de asociado.

La descentralización del poder de compra, acompañado del traspaso de riesgo en la política de compra de servicios sanitarios en favor de proveedores diferenciados de los poderes políticos, del financiador público, es el antídoto que puede acabar introduciendo una dinámica de cambio en los valores básicos de gestión en las organizaciones sanitarias. Para ello, las agencias que deseen asumir la gestión de compra de servicios —ya sean equipos de médicos de cabecera en práctica asociada y responsabilidad presupuestaria, entes de aseguramiento, holdings sanitarios públicos o privados, con y sin ánimo de lucro, etc.— deben repositionarse para competir.

El esquema diseñado de este modo se basa en un *financiador único* (no existe la posibilidad de salirse financieramente del sistema), un *sólo garante de la cobertura pública* (la afiliación obligatoria elimina problemas de selección adversa), *múltiples compradores* (mercado abierto contra monopsonio), y *múltiples productores*, proveedores, suministradores sanitarios —públicos, privados, con ánimo de lucro, sin ánimo de lucro, cooperativas, fundaciones, entes públicos, etc.

La elección del *usuario* radica en la decisión directa del plan de compra, y de modo indirecto (si el plan no quiere perder afiliación), entre productores. En concreto, en la disyuntiva actual quizás sea oportuno formular, tentativamente, la idea de separar no sólo la financiación de la producción de servicios sino también la financiación de la compra de dichos servicios. Ello viene a suponer que, una vez garantizada la financiación pública por el lado de la contribución coactiva y solidaria, se pueda transferir la «prima» (equivalente financiero a la afiliación asumida) y, de este modo, parte sustancial del riesgo, a los distintos gestores de los planes sanitarios. En su vertiente de aseguramiento, grupos de primaria, redes hospitalarias o entes aseguradores se convierten en destinatarios de las «primas» y las «pólizas» del seguro sanitario de los individuos que constituyen su colectivo de afiliación.

En resumen, por tanto, dos son los instrumentos que sobresalen con claridad del análisis anterior: (i) los contratos de servicios sanitarios, básicamente en su versión de compra de servicios, o en su versión global como compra de servicios para el mantenimiento de la salud, y (ii) la transferencia óptima de riesgo a través de una financiación de base capítativa que favorezca una gestión desmonopolizada del aseguramiento ante el riesgo sanitario. La primera de las opciones no es incompatible con la segunda, aunque posiblemente se justifique, tan sólo, como un eslabón en el objetivo de una descentralización más globalizadora del aseguramiento de contingencias sanitarias.

### **I.C. La orientación de la reforma**

Los anteriores comentarios cabe referirlos, sin embargo, a la realidad de las innovaciones, en cuanto: (i) a lo ya realizado, (ii) a lo pendiente (en cuanto a los factores que pueden explicar que no se haya avanzado más), y (iii) en las líneas de avance (esto es, cómo se pueden continuar las reformas propuestas mitigando las limitaciones, ya sea a través de profundizar en su estudio, o a través de actuaciones selectivas con impacto demostrativo).

#### **1) La financiación de los proveedores sanitarios**

En lo que se refiere a los efectos de las distintas *formas de financiación* que realiza la sanidad pública en favor de proveedores o intermediarios financieros sanitarios de servicios asistenciales públicos o/y privados, y la distribución de los riesgos financieros entre las partes, cabe destacar lo siguiente.

El punto inicial es el de la provisión basada en centros públicos, que se configuran como unidades de gasto a financiar presupues-

tariamente. La jerarquización deja poco margen a la diversidad, pero la procedimentalización a la que se somete facilita el control político. El dispositivo asistencial ha de estar de este modo integrado, homogeneizadas las condiciones de trabajo y uniformizados los estatutos de su personal. No se financian resultados, sino inputs. La eficiencia técnica de su combinación queda en manos de los administradores públicos. Los profesionales son por cuenta ajena del sistema, trabajadores en exclusiva del sistema público. Esto último limita las posibilidades de perversión en comportamientos, aunque restringe el mercado de clínicos.

Las distintas modalidades de reforma se refieren a un marco de competencia regulada, lo que afecta tanto a la propia presupuestación como compra de servicios sanitarios o contraprestación por una determinada actividad, a los numerarios de financiación (tarifas por servicios y límites al pago por acto, conciertos, contratos-programa, etc.), como a la financiación de la producción de atención integral de la salud, como es el caso de la capitación corregida <sup>119</sup>.

Por un lado, aunque los *contratos-programa* han demostrado ser excesivamente optimistas en el objetivo del control del gasto, se constata una relativa reducción de la inflación hospitalaria para 1993, si bien menor a la conseguida en Cataluña, donde el instrumento de financiación separaba con más nitidez la compra de los servicios. Se aduce contra el instrumento del contrato-programa sus efectos de compartimentación no deseable de la planificación sanitaria (aunque sólo la atención primaria ofrece frente a la compra de servicios, en este aspecto, una ventaja decisiva, a falta de protocolos mixtos de atención primaria y especializada), la contradicción que supone el hecho de que con el contrato-programa el planificador «se meta a gestor», contra la supuesta voluntad de otorgar una mayor autonomía de gestión, al afectar el contrato a parámetros que son de gestión en sentido estricto (como la estancia media en cada servicio), y dada la aparente ausencia de base epidemiológica y de objetivos de salud en la compra de servicios hospitalarios en general.

En lo que se refiere a la *experiencia de pago capitativo*, y pese a un convenio MUFACE con entidades claramente deficiente por lo que supone de incentivo a realizar prácticas de selección de riesgos (al no ajustar la financiación por grupos de riesgo), la evidencia dispo-

---

<sup>119</sup> Este es el tema analizado por L. Pellisé (en López y Rodríguez 1997, ob. cit), que, tras una revisión teórica de los fundamentos que encierran las distintas modalidades de financiación, analiza empíricamente, entre otros, el papel de los contratos-programa en los hospitales del INSALUD y la experiencia MUFACE en el pago capitativo en razón de la sustitución de prestador público por privado para una misma póliza pública.

nible no permite afirmar que dichas prácticas se produzcan. Sin embargo, como experimento natural de mercado interno, y sobre todo antes de su supuesta generalización para otros colectivos, cambios regulatorios parecen imprescindibles si se quiere evitar que tarde o temprano aparezca un sistema sanitario dual. La desintermediación (cambios en los modos de intervención pública) sanitaria exige una regulación diferente que va desde una financiación ajustada por riesgo predecible, a la exigencia de un *pool* apropiado de asegurados<sup>120</sup>, pasando por el establecimiento de compensaciones entre aseguradoras privadas y/o entre públicas y privadas a partir de un fondo de reaseguro, y obviamente, una gestión del convenio más inteligente por parte de los gestores públicos (evitando el fraude, el impago de facturas, no retirando acreditaciones por cambios extraordinarios infundados, etc.). Esto último, claro está, se debiera de poder exigir de la gestión pública, con o sin reforma, desmonopolizando o no la prestación pública de los servicios.

En cuanto al *análisis de la eficiencia en la producción pública versus privada* concertada de servicios, la virtualidad de una potencial aplicación de un sistema único de financiación hospitalaria basada en la actividad, tanto para centros propios como para centros privados concertados en una red asistencial pública, requiere una compleja validación<sup>121</sup>.

Para dicho propósito cabe analizar los costes de eficiencia a efectos de formular las políticas adecuadas de tarifas. Conviene reconocer, de entrada, que las diferencias existentes en los indicadores económicos —en particular en el coste medio por caso— y aún partiendo de una muestra relativamente homogénea, no pueden atribuirse en su integridad a la ineficiencia del centro. Dicha diferencia puede ser también debida, al menos en parte, al hecho de que su *case-mix* ofrece una mayor complejidad y, por tanto, es más costoso, o de que el centro afronte unos mayores costes, al ser un hospital universitario, a diferencia de otros centros. Pero sería igualmente absurdo validar en su totalidad los costes observados, a la hora de financiar los presupuestos públicos.

Además de la existencia de influencias sistemáticas en los costes, pueden existir también influencias aleatorias. Los hospitales pueden, por ejemplo, registrar un mal ejercicio. Con el objetivo anterior de discernir el carácter «legítimo» de los costes observados, para su consideración en la financiación hospitalaria, conviene distinguir entre ineficiencia e influencias sistemáticas y aleatorias en

<sup>120</sup> Por ejemplo, el sector público podría limitar a una determinada edad la posibilidad de incorporarse a la sanidad pública.

<sup>121</sup> López y Wagstaff, en López y Rodríguez 1997, ob. cit.

las observaciones, para identificar los distintos determinantes de los costes hospitalarios. Sólo después de los anteriores ajustes, el residuo resultante, una vez considerados los efectos sistemáticos y aleatorios que influyen en el coste de los hospitales, cabría identificarlo como «ineficiencia». Esta no debería de proyectarse, sino penalizarse en las políticas de financiación hospitalaria.

Los resultados disponibles apuntan hacia un nivel de ineficiencia mayor en los centros públicos (una tercera parte superior a la relativa a los centros privados). Pese a ello, no siempre se prueba una correlación significativa entre ineficiencia y tamaño del centro o *status* (universitario, básicamente), factores ambos que cabría asociar en mayor medida a los centros públicos (a efectos de justificar su mayor coste relativo).

En conclusión, una regulación que basase la financiación, tanto para los centros hospitalarios públicos propios de la Seguridad Social como para los centros concertados, requeriría ajustes explícitos de modo previo a la implantación de un esquema único para la financiación integral de la red.

No existen, por el momento, estimaciones concretas de los costes de transacción. Su conocimiento se reconoce, sin embargo, como inexcusable para avances futuros en dicha política de concertación.

En cuanto a las *estructuras organizativas y de gestión* del sistema sanitario español, en lo que se refiere a su marco legal e innovación organizativa a nivel territorial, cabría apuntar lo siguiente<sup>122</sup>. A partir de la experiencia relativa a las distintas propuestas y a los diferentes actores, y a efectos de concluir una propuesta de cambio regulatorio de modo previo a la introducción de mercados internos en la gestión sanitaria pública, convendría analizar el concepto, estructura y sistema de incentivos que incorporan los esquemas organizativos de corte contractual en los agentes y en la prestación, en definitiva, de los servicios sanitarios. Una revisión de los mecanismos contractuales a partir de las experiencias concretas tanto del INSALUD-gestión directa, como de sus homónimos Servicios Regionales de Salud, permite concluir que las actuales estructuras burocráticas en las que se asientan las organizaciones sanitarias, caracterizadas por una fuerte integración vertical, producción pública exclusiva y excluyente de servicios, y sometimiento al derecho administrativo, no van a ser capaces de resolver, a medio plazo, el doble reto de controlar las tasas de crecimiento del gasto sanitario público y ofrecer un conjunto amplio de servicios sanitarios a todos los ciudadanos españoles.

<sup>122</sup> J. Cabasés y J. Martín, en López y Rodríguez 1997, ob. cit.

Resultan, en consecuencia, aconsejables aquellas formas organizativas que minimicen en la gestión sanitaria los costes derivados de las actividades de interferencia e influencia política. El balance del argumento considera que el contrato-programa como innovación organizativa no resulta satisfactoria. Entre las razones que se pueden apuntar cabe referir el carácter de ficción legal que supone la figura comentada, lo que en la práctica la convierte en una simple dirección por objetivos. La semántica parece esconder, en este sentido, un principio de jerarquía que continúa prevaleciendo. Siguen existiendo, por lo demás, importantes contradicciones entre la delegación de derechos residuales de decisión y control, en razón de las normas presupuestarias vigentes, mecanismos centralizados de factores que inciden en la gestión de recursos humanos (sanciones, sustituciones, turnos, etc.), y el contrato no ha conseguido instaurar una cultura de financiación plenamente prospectiva, por lo que no genera un traslado efectivo de riesgo ni a las organizaciones, ni a los directivos, ni a los profesionales. En este sentido, es importante señalar que la introducción de esquemas retributivos variables en directivos y profesionales, aunque es necesario e importante, resulta insuficiente. Es fundamental tener la posibilidad de sancionar, despedir y ajustar excedentes potenciales de plantilla, por lo que hace falta cambiar la actual regulación estatutaria.

Otras experiencias (Cataluña en cierto modo y la propuesta de financiación de la Comunidad Autónoma del País Vasco) aportan ideas para una regeneración del contrato como instrumento básico de la reforma sanitaria, al mostrar su papel en un marco desregulado, con autonomía plena de gestión por parte de los proveedores. Dichas innovaciones buscan soluciones a problemas de conversión de estructuras jerarquizadas hacia formas híbridas de organización, de potencial aplicación en el ámbito de INSALUD y los servicios regionales de salud de otras comunidades autónomas.

En cualquier caso, el mantenimiento de un sistema sanitario público universal y gratuito queda acotado de hecho por una financiación global y cerrada. Para que ello resulte plausible, esta idea ha de extenderse también hacia los niveles micro, de la realidad de las organizaciones y de la práctica de los agentes, para que sea cierto, en coherencia, a nivel macro o agregado.

## II. INTERSECTORIALIDAD DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

### II.A. ¿Qué son las políticas intersectoriales de salud? ¿Cuál ha sido su grado de desarrollo en España?

Existe un amplio consenso en torno al hecho de que la salud de los individuos que conforman una sociedad no viene únicamente determinada por el mayor o menor acceso que éstos puedan tener a los servicios sanitarios; muchos otros factores, como puedan ser las condiciones en que éstos trabajan, sus estilos de vida o las condiciones ambientales del medio en el que se desenvuelven, han sido apuntados en numerosos estudios como factores cuya influencia resulta decisiva en la determinación del nivel de salud de los distintos individuos (García Benavides, 1992). No es de extrañar, pues, que también en nuestro país, como en la totalidad de países de nuestro entorno, sea la situación socioeconómica de las personas la variable que, por condensar el efecto simultáneo de los factores anteriormente mencionados, mejor explique las diferencias en salud que se observa existen entre ellas<sup>123</sup>.

Si uno acepta que el estado de salud de los individuos viene determinado por múltiples factores, además de por el uso que éstos realizan de los servicios sanitarios, la racionalidad de las

---

<sup>123</sup> Los estudios sobre desigualdades en salud en España han sido revisados exhaustivamente por Navarro, V. y Benach, J. (1996), quienes, además, realizan un estudio ecológico de las 2.221 zonas en que agrupan el territorio español (la confidencialidad estadística impedía disponer de cifras de mortalidad para municipios con menos de 3.500 habitantes). Se encuentra una relación positiva, en las 2.221 zonas, entre algunos indicadores de privación material —como puedan ser el grado de analfabetismo o el nivel de paro— y un indicador de mortalidad general. Las encuestas de salud de 1987 y 1993 también les permiten constatar cómo el porcentaje de hombres y mujeres con salud percibida deficiente aumenta a medida que disminuye la clase social de los individuos.

políticas intersectoriales de salud resulta evidente: dichas políticas, que no son más que un conjunto coordinado de acciones que se llevan a cabo desde distintos ministerios, lo que pretenden es, precisamente, atenuar la incidencia de un determinado problema de salud actuando sobre aquellos factores cuya influencia (positiva o negativa) ha sido previamente demostrada. Así, por ejemplo, si se admite que existen determinadas dietas que reducen más que otras la incidencia de una amplia gama de enfermedades cardiovasculares, el desarrollo de una política que pretenda ser efectiva en la promoción de las dietas consideradas saludables (alimentos ricos en fibra, bajos en azúcar...) tendrá que implicar, como ya se ha hecho en otros países, a diversos departamentos de la Administración: Agricultura para que potencie cultivos saludables, y Comercio, entre otros, para que a través del etiquetado de los productos facilite la elección de alimentos saludables.

Hace ya algunos años que las autoridades sanitarias de nuestro país vienen insistiendo en la necesidad de llevar a cabo políticas intersectoriales de salud. Los planes de salud, que periódicamente publican tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como las consejerías de sanidad de los distintos gobiernos autonómicos, constituyen un buen ejemplo al respecto. Además de evaluar los problemas de salud que exhibe la población en el presente, dichos planes fijan para el futuro una serie de objetivos de salud a conseguir —como, por ejemplo, disminuir a un 2 % la prevalencia de la obesidad—, al tiempo que definen los medios que han de posibilitar la consecución de dichos objetivos; y en este punto, en el de la definición de los medios, no existe ni un solo Plan que no proponga el desarrollo de actuaciones intersectoriales que promuevan, por ejemplo, hábitos y estilos de vida más saludables.

Pese a que los responsables de las distintas administraciones sanitarias reconocen la notable importancia de llevar a cabo acciones intersectoriales (como ponen de manifiesto sus planes de salud), este reconocimiento, sin embargo, no ha generado hasta la fecha más que un puñado de actuaciones dispersas. Algunos de los factores que, a nuestro juicio, explican esta aparente paradoja se examinan en la siguiente sección.

## **II.B. ¿Qué explica el escaso desarrollo en nuestro país de las políticas intersectoriales de salud?**

Además de por la influencia que hayan podido tener los factores políticos que suelen condicionar la puesta en marcha de cualquier política pública que altere el *status quo*<sup>124</sup>, el pobre desarrollo que

<sup>124</sup> Pese a las dificultades que entraña la cuantificación de su influencia, no puede menospreciarse el importante papel que a menudo desempeñan los factores

exhiben en nuestro país las políticas intersectoriales de salud puede explicarse por la concurrencia simultánea de los siguientes elementos:

**1) El desconocimiento operativo de los determinantes de la salud**

Para que una política intersectorial sea realmente operativa, es decir, para que *efectivamente* sirva para reducir la incidencia de un determinado problema de salud, es necesario que antes hayamos sido capaces de definir no sólo cuáles son los factores que han influido en la aparición de dicho problema, sino también el grado exacto de su influencia. No basta con decir que son factores de naturaleza medioambiental o socioeconómica los que influyen en este o aquel problema de salud; se requiere, por el contrario, llegar a precisar cuáles son esos factores —un exceso de CO<sub>2</sub>, por ejemplo— y cuál su influencia sobre el problema de salud que se esté evaluando —aumenta el número total de casos en, por ejemplo, un 2 %.

La razón por la que cualquier política intersectorial de salud precisa de un conocimiento de los factores de riesgo como el descrito es fácil de entender: si sólo dispusiéramos de información acerca de la naturaleza de los factores, ninguna acción intersectorial podría ser seriamente fundamentada sobre tal conocimiento, ya que, por un lado, resultaría imposible actuar sobre todas y cada una de las variables que influyen sobre conceptos tan vagos como el «entorno» o el «estilo de vida», y por otro, aunque lográramos actuar sobre alguna de estas variables, nuestro desconocimiento del grado de influencia exacta de éstas sobre el problema de salud que deseamos eliminar no nos permitiría estar demasiado seguros de la efectividad de nuestra actuación.

Las políticas intersectoriales iniciadas en España, y también en la mayoría de países de nuestro entorno, orientadas a la erradicación y moderación del consumo de tabaco y alcohol, respectivamente, constituyen un excelente ejemplo de cómo las acciones intersectoriales sólo se producen cuando previamente existe un conocimiento profundo de la proporción de riesgo atribuible a factores lo suficientemente desglosados. Así, tanto en el caso del alcohol como en el del tabaco, está ampliamente documentada la relación que existe entre la aparición de múltiples problemas de salud y el

---

políticos en la toma de decisiones públicas: en muchas ocasiones, por ejemplo, la probabilidad que tiene una nueva política de prosperar suele ser inversamente proporcional al poder de negociación de aquellos que salen perdiendo con la nueva medida.

consumo de alguna de estas dos sustancias <sup>125</sup>. La calidad y cantidad de la evidencia disponible resulta, sin embargo, muy inferior en el caso de otros factores de riesgo; situación ésta poco sorprendente si uno constata que no existen, ni en España ni en otros muchos países desarrollados, sistemas de información de base poblacional que recojan datos tanto de utilización sanitaria como de variables socioeconómicas, medioambientales y de estilos de vida.

Pese a ello, el que en España no exista más información susceptible de fundamentar el desarrollo de acciones intersectoriales de salud efectivas no es algo que no pueda superarse con medios económicos y voluntad política; la experiencia comparada así lo confirma: en el caso de la provincia canadiense de Manitoba, por ejemplo, la constatación a través de un sistema de información de salud —que incluía variables socioeconómicas— de que el peso al nacer de los niños dependía de factores no relacionados con la atención prenatal, posibilitó el que se desarrollara en dicha provincia una política intersectorial de atención al embarazo (Roos, N. et al., 1996).

## **2) La falta de conexión de los planes de salud con los planes de servicios**

Atendiendo a los objetivos y actividades, los Servicios Sanitarios pueden ser clasificados —desde una perspectiva teórica— en dos grandes grupos: los *Servicios Asistenciales* y los *Servicios de Salud Pública*. Los primeros, que incluyen tanto la asistencia especializada como la atención primaria, realizan funciones basadas en servicios personalizados y tienen como objetivo el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades, así como el cuidado de enfermos y discapacitados. Los Servicios de Salud Pública, que realizan funciones de vigilancia y protección de la salud desde una óptica poblacional, tienen como objetivo la protección y la promoción de la salud.

En base a la clasificación anterior, parece evidente que deberían ser los Servicios de Salud Pública los encargados de operativizar las grandes directrices que en materia de prevención y promoción apuntaban los planes de salud de las distintas administraciones sanitarias. Sin dicha operativización, que consiste en traducir los objetivos sobre indicadores de salud y factores de riesgo (propios de los planes de salud) al lenguaje de los proveedores sanitarios (servicios medibles e incentivables), las recomendaciones de dichos

---

<sup>125</sup> En el caso del tabaco, por ejemplo, un estudio de González, G. et al. (1989) atribuye al consumo de esta sustancia el 13 % de todas las muertes ocurridas en España, de ellas el 27,2 % son cardiopatías isquémicas, el 21 % cánceres de pulmón, el 18,8 EPOCs (EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y el 16,7 % accidentes cerebrovasculares.

Planes se quedan en buenas intenciones. Y esto último es, desgraciadamente, lo que ha ocurrido en España, por dos motivos: en primer lugar, por el escaso desarrollo que en nuestro país han registrado los Servicios de Salud Pública, y en segundo lugar por la imposibilidad de que ante esta situación fueran los Servicios Asistenciales los que asumieran el diseño de unos programas cuya correcta puesta en marcha precisaba de unos recursos humanos y materiales con los que no contaba ni la atención primaria ni, por supuesto, la atención especializada.

La escasez de servicios de salud pública se ha revelado, pues, como el principal obstáculo en el desarrollo de las recomendaciones de actuación intersectorial contenidas en los planes de salud <sup>126</sup>.

### **3) Una política sanitaria basada en los servicios asistenciales**

La asociación inmediata que en nuestro país se produce entre problema de salud y solución en términos de asistencia sanitaria viene motivada, probablemente, por el hecho de que esta última es el único de los determinantes de la salud que se financia públicamente —al menos como tal determinante y de forma consciente—. Así, pese a los múltiples factores que influyen en el estado de salud, las valoraciones críticas acerca de nuestro sistema sanitario se suelen centrar en los desenlaces clínicos de la atención médica y en la calidad de la atención prestada por las instituciones sanitarias, pero no en la salud de la población. No es extraño, por tanto, que en una atmósfera como la descrita haya sido escasa la atención prestada a unos programas, los de salud intersectorial, cuyo objetivo es el de actuar sobre factores no directamente relacionados con la asistencia sanitaria.

Por otro lado, la solución de los acuciantes problemas financieros que viene sufriendo nuestro sistema sanitario exige, o al menos así se ha entendido desde la administración, emprender acciones cuyos efectos se dejen sentir en el corto plazo; esta necesidad de resultados inmediatos contrasta, sin embargo, con el tipo de rendimiento que puede obtenerse de la puesta en marcha de políticas intersectoriales de salud cuyos efectos positivos, de existir, suelen manifestarse transcurridos varios años.

Estos aspectos, que por sí solos explicarían el escaso desarrollo de las políticas intersectoriales reclamadas en los planes de salud,

---

<sup>126</sup> Cabe añadir, sin embargo, que esta situación deja de resultar sorprendente cuando se constata que una de las autonomías que con mayor firmeza apostó por el desarrollo de Servicios de Salud Pública, la Comunidad Valenciana, sólo destinó en 1992 a este tipo de actividades, el 2 % de su presupuesto sanitario (García Benavides, 1992).

también han influido sobre los factores a los que hacíamos referencia en los dos apartados anteriores: por un lado, los análisis acerca de los determinantes de la salud, que recordemos constituían un requisito indispensable para fundamentar acciones de corte intersectorial, no han sido considerados prioritarios a la hora de definir la agenda de investigación. Por otro lado, la identificación «problema de salud —respuesta asistencial—» ha condicionado el reparto de fondos entre los distintos servicios sanitarios, con el consiguiente perjuicio para los Servicios de Salud Pública cuyo escaso desarrollo, como ya hemos comentado, ha obstaculizado la operativización de las medidas intersectoriales contenidas en los planes de salud.

No obstante, el hecho de que el espectacular incremento del gasto en asistencia sanitaria acontecido en las últimas décadas no haya comportado —ni en España ni en el resto de países desarrollados— una mejora en los niveles de salud de la magnitud que se esperaba, explicaría, según algunos autores, la revalorización que se ha producido del papel que deberían jugar los Servicios de Salud Pública. Sin entrar a valorar hasta qué punto esta afirmación se corresponde con la realidad, lo que sí es cierto es que en España han proliferado en los últimos años varias Escuelas de Salud Pública: el Instituto Valenciano de Salud Pública, la Escuela Andaluza de Salud...

Pese a que la creación de dichas instituciones ha contribuido de forma importante a la obtención de más y mejor información acerca de los factores que influyen en los problemas de salud de la *población*, lo cierto es que, hasta el momento, son pocas las actuaciones genuinamente intersectoriales desarrolladas en nuestro país: una de ellas, llevada a cabo por el Ayuntamiento de Barcelona, es analizada en el próximo apartado con la única intención de ilustrar —a través de una experiencia concreta— los elementos que caracterizan a una política intersectorial de salud <sup>127</sup>.

## **II.C. Un ejemplo de política intersectorial de salud: asistencia sociosanitaria a indigentes tuberculosos en la ciudad de Barcelona**

El programa de «asistencia sociosanitaria a indigentes tuberculosos» surgió tras la constatación por parte del Ayuntamiento de

---

<sup>127</sup> El lector interesado podrá encontrar en *Benach y Navarro (1996)*, además de la experiencia que aquí se comenta, la descripción de dos programas intersectoriales más: el plan integral de lucha contra la pobreza, llevado a cabo en Euskadi entre los años 1988 y 1992, y el programa de atención a la salud materno-infantil, desarrollado entre 1987 y 1992 por el Ayuntamiento de Barcelona en el barrio económica y socialmente más deprimido de la ciudad (Ciutat Vella).

Barcelona de los cuatro hechos siguientes: En primer lugar, las altas tasas de incidencia de tuberculosis en el Distrito de Ciutat Vella; segundo, la alta concentración de población con muchos factores de riesgo para contraer la tuberculosis: ancianos, toxicómanos, personas sin hogar, familias con graves problemas sociales e inmigrantes de países hiperendémicos; tercero, algunos pacientes de Ciutat Vella ingresaban y reingresaban frecuentemente en hospitales de alta complejidad debido a la falta de domicilio estable y a su baja adherencia a los largos tratamientos antituberculosos; y finalmente, el coste de un solo día de estancia hospitalaria ahorrado permitía financiar toda una semana a un indigente enfermo de tuberculosis.

Los objetivos del programa fueron dos: asegurar tratamiento, comida y alojamiento a los enfermos tuberculosos, marginados o sin recursos económicos y proporcionarles atención social primaria. Los criterios de admisión tenían lugar ante las siguientes situaciones: desempleo, alcoholismo, toxicomanía en estado no activo, desestructuración familiar y falta de domicilio fijo.

De la evaluación del programa podemos destacar cinco aspectos: primero, el número de casos atendidos fue de 210 (entre el 10 y el 21 % anual de tuberculosis en residentes del distrito). Se atendió a más del 75 % de los tuberculosos indigentes declarados en el distrito, especialmente alcohólicos e indigentes. La población toxicómana contaba con un programa propio que supervisaba el tratamiento antituberculoso, por lo que sólo fueron atendidos un 25 % del total de tuberculosos toxicómanos de Ciutat Vella; segundo, las tasas anuales de tuberculosos indigentes en el Distrito de Ciutat Vella (1987-1992) disminuyeron significativamente, al tiempo que se estabilizaban las tasas de Barcelona ciudad; tercero, menos del 20 % del total de pacientes abandonaron el tratamiento, una proporción muy inferior a la habitual en estas poblaciones; cuarto, se redujeron los días anuales de estancia hospitalaria por tuberculosis (excluidos los seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana) a menos de la mitad de 1986 a 1992, así como el total de ingresos y estancia media; finalmente, desde el punto de vista económico, el programa fue muy eficiente ya que se ahorró el doble de dinero que fue invertido.

En 1993 el programa fue sustituido por el establecimiento de una residencia destinada a enfermos tuberculosos procedentes de toda Cataluña, financiada conjuntamente por los Departamentos de Sanidad y de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya.



### **III. EL CONTROL DEL GASTO SANITARIO DESDE UNA PERSPECTIVA MACROECONOMICA**

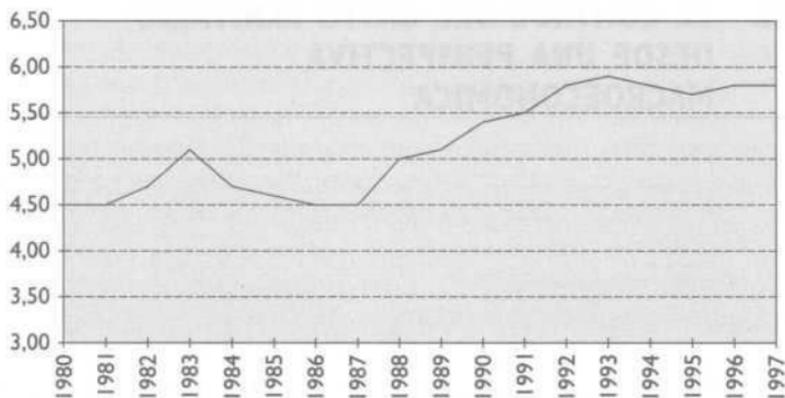
#### **III.A. La sostenibilidad del gasto público en sanidad**

##### **1) *Evolución reciente del gasto sanitario público en España***

Desde hace ya algunos años, un tema recurrente en los debates políticos y académicos europeos viene siendo el relativo a la sostenibilidad o no de los sistemas de protección social que han venido configurando el denominado Estado del Bienestar. En dicho debate, el futuro de la sanidad pública —ya sea por la notable valoración social que recibe entre la ciudadanía, o por el importante volumen de recursos que la sanidad absorbe— ha merecido una especial atención.

La discusión actual se centra en la sostenibilidad de los ritmos de crecimiento de dicho gasto, entendida ésta como viabilidad de su financiación, a la vista de los sistemas sanitarios públicos en su actual configuración. Para justificar la necesidad de emprender algún tipo de reforma, un argumento frecuentemente esgrimido ha sido el carácter exógeno de algunos factores que concurren en el gasto sanitario, como es el caso de la incidencia que en éste tiene la transición demográfica. Otros argumentos se sitúan en el plano de las variables endógenas a la gestión (eficiencia en la provisión de servicios), tecnológicas (ritmos de adopción de determinadas innovaciones), o de la planificación (territorialización de servicios y medidas de acompañamiento). Sin embargo, el gasto sanitario público ha experimentado en pocos años un crecimiento de tal magnitud que difícilmente pueda ser reflejo exclusivo de una sola causa. El gráfico 6 caracteriza la evolución española del gasto

**GRAFICO 6**  
**Porcentaje de gasto público sobre el PIB.**  
**Evolución 1980-97**



FUENTE: Elaboración propia a partir de OCDE Health Data File 1998.

público en sanidad a partir del porcentaje que éste ha representado sobre el PIB en el período 1980-1995, último año sobre el que se dispone de la cifra real de gasto sanitario público.

Una primera observación de las cifras revela que a partir de 1988, y tras un período que combina una etapa de crecimiento paulatino (1980-1983) con otra de disminución sostenida (1984-1987), el porcentaje de recursos de la economía absorbido por la sanidad pública ha experimentado un aumento continuado e ininterrumpido hasta alcanzar un valor máximo del 5,90 % en 1993, cifra que ha disminuido ligeramente en años posteriores (5,80 % en 1997). De modo alternativo, puesto que tanto el PIB como el gasto sanitario público están expresados en valores corrientes, lo que también ponen de manifiesto los datos anteriores es que el comportamiento de las tasas interanuales de crecimiento nominal ha sido distinto para ambas variables según el período que se considere. Así, por ejemplo, el ritmo de crecimiento exhibido por el gasto corriente en que ha incurrido la sanidad pública entre los años 1988 y 1995 fue superior al que experimentó, durante ese mismo período, el PIB —medido éste también en pesetas corrientes—.

En la situación actual, los ratios alcanzados pueden juzgarse como altos o bajos obviamente, según a quién nos comparemos, a qué partidas nos refiramos y, en caso de seguir para ello una senda de evolución temporal, a la vista de cuál sea el punto de referencia

de partida. Todo apunta a que, ajustando por la renta del país, España tiene prácticamente el gasto sanitario público *per capita* que le corresponde bajo una supuesta «norma comparativa» (véase sobre este extremo López e Ibern, 1995). A su vez, el crecimiento del gasto sanitario *per capita* en términos reales ha sido muy importante, en particular el del gasto público, cuyo porcentaje sobre el total ha ganado peso respecto al financiado privadamente (5 puntos entre 1981 y 1991; esto es, el privado ha pasado a representar el 20 % en lugar del 25 % inicial).

Sin embargo, como mencionábamos anteriormente, la cuestión que actualmente preocupa no es tanto la que hace referencia a si el nivel de gasto alcanzado es o no homologable al exhibido por el resto de países de nuestro entorno, sino más bien la relativa al grado en que las actuales tasas de crecimiento del gasto sanitario público resultan o no encajables en los escenarios de ingresos fijados para el sector público español en la convergencia europea. La práctica totalidad de formaciones políticas sostienen que este encaje sólo resulta posible si el gasto sanitario público, a diferencia de lo que ha ocurrido en los últimos tiempos, exhibe en el futuro unos ritmos de crecimiento paralelos a los del PIB nominal. Para pronunciarse sobre la plausibilidad de esta posibilidad es necesario, sin embargo, que primero examinemos cuáles han sido los factores determinantes de la evolución registrada por el gasto sanitario público español en los últimos años, ya que dicha caracterización será la que nos permita aventurar —no sin reservas— en qué medida puede resultar razonable o no admitir la estabilización futura del actual porcentaje que sobre el PIB representa el gasto público en Sanidad.

## **2) La descomposición del gasto sanitario público en sus factores determinantes: aplicación al caso español**

La perspectiva más usual para descomponer en una serie de factores el crecimiento del gasto sanitario se basa en la propuesta de la OCDE (1987). El método en cuestión, como han puesto de manifiesto Shieber y Poullier (1989), postula que los cambios que acontecen en el volumen corriente del gasto sanitario público de un país son producto de: (i) la evolución de la población y de su estructura etaria, (ii) cambios en la tasa de cobertura del sistema, (iii) variaciones en los precios de la prestación sanitaria y (iv) modificaciones en la prestación real media <sup>128</sup>. Lo anterior puede

<sup>128</sup> Este último concepto hace referencia a todos aquellos cambios que afectan tanto a la calidad como a la cantidad de los servicios sanitarios prestados por la Administración.

expresarse analíticamente, utilizando una notación basada en tasas de crecimiento, mediante la siguiente identidad:

$$\Delta IGSP_t = \Delta IFD_t \times \Delta ITC_t \times \Delta IPSM_t \times \Delta IPS_t \quad (I)$$

Donde,

- GSP: Gasto sanitario público  
 FD: Factor demográfico (población ajustada por el grado de envejecimiento)  
 TC: Tasa de cobertura de la asistencia sanitaria pública  
 PSM: Prestación sanitaria real media por persona menor de 65 años  
 IPS: Índice de precios de la prestación sanitaria pública

En principio, no parece complicado cuantificar cada uno de los componentes que la identidad (I) considera determinantes de la evolución del gasto sanitario público<sup>129</sup>, a excepción del factor relativo a las variaciones en la prestación sanitaria real media —también denominado «factor utilización»—. Por la propia naturaleza de este último concepto, que recordemos hacía referencia a algo tan impreciso como son los cambios en la intensidad y volumen de las prestaciones, es lógico que su cuantificación a nivel agregado no esté disponible. Pese a ello, por tratarse la expresión (I) de una identidad, los cambios en el factor utilización pueden ser calculados residualmente a partir de aquélla del modo siguiente:

$$\Delta IPSM_t = \frac{\Delta IGSP_t}{\Delta IFD_t \cdot \Delta ITC_t \cdot \Delta IPS_t}$$

Pese a que la metodología propuesta presenta algunos problemas de orden conceptual<sup>130</sup>, dos recientes estudios, uno a cargo de *Barea y Fuentes (1997)* y otro de *Blanco y De Bustos (1996)* han abordado la cuestión sobre cuáles han sido los factores determinantes de la evolución del gasto sanitario público en España en los últimos años, siguiendo en ambos casos una metodología inspirada en la propuesta por la OCDE. Los resultados obtenidos en cada uno de estos dos trabajos se reproducen a continuación (*tablas 26 y 27*).

<sup>129</sup> Cabe precisar que la expresión (I), por el modo en que ha sido obtenida, no permite ser interpretada en términos causales.

<sup>130</sup> Como argumentan *López Casanovas y Casado (1997)*, la metodología propuesta por la OCDE adolece de dos problemas fundamentales. El primero aparece fruto del excesivo grado de agregación con que se plantea el análisis y versa sobre la imposibilidad de determinar, por ejemplo, en qué medida un aumento de la prestación real media responde a innovaciones tecnológicas o a cambios organizativos. Por otro lado, el segundo de los problemas señalado es el relativo a la validez de la hipótesis que legitima el considerar en el cálculo del factor demográfico, además del simple crecimiento vegetativo de la población, el grado de envejecimiento de ésta.

TABLA 26

**Descomposición de la evolución del gasto público sanitario en sus factores determinantes. Tasas anuales de crecimiento acumulativo entre 1980 y 1993 (%)**

Gasto nominal . . . . .	14,47
Precios servicios sanitarios . . . . .	9,86
Gasto real . . . . .	4,20
Factor demográfico . . . . .	0,35
Envejecimiento población . . . . .	0,42
Tasa de cobertura . . . . .	1,39
Prestación real media . . . . .	1,96

FUENTE: Elaboración propia a partir del Cuadro 14 de Barea y Fuentes (1997).

TABLA 27

**Descomposición de la evolución del gasto público sanitario en sus factores determinantes. Variaciones interanuales. 1986-92**

Años	Gasto Sanitario Público	Tasa de cobertura sanitaria: porcentaje de población protegida	Población menor de 65 años (P.)	Población mayor de 65 años (P.)	Factor demográfico (P1 + 3,3 P2)	Índice de precios sanitarios	Prestación sanitaria real media por persona
1986							
1987 . . . . .	12,36	0,08	-0,08	2,49	0,73	5,15	5,99
1988 . . . . .	13,80	0,35	-0,13	2,61	0,75	5,16	7,03
1989 . . . . .	20,58	-0,18	-0,16	2,64	0,75	4,97	14,22
1990 . . . . .	12,83	1,95	-0,19	2,60	0,74	5,41	4,23
1991 . . . . .	15,86	1,56	-0,17	2,58	0,77	5,96	6,84
1992 . . . . .	17,02	0,00	-0,14	2,57	0,79	7,40	8,10
Tasa anual acumulativa 86-92 (%) . . . . .	15,37	0,62	-0,14	2,58	0,76	5,67	7,69

FUENTE: Blanco y De Bustos (1996).

Salvando las pequeñas diferencias metodológicas que existen entre uno y otro trabajo, las instantáneas que ofrecen cada uno de los dos análisis sobre la importancia relativa de los distintos factores guardan entre sí un escaso parecido. Así, mientras Barea y Fuentes Quintana concluyen que el factor que en mayor medida explica la evolución del gasto es la variación de los precios, para Blanco y De Bustos el factor determinante es el fuerte incremento que la prestación real media ha experimentado. Sin embargo, ambos resultados son compatibles, ya que se refieren a distinto período. En este sentido, los datos facilitados por López i Casanovas y Casado (1997), referidos al período 1980-1995 y reproducidos en la tabla 28, permiten visualizar el por qué de la aparente contradicción.

Los datos parecen confirmar que, efectivamente, la evolución registrada por el GSP en el pasado reciente viene marcada por dos etapas distintas en cuanto a cuál haya sido la importancia relativa

**TABLA 28**  
**Descomposición de la evolución del gasto público sanitario en sus factores determinantes. Variaciones interanuales. 1980-95**

Años	Gasto Sanitario Público	Tasa de cobertura sanitaria: porcentaje de población protegida	Población menor de 65 años <sup>1</sup> (P.)	Población mayor de 65 años <sup>1</sup> (P.)	Factor demográfico (P <sub>1</sub> + 3,3 P <sub>2</sub> )	Índice de pre-clos sanitarios	Prestación sanitaria real media por persona
1980	—	—	—	—	—	—	—
1981	13,62	0,72	0,04	4,18	1,23	14,59	-2,76
1982	18,81	1,07	0,83	2,85	1,43	12,47	3,04
1983	23,22	1,30	0,39	1,38	0,69	14,16	5,82
1984	5,29	4,78	0,21	2,17	0,80	9,96	-9,34
1985	7,74	5,12	0,15	2,08	0,74	8,62	-6,34
1986	10,74	1,16	0,11	2,01	0,70	7,85	0,79
1987	12,60	0,08	-0,05	2,76	0,83	5,98	5,25
1988	24,86	0,35	-0,22	3,45	0,96	5,16	16,86
1989	14,00	-0,18	-0,03	1,76	0,56	4,97	8,19
1990	18,78	1,95	-0,16	2,48	0,71	5,41	9,76
1991	13,03	1,56	-0,73	3,99	0,86	6,67	3,44
1992	9,28	0,00	-0,15	2,52	0,78	9,56	-1,03
1993	8,00	0,00	-0,18	2,50	0,77	2,49	4,58
1994	11,18	0,00	-0,23	2,46	0,74	4,66	5,45
1995	7,21	0,00	-0,25	2,45	0,75	4,92	1,43
Tasa anual acumulativa 80-86 (%)	13,07	2,34	0,29	2,44	0,93	11,25	-1,61
Tasa anual acumulativa 87-95 (%)	13,16	0,49	-0,24	2,70	0,77	5,46	5,96
Tasa anual acumulativa 80-95 (%)	13,08	1,20	0,02	2,60	0,84	7,77	2,82

NOTAS: <sup>1</sup> Datos facilitados por el M.º de Sanidad y Consumo.

<sup>2</sup> 1980-1985: Ecosante. OCDE (1995). 1986-1995: INE (1997).

FUENTE: López Casanovas y Casado (1997).

de cada uno de los factores considerados determinantes de aquella evolución. Un primer período, que comprende aproximadamente la primera mitad de los 80, en que fue el comportamiento de los precios sanitarios el que en mayor medida determinó la evolución del GSP. Y un segundo, que va de 1987 a 1995, en que el factor determinante de la evolución del gasto pasó a ser la prestación real media. En este punto, la incógnita que surge de modo natural es anticipar cuál pueda ser el comportamiento más probable de dichos factores en el futuro, pues este comportamiento será el que en gran medida determine si la financiación del gasto sanitario puede o no tener cabida dentro de las previsiones macroeconómicas de crecimiento futuro del PIB.

### 3) Predicciones acerca de la evolución futura del GSP

Siendo los precios sanitarios en buena medida endógenos en la sanidad pública (salarios de los profesionales) y las variaciones demográficas predecibles, se trata simplemente de comprobar hasta qué punto la evolución de la utilización media esperada podrá

tener cabida en la financiación que permita el crecimiento del PIB nominal. Barea y Fuentes (*op. cit.*) sostienen que si en el medio plazo la evolución de la prestación real media se estabiliza en torno al 2 % de incremento interanual que actualmente exhibe, y dado que entre los años 1980 y 1993 ese habría sido el ritmo de crecimiento anual acumulativo de dicha variable, el porcentaje que el GSP representa sobre el PIB no registrará cambios significativos. Como pone de manifiesto la *tabla 29*, si efectivamente el factor utilización creciera al ritmo supuesto por Barea y Fuentes, la conclusión de sostenibilidad que ambos autores sugieren sería correcta.

**TABLA 29**  
Escenario de evolución futura del GSP bajo la hipótesis de que la prestación real media crece a una tasa del 2 % anual. Variaciones interanuales. 1996-1999

Años	Gasto Sanitario Público % increm. estimado	Tasa de cobertura sanitaria	Factor demográfico ( $P_1 + 3,3 P_2$ ) <sup>3</sup>	Índice de precio sanitarios <sup>4</sup>	Prestación sanitaria real media por persona	GSP estimado (mil. de mill.)	PIB estimado <sup>5</sup> (mil. de mill)	% GSP estim. sobre PIB estimado
1995 <sup>1</sup>	—	—	—	—	—	4,342	69,778	6,22
1996 <sup>2</sup>	7,04	0,00	0,73	4,18	2,00	4,648	73,579	6,32
1997 <sup>2</sup>	6,25	0,00	0,70	3,44	2,00	4,938	81,005	6,10
1998 <sup>2</sup>	6,06	0,00	0,66	3,30	2,00	5,238	86,815	6,03
1999 <sup>2</sup>	5,80	0,00	0,62	3,06	2,00	5,541	91,245	6,07

NOTAS: <sup>1</sup> Valores reales.

<sup>2</sup> Predicciones.

<sup>3</sup>  $P_1$ , población menor de 65 años.

$P_2$ , población con 65 años o más.

<sup>4</sup> Estimaciones de Blanco y De Bustos (*op. cit.*).

<sup>5</sup> 1995-1996: Datos definitivos. INE (1997). *Boletín Mensual de Estadística*, marzo.

1997-1999: Estimaciones de la D.G. de Planificación del M.º de Ec. y Hac.

FUENTE: Elaboración propia.

Sin embargo, y aun salvando los problemas que subyacen a la utilización de la descomposición de la OCDE con fines predictivos<sup>131</sup>, el que se admita como más o menos probable el escenario de estabilidad predicho por Barea y Fuentes va a depender, fundamentalmente, del grado de credibilidad que concedamos al supuesto mantenimiento de la evolución de la prestación real media en un 2 %. Las dudas a este respecto son varias:

- *Evolución pasada de la prestación real media.* El hecho de que consideremos la prestación real media estabilizada en un 2 %

<sup>131</sup> Véase, para una breve descripción de los mismos, López i Casanovas y Casado (1997).

exige aclarar el por qué de dicha estabilización. ¿Qué cambios en las variables que influyen sobre la prestación real media han hecho posible que ésta haya abandonado las fuertes tasas de incremento interanual del período 1987-1993 —siempre superiores al 4 %—, para situarse en el modesto 2 % actual? ¿Son los efectos de estos cambios, en el caso de que puedan ser identificados, transitorios o permanentes?

- *Márgenes de maniobra de la acción gubernamental en el medio plazo.* Si bien es cierto que la evolución de la prestación real media depende de decisiones del gobierno, de ello no se desprende que aquélla pueda ser fácilmente controlada por éste. Dicha evolución del factor utilización va a depender de una serie de variables (la capacidad de resolución del sistema a través de alternativas asistenciales de menor coste, el nivel de frecuentación de los servicios y la evolución en la intensidad de cuidados asistenciales y/o del grado de «intensividad» de la tecnología por episodio asistencial), cuyo manejo por parte de la Administración resulta, cuanto menos, complicado. Así, la frontera tecnológica se mueve en sanidad de modo acelerado (los fármacos combinados en el tratamiento del SIDA como nuevo reto), la población envejece, aumenta la esperanza de vida y se aspira a mejoras en la calidad con la que ésta se vive (haciéndose borrosa, en este extremo, la separación entre el gasto sanitario y el gasto social). En cualquier caso, lo que aquí queremos destacar es que la evolución de la prestación sanitaria media se mueve en sanidad por impulsos tecnológicos en gran medida exógenos a las autoridades sanitarias (las capacidades de tratamiento se expanden, aunque no siempre con ratios de coste-efectividad validados), pero también de la mano de los ciudadanos, en sociedades cada vez más medicalizadas, que aspiran a que la sanidad asista y cure casi todo. En consecuencia, para los políticos, abrir camas suele suponer ganar votos, aunque gestionarlas pueda hacerlos perder.

En resumen, a la vista de la naturaleza de los factores que van a influir en la evolución futura del gasto sanitario, de la evolución reciente de dichas variables y del tipo de medidas políticas que su control requeriría, existen dudas en torno a la posibilidad, planteada por *Barea y Fuentes Quintana*, de que con la evolución de la renta prevista no hará falta modificar la presión fiscal o introducir nuevos ingresos para la financiación del gasto sanitario.

Si estas dudas se materializaran, el efecto que generaría la actual pretensión de vincular el crecimiento del gasto sanitario público a la evolución del PIB nominal sería, probablemente, el mismo que se ha producido en el pasado de forma reiterada, a saber, la

aparición de déficits como respuesta a la infrapresupuestación. En este sentido, el próximo apartado trata de definir la magnitud y las causas de los actuales déficits, sugiriendo un conjunto de medidas que pueden de algún modo contribuir a su solución en el medio plazo.

### III.B. Los déficits de la sanidad pública española

#### 1) La cuantificación del problema

Los déficits incurridos por la sanidad pública española durante los últimos años no pueden, a la luz de los datos que se presentan a continuación, ser considerados una cuestión menor.

**TABLA 30**  
**Evolución de presupuestos y gastos INSALUD estatal**  
**(millones de pesetas). Años 1981-1996**

Año	Presupuesto inicial	% Increment.	Presupuesto liquidado	% Increment.	Gasto efectivo	% Increment.	Increment. PIB Nominal
1981	605.401	...	654.313	...	...	...	12,37
1982	695.447	14,8	762.498	16,5	...	...	15,70
1983	800.436	15,1	843.590	10,6	...	...	14,24
1984	875.214	9,3	900.756	6,8	...	...	13,26
1985	970.354	10,9	1.015.666	12,8	...	...	10,51
1986	1.049.032	8,1	1.154.811	13,7	...	...	14,66
1987	1.155.019	10,1	1.307.647	13,2	...	...	11,78
1988	1.350.682	16,9	1.497.547	14,5	1.640.000	...	11,11
1989	1.574.005	16,5	1.795.841	19,9	1.892.000	15,4	12,17
1990	1.851.144	17,6	2.065.984	15,0	2.171.000	14,7	11,32
1991	2.108.863	13,9	2.259.351	9,4	2.474.869	14,0	9,48
1992	2.389.141	13,3	2.564.707	25,9	2.755.858	11,4	7,47
1993	2.671.321	11,8	2.988.417	5,1	2.933.240	6,4	3,23
1994	2.845.480	6,5	3.225.516	7,8	2.982.301	1,7	6,23
1995	3.224.068	14,0	3.314.456	3,2	3.228.734	8,9	7,85
1996	3.484.068	8,1	3.256.045	6,4	n.d.	n.d.	6,40

NOTAS: Las liquidaciones de 1992 y 1993 no computan la operación de Saneamiento de Obligaciones anterior a 1991. El Plan de Saneamiento de 1992 y 1993 asciende respectivamente a 280.558 y 140.282 millones de pesetas.

FUENTE: Dirección General de Programación Económica. Junio de 1994 (citado por J. Elola, mimeo), y elaboración propia a partir de distintas estimaciones.

De ello destaca:

- Unos incrementos, ya de entrada en gasto presupuestado, muy por encima del que ha sido, excepto para la etapa 1984-87, el aumento del PIB nominal.
- Una desviación, vía modificaciones presupuestarias ordinarias, en las cifras de gasto liquidado respecto de las inicialmente presupuestadas de dos dígitos en la mayoría de los años. Entre

1988 y 1993 la desviación entre el gasto efectivo y el presupuestado inicialmente no ha bajado del 10 %, alcanzando cifras, normalmente, del 18 %. Ello ha creado una cultura de laxitud presupuestaria muy peligrosa para la gestión pública.

- c) La aparición, siempre que ha resultado políticamente factible, de un reconocimiento de déficits por obligaciones no liquidadas, que al imputarse en anualidades ha incrementado el diferencial entre gasto inicial, gasto liquidado y efectivo. Este ha sido el caso en todos los años.

En conjunto, las operaciones de saneamiento realizadas en 1989 y 1992 han sido respectivamente de 271.719 y 561.122 millones de pesetas. En consecuencia, tras haber periodificado en 1992 la deuda contraída acumulada en diversos años anteriores, el gasto efectivo que aflora tiene poco que ver con las cifras liquidadas del año en cuestión —es decir, antes de imputar a dicho ejercicio el exceso de gasto—, y por supuesto, de las presupuestadas <sup>132</sup>. Sin considerar el crédito extraordinario, se registró una insuficiencia financiera de 68.000 millones de pesetas para el año 1992 y de 56.500 millones para 1993, sin contar, en este caso, el suplemento de crédito.

El Grupo de Trabajo sobre Financiación Sanitaria creado al efecto de revisar la deficiente financiación autonómica estableció un calendario de saneamiento para atender dichas insuficiencias. Estas partidas irían en parte a presupuesto inicial y en parte a suplementos de crédito para los próximos cuatro años. Incluso en su programación se incorporan ya las previsiones sobre insuficiencias «normales», solucionadas año tras año a través de créditos ampliables. Todo ello complica, en gran medida, el conocimiento de los gastos reales de los distintos ejercicios. Por ejemplo, el acuerdo de septiembre de 1994 del Consejo de Política Fiscal y Financiera ha acabado reconociendo una deuda generada entre 1992 y 1993, no incluida en las anteriores operaciones de saneamiento, por un montante de 290.000 millones de pesetas, no contabilizado en su día por falta de presupuesto.

A la insuficiencia financiera general que resulta de aplicar a los niveles actuales una financiación vinculada al PIB nominal se añaden los potenciales recortes derivados del denominado escenario de consolidación de gasto. En 1996 se pretendió aumentar a 152.000 millones los 90.000 millones iniciales del año 1994. Como resultado, muchos gestores del gasto sanitario no vislumbran otro instru-

<sup>132</sup> Véase N. Sanfrutos: «El presupuesto sanitario en el contexto de la Seguridad Social», *Presupuesto y Gasto pública*, 1993, 10: 101-102.

mento para afrontar la propuesta reducción del gasto que la infra-presupuestación. Ello parece estar generando aportaciones financieras adicionales, por parte de algunas comunidades autónomas, al presupuesto inicial en salud por habitante y año, en términos medios, de 8.025 pesetas; esto es, en torno a un 8 % del total del gasto financiado según los mecanismos de financiación territorial.

Las deudas históricas del Insalud y de las Comunidades Autónomas se saldaron parcialmente con un acuerdo entre los Ministerios de Sanidad, Economía y Hacienda y las Comunidades autónomas en verano de 1992. Se reconoció un montante de 561.000 millones de pesetas. La deuda se debía de pagar en tres años (50 %, 25 % y 25 %). La fórmula utilizada consistió en una emisión de deuda pública en la que el Estado paga el principal y las Comunidades Autónomas los intereses. El punto conflictivo de la asignación de la financiación correspondiente al primer año se resolvió con el criterio del Ministerio de Economía y Hacienda de dedicar el crédito del primer año a pagar las deudas de la Seguridad Social, lo que no satisfizo a los proveedores sanitarios con importantes créditos pendientes.

En conjunto, entre 1988 y 1994 el déficit creado fue de 835.000 millones de pesetas, un 40 %, aproximadamente, por encima del crecimiento del PIB nominal. La prórroga en 1996 del presupuesto de 1995 se acompañó de un suplemento de crédito cercano a los 390.000 millones de pesetas para financiar: (i) los 250.000 millones derivados del Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de septiembre de 1994, y (ii) 140.000 millones de pesetas para sustituir financiación de cotizaciones por una mayor aportación del Estado. El primero de los aumentos se concretó en 175.500 millones para el presupuesto de gestión transferida y 74.500 millones para el de gestión directa.

## **2) *La naturaleza del problema: insuficiencia financiera frente a déficits de gestión***

En la actual situación resulta inescrutable qué parte del déficit sanitario se debe a problemas de insuficiencia financiera y qué parte a problemas de gestión. El precio a pagar por este río revuelto es que se den ganancias de pescadores inevitables a estas alturas. Detectar los segundos (problemas de gestión) exige hoy, posiblemente, solventar los primeros (suficiente financiación). Ello obliga a que se deban aflorar de nuevo, y esperemos por última vez, las cifras de gasto real: la infrapresupuestación crónica, maquillaje de presupuestos, y en cierto modo burla de Parlamentos, tiene que vislumbrar su fin. Se trata de una condición necesaria, aunque quizás no suficiente, para exigir, efectivamente, responsabilidades

de gestión. La presupuestación de gasto inicial por debajo del que se sabía que se iba a liquidar, y más aún del que no se hacía efectivo porque no se sabía o ignoraba, ha creado una cultura de laxitud presupuestaria muy peligrosa para la gestión pública. Entre 1988 y 1993, como veíamos, la desviación entre el gasto efectivo y el presupuesto inicial no ha bajado del 10 %. El presupuesto asignado se ha visto como insuficiente por parte de los responsables de la Administración sanitaria, tanto a escala estatal como autonómica, lo que ha favorecido un débil traslado de la restricción financiera a los niveles inferiores de gestión.

El carácter de «residuo de residuos» con el que se configuró en su día la prestación sanitaria dentro del presupuesto de la Seguridad Social, y el uso y abuso de las modificaciones de crédito con el que se actuó, han sido, sin duda, factores explicativos de la situación creada.

A su vez, ello ha generado una actitud, por parte de los gestores del sistema sanitario público, de huida hacia adelante, de «tonto el último», como se dice coloquialmente, ante la expectativa —fundada— de que tarde o temprano se reharía el mapa de gasto de cada uno, y cuanto mayor fuera en dicho momento el gasto histórico, mayor la alícuota de financiación futura. Y ello, ante el cierto «desespero» de algunos analistas que reclamaban medidas de intervención y un fuerte revulsivo del *status quo*: sin faltar evidencia ni convencimiento de los resultados de evaluaciones concretas disponibles, el descontrol no ha implicado penalización alguna en nuestra política sanitaria.

### **III.C. El futuro de la financiación sanitaria**

El sistema sanitario, en los escenarios fijados para el sector público español en la convergencia europea, atraviesa por una situación financiera muy compleja. De modo adicional a lo que reflejan objetivamente las cifras, se ha generalizado en ciertos sectores económicos el convencimiento de que resulta imposible financiar el actual ritmo de crecimiento del gasto sanitario, a la vez que domina un sentir bastante generalizado acerca de una deficiente gestión de los recursos públicos puestos a disposición del sistema sanitario. Los déficits alcanzados, que también deben ser entendidos como presupuestación insuficiente, han sido destacados por políticos y medios de comunicación como inabarcables a la vista de la precaria situación en la que se encuentran las finanzas públicas. Por otro lado, se mantienen en el sistema sanitario, pese al aumento de gasto registrado desde la década de los ochenta, un cúmulo de presiones que no permiten ser optimistas en cuanto a

la posible desaceleración del gasto sanitario. Como discutíamos anteriormente, dichas tensiones van desde las expectativas ciudadanas acerca de las posibilidades del sistema sanitario o las del negocio del complejo suministrador sanitario, hasta las aspiraciones de los profesionales a ver crecer sus rentas y desarrollar con escasas restricciones la práctica sanitaria cotidiana. La confluencia de ambos aspectos —insuficiencia financiera con sospechas de gestión deficiente, y mantenimiento de factores que impulsan el gasto— genera incertidumbre sobre el futuro de nuestro sistema sanitario, y hace muy complejo su abordaje.

Desarrollaremos a continuación una serie de consideraciones que se ofrecen a modo de reflexión para anticipar escenarios financieros futuros para nuestro sistema sanitario que encaucen los problemas antes señalados en vías, que, aun sin garantizar su solución, sí al menos coadyuven a encontrarla.

### **1) Las opciones de financiación futura**

No comentaremos aquí la estrategia de la mejora de la eficiencia (nuevos sistemas de asignación de recursos, cambios en la consignación de responsabilidades, incentivos a corregir la variación de las prácticas clínicas...) como posible colchón de aumentos futuros del gasto, por cuanto creemos que no se trata de una alternativa, sino de un común denominador a cualquiera sean las opciones futuras que se puedan barajar<sup>133</sup>. Se trata, por lo demás, de un esfuerzo recurrente en el tiempo, que tiene que juzgarse en mayor medida en función de su mantenimiento que de sus posibles éxitos en determinadas coyunturas. Además, la situación financiera requiere medidas de mayor calado que las que previsiblemente permite la mejora de la eficiencia en la gestión del gasto sanitario.

Cuatro son, en este contexto, las opciones posibles para el abordaje de la problemática que vive hoy nuestro sistema sanitario:

- a) Incrementar la financiación sanitaria pública buscando un mejor encaje, a igual presión fiscal, en el presupuesto de las distintas Administraciones Públicas. Ello equivale a sacrificar, en favor de la insuficiencia sanitaria que se desea corregir de una vez por todas, y sanear la gestión, otras partidas de gasto público.
- b) Aumentar los ingresos impositivos destinados a la financiación sanitaria pública, a través de variaciones en la presión fiscal, ya

---

<sup>133</sup> Por otro lado, tanto el conjunto de medidas que se han utilizado en los últimos años con la pretensión de mejorar la eficiencia, como aquellas otras que hoy se proponen para mejorarla en el futuro, han sido profusamente analizadas en otras secciones del presente documento.

sea por la vía de un impuesto finalista, ya sea a través de una mayor imposición general, con o sin acompañamiento de ingresos fiscales autonómicos o locales.

- c) Favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada, liberando a la primera de toda la presión para acompañar futuros crecimientos del gasto sanitario público (a través de copagos, primas de seguro complementarias, etc.).
- d) Restringir las prestaciones, seleccionando las existentes o las futuras siguiendo criterios de coste-efectividad.

Examinemos de modo separado cada una de ellas con mayor detalle.

#### *1. Reencajar mejor la financiación sanitaria en el gasto público*

Esta alternativa cuenta con el punto fuerte de la valoración social relativamente elevada que recibe, en términos agregados (y en algunos casos de modo dispar con ciertas opiniones individuales) nuestro sistema sanitario. Desde esta lectura, el déficit sanitario no se debería entender como un déficit del Ministerio o Consejería de Sanidad correspondientes, sino del Estado o de la Comunidad Autónoma, ya que en esta misma escala o ámbito se perciben los beneficios. La complicidad del ciudadano para dicho tipo de políticas es esperable (aunque no puede ello justificar una especie de patente de corso en la financiación), y permite reforzar el papel de la autoridad sanitaria y rehuir una determinada política financiera que negligie o supedita las políticas sanitarias ante los condicionantes económicos.

El coste de oportunidad de un tipo de opción como el comentado (eliminación de otras partidas de gasto público, y posiblemente de gasto social, dada la importancia de éste en el total) se podría acompañar de un compromiso en favor de una gestión del gasto mucho más rigurosa que la actual; por ejemplo, considerando el dispositivo asistencial público como agentes del sector público empresarial, bajo la dirección de un holding de participaciones públicas en el que los distintos ministerios estuvieran representados, así como otros agentes del sector y de la comunidad en general. Con ello se favorecerían distintos contrapesos («checks and balances») más plurales a los actuales, y desaparecería el carácter endogámico en la gestión sanitaria pública en general, y hospitalaria en particular. En este nuevo contexto, la idea de Fondo de Garantía y la exigencia de acompañamiento de intervenciones ante reconocibles déficits de gestión aparecerían como naturales. La instrumentación de una Central de Balances del corte de la existente ya en alguna comunidad autónoma, como es el caso de

Catalunya, ayudaría a proporcionar la información necesaria para emprender las actuaciones selectivas señaladas.

2. *Un aumento de ingresos totales resultado de un incremento de la presión fiscal*

Como se sabe, dicha política es contraria a los postulados de los principales partidos políticos; y ello no tanto porque sea elevado el nivel relativo de la presión fiscal española comparado con la media de la OCDE o de la Unión Europea, sino por el ritmo de crecimiento que ésta ha exhibido en nuestro país en las dos últimas décadas. Nuevos aumentos tienen, ciertamente, un encaje muy difícil en el escenario de competitividad al que está abocado la economía española.

La financiación adicional selectiva, si se deseara tolerar por el lado de la tributación no vinculada al impuesto sobre nóminas, podría conseguirse a través de favorecer la aplicación de parte de los tramos de financiación local o autonómica adicional por parte de aquellas comunidades autónomas que ejercen las competencias sanitarias en el marco de la corresponsabilidad fiscal. Algo similar supondría la instauración de una especie de «igualdad territorial», a partir de la financiación local en general. Incluso podría incentivarse la aplicación de dicho esfuerzo territorial adicional con políticas de subvención estatal compensatoria, desde una concepción típica del gasto sanitario público como bien de mérito, social o preferente que conviene incentivar a distintos niveles.

En lo relativo a la posible aplicación de impuestos afectados, sus ventajas, vinculadas a una mayor visualización de los beneficios, se han de analizar en relación a las rigideces y dependencias que pueda generar; en especial, a la vista de la elasticidad de las bases recaudatorias y de la elasticidad renta de la demanda. Seguir dicha estrategia supone romper el principio de unidad de caja y puede acabar, en caso de generalizarse, por dejar sin financiación aquellos bienes y servicios que tienen una menor concreción en el presupuesto público: precisamente, los de beneficios mayormente invisibles, en que se concretan buena parte de los bienes públicos.

Una versión atenuada de la afectación —que adquiere mayor razón de ser cuando se trata de una financiación coyuntural de un gasto que se sabe no va a generar efectos recurrentes— es la de comprometer, parlamentariamente, el esfuerzo fiscal adicional que se exige a la ciudadanía a la financiación del gasto social. Sin embargo, ello no puede entenderse con vinculación distinta a la que supone un compromiso político, y no como autorización legislativa a utilizar una caja con financiación separada para determinada categoría de gasto.

### 3. Favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada

La introducción de una política que inicie la sustitución de ingresos públicos por ingresos privados en la financiación de un gasto sanitario que presiona al alza resulta coherente con la idea de los escenarios de convergencia europea. En realidad, matricular la financiación del gasto sanitario al crecimiento del PIB nominal implica renunciar a acompañar con financiación pública un gasto que se sabe está influido por el crecimiento de la renta, la educación del país, la mayor utilización vinculada al envejecimiento demográfico, etcétera, con una elasticidad de gasto con respecto a la renta superior a la unidad (categorización como bien de lujo). Ello abre una brecha entre las presiones de incremento del gasto total y el gasto sanitario público que se está dispuesto a financiar. Recuérdese que en las dos últimas décadas, en términos reales y capitativos, tanto el gasto sanitario público como el privado (y así también en términos del PIB) ha crecido en España. Sin embargo, en términos proporcionales el gasto sanitario público ha ganado participación sobre el total. Con el estado actual de las finanzas públicas, la extrapolación de la evolución anterior es, como vimos antes, difícilmente pensable.

Una mayor participación de la financiación privada no impositiva puede venir de tres grandes fuentes: el pago directo, total o parcial (copago) por determinados servicios, ya sea en forma de precios o primas; en este último caso, a través de primas comunitarias que otorguen cobertura complementaria por las prestaciones, concurrentes o no, que suscriban los ciudadanos.

Para que la primera de las fuentes (precios) tenga importancia recaudatoria, sabemos que debería afectar a aquellos bienes de demanda más inelástica y con costes de recaudación bajos. Ello va en contra de lo que es la filosofía de un tiquet moderador (que en la medida en que realmente moderara el consumo no tendría efectos recaudatorios) y de un copago generalizado para todo tipo de prestaciones (por los costes de transacción previsiblemente generados). Antes de apostar por una política de estas características cabría identificar el impacto en la desigualdad que generaría un copago en servicios sanitarios, y qué modulación podría ser posible (el porcentaje de copago), a la vista —si es que ello es factible— de la razón coste/efectividad social relativa a cada prestación, y de la capacidad del sector público de ejercer coacción en el pago obligatorio postulado. Ambos elementos se nos antojan bastante problemáticos.

Por otro lado, como es sabido, *generalizar MUFACE y subvencionar el gasto sanitario privado (y primas en particular)*, son dos de las

propuestas que más calado muestran a la hora de concretar los mecanismos de cooperación entre sistema sanitario público y sector privado de aseguramiento. No pretendemos dejar resuelto aquí el interrogante planteado, pero sí fijar algunas de las consideraciones fundamentales que a nuestro entender son necesarias para resolver dichas cuestiones de manera satisfactoria.

### *3.1. El seguro sustitutivo MUFACE*

La primera de las fórmulas de colaboración es la hoy abierta para las aseguradoras privadas que suscriben el convenio con MUFACE. Bueno será, por tanto, revisar la experiencia que ofrece y buscar aprender de sus ventajas y lagunas de modo previo a la generalización de una forma de colaboración basada en la del seguro sustitutivo.

Los convenios suponen una forma de colaboración público-privada típica de la llamada economía mixta, por los que la administración conviene que sea una entidad privada u otro ente público quien realice la prestación del servicio a cambio de una determinada compensación. No por ello deja el servicio de ser público, ni exime por tanto de responsabilidad administrativa frente al ciudadano.

MUFACE es, en realidad, un intermediario financiero que, entre otras cosas, garantiza a los funcionarios (alrededor de 700.000 en 1993) y a sus beneficiarios (unos 900.000) una cobertura sanitaria integral. Obtiene sus ingresos de cotizaciones procedentes de la Administración y de los funcionarios, así como de los ingresos transferidos de los presupuestos generales. Con ellos remunera a un conjunto de entidades de seguro, privadas y/o públicas, que voluntariamente firman un contrato con MUFACE, según el que se responsabilizan de la asistencia médica completa del colectivo de MUFACE que las ha escogido. Los titulares (funcionarios) de MUFACE realizan esta elección de aseguradora una vez al año, durante el mes de enero.

Sólo existe una «aseguradora» pública, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, cuya provisión de servicio viene garantizada por el conjunto asistencial del INSALUD. En general, cualquier aseguradora privada que sea capaz de garantizar una asistencia técnicamente comparable a la del INSALUD puede participar en este sistema. Existen actualmente unas 10 compañías de seguro libre contratadas por MUFACE, por las cuales opta alrededor del 85 % del colectivo de MUFACE. Así pues, sólo el 15 % escogió al proveedor público.

Como contrapartida de la asistencia médica, las aseguradoras privadas reciben una cantidad monetaria del presupuesto de MUFA-

CE, proporcional al número de titulares y beneficiarios de MUFACE que las han escogido. Es decir, reciben un pago capítativo anual por individuo de MUFACE afiliado a su compañía. El nivel (cantidad monetaria) del pago capítativo es una función lineal del gasto medio (liquidación de presupuestos) registrado por el INSALUD para la asistencia de la población cubierta por la Seguridad Social. Este esquema de pago, al representar una cantidad monetaria idéntica por titular o beneficiario, no ajusta por variaciones justificables en la utilización de los recursos sanitarios. Como suele decirse en la literatura anglosajona, se trata de un pago capítativo que no ajusta riesgos<sup>134</sup>.

MUFACE, como sistema de asistencia sanitaria, ha suscitado mucho recelo. En parte este recelo lo genera la situación de privilegio de los funcionarios, que cuentan con un abanico de opciones de seguro médico más amplio que cualquier otro ciudadano español, sin pagar más por ello. Pero además existe el convencimiento de que las compañías de seguro privadas han acaparado al colectivo más «sano» de MUFACE, y que el I.N.S.S. está jugando el rol de «camión escoba» de los individuos con necesidades más intensas de atención asistencial, como respuesta al hecho de que el anterior pago capítativo no ajusta por riesgos<sup>135</sup>. En definitiva, existe la sospecha de que las compañías privadas atienden a los «buenos» riesgos mientras que el INSALUD atiende a los «malos» riesgos de MUFACE. Es decir, que las privadas tienen unos costes intrínsecamente bajos, si los comparamos con los que soporta el INSALUD.

<sup>134</sup> En efecto, las entidades de seguro libre disponen de unos ingresos monetarios por asegurado prefijados por MUFACE de acuerdo con la fórmula siguiente:

$$\text{Ptas. por persona / mes en 1993} = \frac{\text{TE} \times \text{PTSS}}{\text{CE}} - \text{PR}$$

siendo TE el número total de titulares de MUFACE; PTSS el precio en ptas. por titular/mes que MUFACE debe abonar a la Seguridad Social en el año indicado, CE el colectivo total de MUFACE (titulares más beneficiarios), y PR el gasto medio para MUFACE en ptas. persona/mes por las prótesis ortopédicas abonadas en el año precedente al colectivo total adscrito a las entidades firmantes del concierto en dicho año, con un incremento porcentual igual al experimentado por dicha cifra sobre la del año anterior.

<sup>135</sup> Así, de acuerdo con los datos elaborados por P. Ibern («La distribución de los costes sanitarios *per capita* y el control de riesgos», texto presentado a las XIII Jornadas de Economía de la Salud, Galicia, mayo, 1994), y a partir de las cifras de gasto de una importante mutualidad pública (cerca de 32.000 beneficiarios), el 1 % superior de población, ordenada por rango de gasto, representaba, en 1992, un 26 % del total del gasto sanitario (un 55 % del relativo a hospitalización, un 29 % al ambulatorio y un 19 % al de farmacia); para el 5 % de población, las cifras eran del 52 %; 98 %, 55 % y 46 %, respectivamente. A su vez, el coste medio anual por tramos de edad variaba del siguiente modo: 0-14: 20.275; 15-29: 19.909; 30-44: 35.058; 45-64: 69.951; 65-79: 124.418; > 80: 100.993, con una media para el conjunto de la población de 57.797 ptas.

Si bien falta aún evidencia empírica al respecto, sí puede afirmarse por lo menos que tal y como está regulada la financiación capitativa de las entidades de seguro libre, éstas tienen incentivos para minimizar costes. Sus márgenes de beneficio unitarios dependen exclusivamente de los costes unitarios incurridos. En este sentido, pueden tener interés en llevar a cabo una selección de riesgos: una cartera de asegurados que implique, previsiblemente, unos costes asistenciales bajos. Sobre todo, si la distribución del gasto sanitario en porcentaje supone que el 5 % de los individuos puede representar un 50 % del gasto total. No se dispone tampoco de información directamente referida a las necesidades asistenciales relativas de los colectivos asignados a las entidades privadas y a las públicas (INSS). El registro de cambios extraordinarios de pacientes desde las aseguradoras privadas al INSS, en función de patologías de mayor gravedad, a pesar de su escasa importancia relativa (en torno a los 200 M. para 1993), favorece la sospecha de que sí existe selección adversa, contradicha en cierta medida por el relativo mayor envejecimiento de los beneficiarios que soporta la asistencia privada, a quienes se identifica como usuarios más costosos del sistema sanitario.

En general, los convenios utilizados para la extensión de cobertura pública de carácter contributivo a colectivos ajenos a la seguridad social, se basa todavía en el coste medio por titular del sistema sanitario público. No se recoge el coste específico —aunque se pueden conocer sus registros históricos— de los diferentes colectivos integrados. Dichos costes no coincidirán con el coste medio del sistema al menos por las causas siguientes: diferencias en la relación beneficiarios por titular <sup>136</sup>, composición (estructura edad-sexo), proporción de pensionistas en el colectivo y contenido de la cobertura. Por lo demás, en el caso de las mutualidades de funcionarios públicos, se vincula la cuota abonada a las entidades privadas con el precio del concierto, sin validación o estudio alguno de costes <sup>137</sup>.

En este contexto, las preguntas de interés a resolver son: (i) Si el esquema de financiación de MUFACE induce a un esfuerzo óptimo por parte de los proveedores/intermediarios financieros; y (ii) si la extracción de rentas por parte del regulado es la mínima. Mientras la selección precontractual se refiere a una selección de aseguradoras, la selección de riesgos se refiere siempre a una selección de individuos.

<sup>136</sup> El ratio es en un 10 % más alto en la actualidad entre las aseguradoras privadas que en el INSS.

<sup>137</sup> En realidad se ha producido en el convenio un aumento gradual de dicho precio en los últimos años, aproximándose al 100 % de los costes Insalud, cuantificados de la manera señalada en el texto.

En ambos casos, el oscurantismo con el que tanto MUFACE como las aseguradoras parecen acompañar su gestión hace dudar de la virtualidad de una mejora en gestión pública que se beneficie, en su postulado, ya sea de la generalización o de la eliminación del modelo MUFACE, a la vista, al menos, de la información que debiera para ello estar disponible y utilizarse, sin duda, para una decisión de tamaña importancia.

### 3.2. *La subsidiación pública del gasto sanitario privado*

Distinta a la anterior sería la colaboración respecto de la gestión de carteras asistenciales parciales. Las pólizas no tendrían en este supuesto carácter sustitutivo o alternativo, sino simplemente complementario. Esta opción no generaría transferencias reales de riesgo del financiador a la entidad aseguradora<sup>138</sup> —al no ser seguida de una financiación de base capitativa y dada la falta de integración vertical de los servicios sobre los que se basaría. Por lo demás, forzaría un contrato, por parte del financiador, mucho más complejo en cuanto a la subvención directa o indirecta que requeriría sobre una miscelánea de servicios, valorados previsiblemente de modo distinto desde un punto de vista de objetivo de Plan de Salud.

En la medida en que la cobertura suscrita: a) afecte a los consumidores más propensos, en general, al consumo sanitario (la educación y la renta es sabido se suelen asociar a un mayor consumo *per capita* de recursos sanitarios), y b) genere un consumo sustitutivo del ofertado públicamente, mayor debiera de ser el interés de favorecer cierta subsidiación en favor del colectivo asegurado.

Dos son, para ello, las medidas posibles. La primera consistiría en imputar como elemento de libre asignación al individuo, en favor de la aseguradora, la parte contributiva de la actual financiación sanitaria (más o menos equivalente al 20 % del total actual de gasto sanitario público); con ello, se mantendría al 80 % la parte de financiación solidaria obligatoria en concepto de paquete básico para el conjunto de los ciudadanos —sean o no usuarios— y quizás de algunos tratamientos que se aceptan se excluyan de la oferta privada (por ejemplo, por razones de escala de actividad o fallo de mercado ante el carácter catastrófico del riesgo). La segunda consistiría en extender la financiación, con la población como referente, permitiendo, a la vez, que la entidad que acoja la cobertura de contingencias pueda extender el paquete básico de prestaciones, completando la financiación.

En el primer caso se reduce la presión de la demanda sobre los recursos del sistema obligatorio sin afectar, en sus tres cuartas

<sup>138</sup> Excepto, claro está, en el caso de que se impermeabilizara efectivamente al afiliado privado subsidiado de la utilización del sistema sanitario público.

partes los flujos de financiación de la hacienda pública, manteniendo fuera del sistema público a determinado colectivo. En el segundo, la propuesta permite disminuir la presión en el crecimiento de financiación de gasto, hoy centrada única y exclusivamente en financiación pública adicional. Si bien, como señala Rovira, el efecto resultante de una estrategia del corte anterior es previsiblemente redistributivo (afectando a clases medias y altas predominantemente <sup>139</sup>), ello se puede ver compensado por cierta reducción de utilización. Bajo supuesto de neutralidad presupuestaria, se generaría un aumento de recursos disponibles en favor de aquellos que continuasen utilizando el sistema obligatorio (rentas bajas y medias).

Lo que hoy sabemos acerca de la subsidiación del gasto sanitario privado (*E. Martínez, 1993*) se refiere al tratamiento que éste recibe en el IRPF, dada su deductibilidad al 15 % de la cuota. En realidad, para el conjunto del gasto sanitario privado la bonificación no es regresiva, sino proporcional; esto es, que reduce la cuota tributaria en proporción similar respecto de la base imponible. Sin embargo, por componentes, las actuales primas, junto a los pagos por servicios odontológicos, serían claramente regresivos, al estar éstos más que proporcionalmente relacionados con la renta <sup>140</sup>.

#### 4. *Restringir las prestaciones, seleccionando las existentes o las futuras siguiendo criterios de coste-efectividad*

Existen sospechas fundadas sobre las dificultades políticas de una exclusión explícita de prestaciones (más allá de un racionamiento de cantidades implícito en las listas de espera), pero también acerca de la problemática técnica para restringir servicios de acuerdo a criterios de efectividad social <sup>141</sup>.

El diagnóstico sobre dicho tipo de política pasa, a nuestro entender, por un cribaje previo, discriminatorio entre los factores impulsores del deflactor precio (coste unitario) y cantidad (utilización). Como comentábamos en el segundo apartado del presente capítulo, se puede afirmar que las variables de utilización (más prestaciones, más cobertura, más frecuentación, más procedimientos tecnológicos por paciente, más pacientes dependientes de la asistencia sanitaria, etc.), han dominado en los últimos años res-

<sup>139</sup> En una muestra de familias cuyo sustentador principal es activo, la proporción de doble cobertura es del 7,6 % en el quintil inferior de renta, mientras que en el quintil superior esta proporción se eleva al 19,2 % (*Murillo, Fulls Econòmics, 1993*).

<sup>140</sup> *Martínez, E.*: «Efectos distributivos de los gastos fiscales en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas», Estudio particular del gasto sanitario privado: Tesis doctoral, Mimeo, Universidad de Barcelona, 1993.

<sup>141</sup> Recuérdese, por ejemplo, el caso del Estado de Oregón con Medicaid, tratado en la primera parte del presente informe.

pecto de las variables relativas al coste unitario (el de medicamentos ha estado en general fuertemente controlado, y el unitario de personal, aunque con picos y valles, se ha movido a golpe de BOE). Otra cosa distinta, obviamente, es la evolución de la productividad de los profesionales, el exceso de oferta de servicios, o del coste de la receta, factores todos ellos que pueden haber empujado igualmente el gasto, y que merecerían, en cualquier caso, un tratamiento singular.

Una de las opciones posibles para racionalizar prestaciones en Servicios Nacionales de Salud, como es nuestro caso, consiste en ordenar éstas según criterios de coste-efectividad y cortar tipo, que no cuantía, de acuerdo con los recursos disponibles. Sin embargo, ordenar de dicho modo choca con reticencias diversas. En primer lugar, una prestación que fuera efectiva en uno de cada diez casos aparecería como de efectividad baja, y la consecuencia de ello sería no incluirla, y por tanto imposibilitarla, también para el caso de efectividad alta. Por otro lado, la agregación de efectividades, consideradas útiles, tiene problemas. Agregar preferencias sociales requiere definir una función de bienestar social. Más allá de la perfecta sustituibilidad de utilidades, hace falta explicitar las ponderaciones de equidad que se desean considerar. Estas pueden tomarse tanto desde la óptica de aversión a la desigualdad, quién sea el individuo o grupo afectado, como desde la de ponderación entre grupos (casados con hijos, fumadores, etc.).

No parece que sea socialmente aceptable, desde un punto de vista de derechos básicos «ex ante» a la actuación maximizadora pública, «comerciar» con útiles de distintos individuos, ni parece tampoco deseable que sean los médicos, agentes de los políticos, quienes asuman dicho papel. Un concepto fuerte de equidad categórica limitaría las posibilidades de intervención pública a la garantía de asistencia como preservación de las capacidades básicas del individuo y a la preservación de la vida. Fuera de ello, las intervenciones no son de garantía de aseguramiento, sino de suministro de algunas prestaciones para determinados individuos. Y no restaría ello diferido a los profesionales sanitarios, como miembros de esta «iglesia» (Klein, 1995), sino a los políticos, ejercitantes de la elección social. En este sentido, algunas de las opciones serían:

- a) Prestaciones básicas (mínimas: riesgos catastróficos, condiciones crónicas y prevención) obligatorias para todos y gratuitas en el punto de acceso (al entenderse como derechos básicos). Prestaciones complementarias libres, y financiadas públicamente (al nivel medio) tan sólo para colectivos que no superen determinado nivel de renta.

- b) Prestaciones de aseguramiento libre para colectivos que superen determinado nivel de renta, y obligatorias y/o financiadas públicamente (*pay or play*) de prestaciones medias sólo para determinados colectivos que no superan determinados niveles de renta.

### III.D. La descentralización sanitaria y el control del gasto

Las dudas acerca de la sostenibilidad financiera de los actuales niveles de gasto sanitario, así como los problemas motivados por los déficits incurridos en el pasado, se inscriben en un nuevo contexto de provisión pública en que más de la mitad del gasto sanitario público total es realizado directamente por las comunidades autónomas con competencias transferidas: Cataluña, Andalucía, País Vasco, Navarra, Galicia, Comunidad Valenciana y Canarias. Resulta necesario, pues, volver a analizar las cuestiones precedentes, considerando la influencia que sobre las mismas haya podido tener el mencionado proceso de descentralización.

#### 1) *Los déficits y el sistema de financiación autonómico de la sanidad*

Las Comunidades Autónomas que han transferido los servicios del INSALUD gestionan desde 1991 más del 50 % del gasto sanitario público, lo que da idea de la importancia adquirida por la financiación autonómica de la sanidad. Para hacer frente a la misma, la Ley General de Sanidad estableció, en 1986, un mecanismo específico de financiación diferente al sistema ordinario de la LOFCA para el resto de la financiación pública autonómica, consistente en la distribución *per capita* no ajustada del presupuesto sanitario (art. 82 LGS). Sin embargo, la descentralización sanitaria ha venido acompañada de elevados niveles de insuficiencia general que, en parte, son sin duda reflejo de las deficiencias del mecanismo de financiación autonómica por el que se optó.

En primer lugar, la instrumentación del sistema ha sido poco transparente al basarse en un monto presupuestario inicial reconocido por todos los agentes de gasto (tanto centrales como autonómicos) como insuficiente, con un referente distributivo del tipo *capitación simple* que ha hecho que las comunidades autónomas adoptasen diferentes estrategias para la potencial recepción de la transferencia, lo que ha acabado constituyendo un obstáculo para la generalización de los traspasos. Por otro lado, el sistema de financiación ha sido escasamente un «sistema»: en cada traspaso se ha improvisado el método, lo que ha provocado disparidades

en el punto de partida que han abonado el campo para las reivindicaciones singulares.

Como consecuencia de lo anterior, las comunidades autónomas padecen las insuficiencias crónicas de presupuestación del INSA-LUD, cuyas liquidaciones presupuestarias, como veíamos anteriormente, muestran desviaciones cada año de más de un 10 % respecto a los presupuestos iniciales. La insuficiencia inicial obliga a recurrir a ampliaciones de créditos, especialmente en la factura farmacéutica, y a utilizar la práctica de los deslizamientos de gastos del período, contabilizándolos en períodos posteriores. Las CC.AA. participan tardíamente de las desviaciones presupuestarias de Insalud-Gestión Directa, con demoras de hasta dos y tres años, incurriendo en gastos financieros elevados. Esta situación facilita la generalización de una cierta indisciplina de gasto, lo que agrava aún más la situación de insuficiencia.

Aunque la existencia de los déficits autonómicos mencionados constituyen una realidad que nadie niega, la cuantificación de los mismos resulta una tarea difícil. En este sentido, acotar la dimensión autonómica del desorden financiero que destacábamos en la sección anterior deviene una cuestión compleja, no sólo por la opacidad que envuelve a las cifras de gasto en que incurren las CC.AA, sino también en lo relativo a los mecanismos de financiación de dicho gasto. Ninguna comunidad muestra sus cifras de gasto real. Algunas quizás simplemente porque no las conocen, estando como están facturas pendientes de contabilización por falta de los créditos correspondientes (facturas en los cajones pendientes de pago). Cataluña, como mínimo, las conoce a través de un artilugio denominado Central de Balances del Servicio Catalán de Salud, que opera como fedatario de los niveles conjuntos de gasto real, más allá de lo que recogen los presupuestos de los hospitales públicos, bajo la promesa de confidencialidad de los datos individuales. Pese al nivel de secretismo, la prensa especializada ha filtrado de vez en cuando algunos datos. Para 1994, último año disponible, la media por habitante en el gasto liquidado por el Insalud fue de 80.110 ptas., la mediana 78.877, y su rango (P15-P85) 19.130. En cuanto a su crecimiento, la tasa de incremento anual media entre 1986 y 1994 fue del 13,17 %, y su rango de 11,69. La insuficiencia real se puede situar entre el 6 y el 9 % de las consignaciones anuales<sup>142</sup>: muchos miles de millones de pesetas, si se recuerda que el gasto sanitario presupuestado supera de largo los tres billones y medio de ptas.

<sup>142</sup> En concreto, para 1994, en Galicia, Andalucía y Catalunya, las desviaciones estimadas se situaron entre el 9,2 y el 9,7 % (F. Sánchez Prieto, para el Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

El INSALUD aduce que este no es su caso: que el poner orden en la gestión directa durante los últimos tres años ha puesto el déficit a cero. Sea ello cierto o no, y nos inclinamos a pensar que en parte lo es, sin embargo, basta analizar con detalle los compromisos que contiene dicho gasto para comprobar que la contención de gasto se basa en una disminución del gasto de inversión, a largo plazo insostenible. Por lo demás, la huelga del 95 (al verse en parte incumplidos sus compromisos) es un antecedente para lo que puedan ser nuevos conflictos venideros, que no puede tranquilizar en demasía a las autoridades sanitarias centrales.

De seguirse el sistema actual, la generalización o no de las transferencias sanitarias al conjunto de CC.AA., para las que presionan fuertemente algunas gobernadas por el Partido Popular, queda condicionada a las deficiencias del propio sistema de financiación más que a la deseable racionalización del propio mapa autonómico. Interesa, en particular, a aquellas comunidades para las que el gasto en el momento presente esté por debajo del referente per cápita. Ello llevaría a una generalización parcial de las transferencias, excepción hecha de la C. A. de Madrid (para la que el gasto efectivo está más alejado de la media poblacional), lo que identificaría, por reducción, Insalud -gestión directa con dicha Comunidad, y permitiría como base de financiación complementaria para todas las demás CC.AA. la participación en las desviaciones que sobre el gasto inicial, presupuestado bajo criterio poblacional puro, registrase Madrid en realidad, elevadas a la globalidad del sistema.

La solución de los déficits de la sanidad pública española no va a resultar, previsiblemente, una tarea fácil. Conseguir un nuevo sistema de financiación de la sanidad va a requerir un importante ejercicio de consenso, que la pugna política no parece propiciar. Sin embargo, deberían existir pocas dudas acerca de la necesidad de establecer dicho acuerdo. Por un lado, el gasto sanitario público contiene enarvado en su actual dinámica una capacidad de crecimiento que puede hacer tambalear las finanzas públicas, y en particular las de los gobiernos autonómicos que lo gestionan, que ven en ello comprometido casi un 40 % del total del gasto de la Comunidad. En segundo lugar, de continuar la actual dinámica financiera, basada en liquidaciones muy por encima de los presupuestos iniciales y afloraciones coyunturales por encima de los presupuestos liquidados, se agudizarán los efectos perniciosos que dicha laxitud presupuestaria genera sobre el modo en que se gestionan los recursos. Así, para las comunidades autónomas con transferencias, buscar en las insuficiencias financieras la raíz de sus problemas las ha alejado del ejercicio de una corresponsabilidad fiscal más rigurosa.

Por todo ello, más allá de las correcciones que sobre un criterio de equidad de acceso simple como el capitativo se puedan fundamentar, resulta decisivo, para el buen orden del gasto público en general, acordar un nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad. Sobre la base del gasto real conjunto (no el específico de cada uno) afluente en el año de partida, la aplicación del criterio poblacional corregido ha de dotar al sistema sanitario español de la base de financiación pública estatal. En el apartado siguiente se sugieren, de modo tentativo, algunas de las características que debería reunir ese nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad.

## **2) *La necesidad de clarificar el sistema de financiación autonómica: Una propuesta de reforma***

En lo que atañe a la financiación sanitaria, y a la luz del sistema comparado, son básicamente dos las vías de financiación autonómica de la sanidad. La que se basa en la territorialización del gasto como subvención central cerrada en favor de los entes regionales, a partir del gasto estimado por el gobierno como necesario para financiar los servicios transferidos (línea de gasto), y la que se fundamenta en una financiación básica garantizada por el gobierno central, pero que puede acompañarse de otros niveles complementarios por parte del gobierno subcentral, incentivados centralmente a través de posibilitar un espacio de autonomía financiera en favor de las haciendas subcentrales. Dicha financiación «abierta» permite que éstas puedan adecuar en el margen los niveles de gasto a las necesidades sanitarias propias a través de un esfuerzo fiscal complementario (línea de ingreso o de «espacio fiscal») <sup>143</sup>.

El «espacio fiscal» consiste en sustituir o complementar la vía de la financiación sanitaria basada en mecanismos de distribución de gasto, con una solución que incorpore la capacidad tributaria propia de la comunidad autónoma para hacer frente a la financiación de sus servicios. La garantía de la autonomía y sustantividad en el ejercicio de las competencias en materia sanitaria por el lado de los ingresos, como mínimo, obvia la dependencia de la financiación autonómica de las prácticas presupuestarias y financieras de la Administración central, devolviendo la capacidad de decisión sobre políticas de gasto a los parlamentos autonómicos. Ello podría llegar a suponer la eliminación de la transferencia de gasto INSALUD, calculada con la inclusión de los elementos de nivelación correspondientes, y acordar, consecuentemente, una cifra de financiación equivalente a derivar del ejercicio de la autonomía tributaria sobre un tramo pre-establecido

<sup>143</sup> Australia o Gran Bretaña, por un lado, y Canadá por el otro son ejemplos paradigmáticos de esta situación. Ambos casos se analizan en «Estudio para la Reforma de la Financiación Autonómica de la Sanidad», G. López y otros, Generalitat de Catalunya, 1993.

de recursos fiscales. Esta capacidad recaudatoria equivalente se reflejaría, de este modo, en un espacio fiscal, libre o acotado, en el tipo impositivo o en forma de recargo sobre la cuota, en relación a un tributo o a una cesta de ellos, capaz de corresponsabilizar suficientemente a las Comunidades en sus políticas de gasto. Los recursos derivados podrían ser incluso —si se desea—, nominalmente singularizados en su destino para la financiación del gasto sanitario y/o otros gastos sociales, favoreciendo, de este modo, la racionalización de los procesos de elección colectiva.

El objetivo de la política sanitaria se debería de interpretar, desde esta óptica, como de garantía de mínimos, sacrificando, la expresión de las preferencias territoriales en la financiación de los servicios sanitarios, en atención a una mayor diversidad. Al mismo tiempo, cabría posiblemente redefinir con mayor claridad los recursos a disposición de los fondos que inciden en la redistribución territorial, interpretados, a su vez, en lo relativo a la solidaridad que exprese no sólo dicho fondo, sino el global del saldo fiscal (ingresos y gastos) a nivel de cada comunidad.

Si la opción se fundara en la «línea gasto», la financiación autonómica debiera de avanzar en la identificación del esfuerzo redistributivo que los poderes tributarios centrales, con capacidad financiera propia, están dispuestos a realizar en cada momento en favor del reequilibrio territorial. Para la credibilidad de dicho esfuerzo, parecería apropiado separar la financiación específica a dicho fondo, de la del conjunto de la financiación ordinaria de la sanidad. La rigidez que muestra el gasto sanitario y el carácter mayormente exógeno a la gestión autonómica que muestra su crecimiento (definición de política de rentas y precios de medicamentos, básicamente) hace poco plausible una territorialización del gasto que esté afectada en su totalidad por criterios redistributivos. Además, mientras para los fondos del segundo tipo se trata legalmente de financiación incondicionada, no lo debería de ser para los del primer tipo (afectados a la caracterización de las fuentes de desigualdad que se desean corregir), con escasa o nula autonomía en su asignación, precisamente a efectos de evitar efectos recurrentes en el gasto incurrido por parte de determinadas Comunidades Autónomas.

No optar por dicha vía de clarificación puede enturbiar la transparencia que debería presidir las relaciones financieras entre los distintos niveles de gobierno. Nótese, además, que, de otro modo, los montos totales de financiación pueden acabar moviéndose al albur de las variaciones de determinados indicadores, pudiendo comprometer la financiación ordinaria del gasto <sup>144</sup>.

---

<sup>144</sup> Por otra parte, no hace falta decir que las implicaciones políticas y sociales de una solución de estas características sobrepasan lo que son las cuestiones

En ausencia de esfuerzo fiscal propio por parte de los decisores de la política sanitaria, ésta puede ser una política justificable. Pero si éste no es el caso, la voluntad de vincular el concepto de necesidad que se desee con la capacidad diferencial para su financiación, ha de suponer, sin duda, una mejora de bienestar. Negar dicha posibilidad en razón de entender la igualdad como uniformidad requiere considerar que la tutela estatal sobre la provisión del bien en cuestión (modelo sanitario o educativo único) se valora muy por encima de las ganancias de bienestar anteriores, por lo que cabe interrogarse si la propia descentralización fiscal de dicha provisión tiene sentido alguno.

Dicha constatación obliga a buscar un balance apropiado entre ambos valores (homogeneidad en el proceso, y si es el caso, heterogeneidad en el resultado) si se desea el mantenimiento de un objetivo de equidad compatible con el principio de autonomía que ha de regir la transferencia de competencias. Dicho balance se consigue más fácilmente, cuando el objetivo de equidad se define en cuanto a determinados niveles de gasto y se acompaña, en favor de la comunidad de referencia, de autonomía (y capacidad) financiera suficiente para poder determinar, libremente, tanto la cuantía global del gasto como su composición relativa. Es la igualdad de acceso a igual esfuerzo fiscal el criterio que ha de dirigir una distribución territorial equitativa de los recursos, y así, las políticas redistributivas solidarias. Abogar por la existencia de un modelo sanitario único para imposibilitar dicha diversidad, además de ignorar la realidad de los hechos en lo que atañe al consumo sanitario puede resultar incompatible con el estado autonómico diseñado en la Constitución de 1978.

El balance antes aludido entre los principios de autonomía y sustantividad de las competencias transferidas y los de equidad/solidaridad interterritorial es hoy muy precario en nuestro país. Su reforma, en la situación descrita, pasa hoy, a nuestro entender, por otorgar mayores cotas de flexibilidad en las prestaciones sanitarias de las distintas comunidades, acompañando ésta de una mayor corresponsabilización tributaria en los procesos de gasto (abriéndose, por ejemplo, en favor de las haciendas autonómicas, un espacio fiscal), pudiendo interpretar el reparto capitativo de la LEGSA, simplemente, como garantía de mínimos.

Creemos, en consecuencia, que en lo que atañe a la distribución territorial de la financiación sanitaria podría derivarse de la instrumentación de dos fondos de diferenciados. El primero, centrado

---

genuinas de la financiación de la sanidad, que se desea formular remitiéndolas a la cuestión política del modelo de Estado.

en la asignación relativa al gasto ordinario, en base a la capitación corregida (por el diferencial territorial de precios y un ajuste por desplazados, docencia e investigación, dadas las externalidades que representan estos dos últimos factores en el conjunto del Sistema Nacional de la Salud). Todo gasto que superase dicha asignación debiera de correr a cargo de cada comunidad autónoma. El esfuerzo en un mayor gasto al financiado podría incentivarse centralmente con subvenciones compensatorias, en porcentaje de lo que aportara en financiación propia dicha comunidad, derivándolo de una mayor presión fiscal a sus ciudadanos. Ello permitiría, en clara coherencia con el nuevo sistema, integrar, problemas jurídicos aparte, la sanidad en el sistema general de financiación ordinaria.

El segundo fondo se debería de considerar propiamente de redistribución, esto es, de corrección gradual de desequilibrios de oferta, utilización o estándares sanitarios. A dicho fondo se deberían de coordinar toda la financiación que por distintos niveles competenciales fuesen susceptibles de financiar gasto sanitario (no únicamente inversiones, sino también programas concretos, no necesariamente recurrentes, pero no necesariamente identificables con gastos de capital). El acceso a dicho fondo vendría limitado en función de superar niveles medios de equipamiento, renta o estándares sanitarios medios. Su reparto se basaría en las variables tradicionalmente relacionadas con las necesidades sanitarias, tales como las pautas de morbi-mortalidad, factores sociales de privación, etc. La aplicación de dichos recursos debería ser «monitoreada» (al tratarse de subvenciones específicas, condicionadas a gasto redistributivo, y no generales «en bloque») por el conjunto de las CC.AA. desde los organismos de coordinación territorial que se estimasen oportunos. De nuevo, ello permitiría, en clara coherencia con el nuevo sistema, integrar, problemas jurídicos aparte, la sanidad en el sistema general de financiación ordinaria (art. 15 de la LOFCA).

### **3) *La corresponsabilización fiscal y el control del gasto sanitario***

Al tratar la cuestión de la sostenibilidad del gasto sanitario público veíamos, en el apartado anterior, que será la evolución futura de la prestación real media la que determine si las actuales sendas de gasto van a tener cabida o no en la financiación que permita el crecimiento previsto del PIB nominal. Recordemos que lo que justificaba realizar tal afirmación era el hecho de que durante los últimos años, en concreto en el período 1987-1995, habría sido la evolución de la prestación real media la que en mayor medida explicaría el mayor peso alcanzado por el GSP como porcentaje del PIB.

Sin embargo, ese incremento en la prestación sanitaria media registrado en España en los últimos años es coetáneo al menos, si no directamente causado, a la descentralización sanitaria. De hecho, existen diferencias entre las regiones no sólo en razón del contenido de algunas prestaciones sanitarias, sino también en lo relativo a la utilización de las mismas por parte de la población (debidas a diferencias en acceso a servicios o a su implantación territorial).

Conviene, pues, interrogarse acerca de la influencia del proceso de descentralización sanitaria, dados sus actuales mecanismos de financiación y coordinación, como revulsivo e inductor del crecimiento del gasto sanitario. A dicho fenómeno se pueden asociar aspectos relativos a fenómenos de ilusión fiscal que pueden, en su conjunto, ayudar a comprender la evolución registrada: las CC.AA. han visualizado en gran medida los resultados del sistema sanitario (acceso territorial equilibrado, tecnologías de emulación, calidad percibida, satisfacción de *lobbies* sanitarios, tanto de la industria como de los profesionales en particular), sin haber asumido directamente por ello los costes de financiación del mismo.

La tesis que se desea mantener aquí es que la devolución de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto, sin raquitismos) a las comunidades autónomas puede resultar un buen antídoto para el control del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización (evolución de la prestación sanitaria media).

Por todo ello, existen razones para creer que la fórmula de financiación propuesta en la sección anterior, en cuanto incorpora una cierta dosis de corresponsabilidad, además de para racionalizar el actual desorden financiero de la sanidad pública, puede servir para moderar las tasas de crecimiento del GSP y, por ende, facilitar el encaje de esta partida de gasto en el restrictivo marco financiero que impone el proceso de convergencia europeo.

#### **IV. MEJORA DE LA EFECTIVIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS: LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

Conviene esclarecer que se adopta el título de Medicina Basada en la Evidencia por conveniencia, sin significar que exista o haya existido Medicina no basada en la evidencia. Se pretende, simplemente, utilizar un término generalizado para destacar el creciente énfasis en la investigación de desenlaces con el ánimo de ayudar a disminuir incertidumbres, explicar variaciones aparentemente arbitrarias y mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia del sistema sanitario.

La MBE viene motivada por tres distintas evoluciones sociales:

- i) Primera. Se detecta una creciente preocupación por la efectividad, entendida como la probabilidad de que una persona en una población determinada se beneficie de la aplicación de una tecnología para la solución de su problema de salud, dentro de las condiciones reales de organización y actuación de la sociedad en cuestión. Como veremos más adelante, Cochrane fue uno de los más destacados promotores de los estudios de efectividad.
- ii) Segunda. Se constatan considerables variaciones aparentemente arbitrarias en las tasas de utilización de la hospitalización, los procedimientos quirúrgicos, los medios diagnósticos y los fármacos. Wennberg, como se comenta a continuación, fue el precursor de este tipo de estudios.
- iii) Tercera. Ganan peso las políticas de contención de costes que depositan su fe en el mercado y producen/difunden esta investigación para que pacientes, pero sobre todo compradores, influyan sobre los proveedores de servicios (caso de EUA, donde un médico puede recibir cinco guías clínicas distintas

sobre cómo tratar la dispepsia según quien sea el pagador/asegurador).

La MBE utiliza, en definitiva, los métodos habituales de investigación (estudios observacionales, experimentales, análisis de decisión, meta-análisis...) para conocer la efectividad de prácticas habituales sin suficiente consenso profesional. En un sentido más amplio, también puede considerarse MBE:

- los estudios de adecuación (pertinencia, idoneidad, «appropriateness») de la hospitalización: ingresos y estancias, de la prescripción farmacéutica, de las pruebas diagnósticas o de las derivaciones atención primaria/atención especializada;
- la investigación y aplicación de medidas de calidad de vida relacionada con la salud;
- las estrategias de informar a los pacientes y perseguir decisiones conjuntas;
- la difusión de guías de buena práctica clínica (por ejemplo: la Agency for Health Care Policy and Research de EE.UU., las guías impulsadas desde el Ministerio de Sanidad y los trabajos recientes de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de algunas Comunidades Autónomas);
- la producción de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados sobre la efectividad de la práctica clínica, siendo aquí un ejemplo destacado la Colaboración Cochrane en distintos países occidentales, y entre ellos España.

El abanico de instrumentos relevantes para la MBE puede presentarse bajo distintos envoltorios:

- epidemiológico/investigación sobre servicios sanitarios, con revisión y difusión de evidencia sobre efectividad, al estilo de la pionera Agency for Health Care Policy and Research de EE.UU.;
- análisis de decisión y evaluación (Eddy, 1990);
- de gestión de la utilización (Peiró y Meneu, 1995);
- de evaluación de tecnologías (Jovell et al., 1995);
- incluso, bajo el envoltorio de una política de calidad total (Romeo et al., 1994).

#### UNA NOTA A PROPOSITO DE ARCHIE COCHRANE Y LA EFECTIVIDAD

Archie Cochrane, como médico de un campo con 20.000 prisioneros, dieta de 600 calorías día, padeciendo todo tipo de enfermedades, malas condiciones higiénicas y sin medicamentos se encontró con que sólo 4 cautivos murieron, tres de ellos por heridas de arma. Si hubiese dispuesto de suficientes medios terapéuticos, el joven Cochrane habría considerado a tales medios determinantes del escaso número de bajas (López et al 1996).

Como médico del National Health Service del Reino Unido—constituido en 1948, año en que aparece el ensayo clínico aleatorizado (ECA), el método experimental por excelencia—tuvo la experiencia opuesta: Con medios terapéuticos suficientes los pacientes morían. La duda estaba creada acerca de qué determinaba los desenlaces sanitarios.

Cochrane insistió en que la toma de decisiones en la asistencia sanitaria debía basarse en los ECA y juzgaba igualmente importante tanto la revisión sistemática (RS) como la difusión de resultados. Para ello propuso la creación de una red internacional de revisores que colaborasen en la elaboración, actualización y difusión de RS de ECA sobre los efectos de la atención sanitaria. En 1979, Cochrane censuró a la profesión médica por no haber organizado un resumen crítico por especialidades y revisado periódicamente todos los ECA sobresalientes.

Dos millones de artículos salen a la luz anualmente en la bibliografía biomédica, repartidos en más de 20.000 revistas. Se observó que más de la mitad de los 40.000 ECAs publicados hasta 1985 no eran recuperados en Medline ni por expertos documentalistas. La habitual revisión en libros de textos o revistas clínicas prestigiosas resulta insuficiente (por menos sistemática) y tardía (por ejemplo, con revisión sistemática se hubiera generalizado 20 años antes el tratamiento trombolítico tras el IAM y se hubieran salvado miles de vidas). De ahí que exista ya una Colaboración Cochrane para preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas de ensayos clínicos controlados sobre la atención sanitaria.

#### A PROPOSITO DE LAS VARIACIONES ARBITRARIAS Y J. WENNBORG

Wennberg, médico y Master en Salud Pública por la Universidad Johns Hopkins, en 1972, ha sido el principal autor en la documentación de variaciones aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la Medicina (entre médicos, entre áreas pequeñas) y uno de los más destacados impulsores, por tanto, de la escepticismo. Como la variabilidad—de 1 a 3, de 1 a 5—no explicada afecta a intervenciones quirúrgicas, causas médicas de admisión hospitalaria y dotaciones de equipamientos de uso muy frecuente (intensivos por ejemplo) que a menudo representan la parte más importante de la actividad de los centros sanitarios, no se podrá proponer cuánto ha de gastar un país, o una persona, en sanidad si previamente no puede contestarse a la pregunta de cuál es la tasa correcta de histerectomías, de nutrición parenteral, de prostatectomías, o de camas de intensivos.

La efectividad es previa a la eficiencia y la efectividad deja de ser subjetiva cuando la investigación la convierte en objetiva. Cuando las primeras unidades coronarias iniciaron su andadura, hace algo más de treinta años, algún estudio cuestionó su efectividad, lo que hubiera justificado grandes variaciones en el tratamiento de los infartos agudos de miocardio (a domicilio u hospitalizando). La creciente evidencia de efectividad de las unidades coronarias las ha convertido en un recurso de efectividad objetiva y su utilización,

por tanto, puede explicarse en términos de incidencia de enfermedad, disponibilidad de oferta y tiempos de acceso, ya que existe acuerdo entre los médicos sobre cuáles son las indicaciones del ingreso en unidad coronaria.

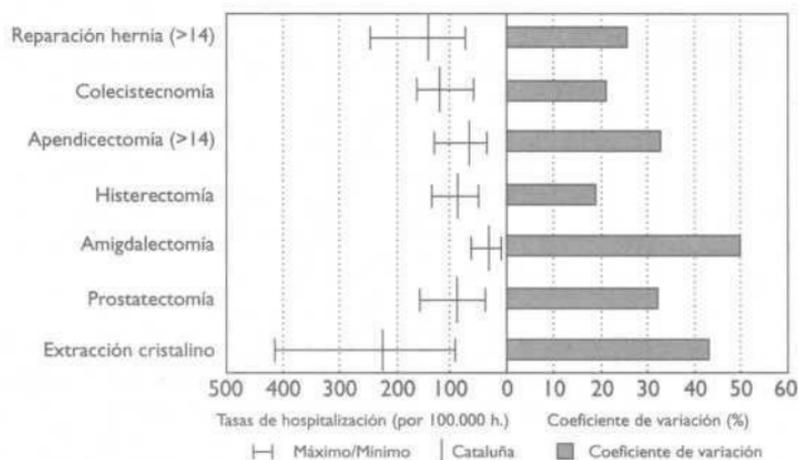
Esta variabilidad en tasas de utilización entre áreas pequeñas empieza a documentarse en España, utilizando, por ejemplo, la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (Jané *et al.*, 1996, Marqués *et al.*, 1997). Véase el gráfico 7. Aunque esta información elaborada por sanitarios no directamente asistenciales tiene sumo interés, todavía parece resultar más propiciadora de la escepticismo la constatación de variaciones por los propios clínicos implicados:

- obstetras y porcentaje de partos con cesárea;
- médicos de familia y prescripción farmacéutica (total y valores intrínsecos);
- ginecólogos e indicaciones de histerectomía;
- psiquiatras y antipsicóticos;
- o cardiólogos y utilización de fármacos trombolíticos (Agustí *et al.*, 1997).

Las variaciones en tasas de utilización, estudiadas habitualmente entre áreas pequeñas que comparten un mismo estilo de práctica, afectan a las causas médicas de ingreso hospitalario más frecuentes y a los procedimientos quirúrgicos más empleados. El rango de las variaciones tiene suficiente calibre para que tentativamente se pueda calcular la siguiente cifra aproximativa: Si en toda España se dieran las utilidades registradas en las zonas de mayores (menores) tasas, el porcentaje del PIB destinado a Sanidad bien pudiera ser del 10 % (5 %) en lugar del 7,5 %.

Naturalmente, la variabilidad puede ser debida también a la inexactitud en los datos, variables poblacionales (expectativas incluidas), oferta de servicios, ignorancia o lo que se ha venido a llamar efectividad subjetiva. La variabilidad que preocupa más es la originada por los dos últimos factores: ignorancia y efectividad subjetiva. La efectividad subjetiva, como concepto opuesto al de efectividad objetiva, constatada, designa la percepción de efectividad de un grupo profesional en relación a un procedimiento. Experiencias profesionales distintas originan que las indicaciones de, por ejemplo, histerectomía, varíen ampliamente entre médicos, lo que lleva a variaciones de 1 a 5 en las tasas de histerectomía. En términos económicos, se diría que la productividad marginal de los servicios médicos de efectividad subjetiva es desconocida, lo que origina una pérdida de bienestar social por una doble vía: personas que podrían beneficiarse de un tratamiento pueden dejar de recibirlo, y perso-

**GRAFICO 7**  
**Tasa de hospitalización y coeficiente de variación**



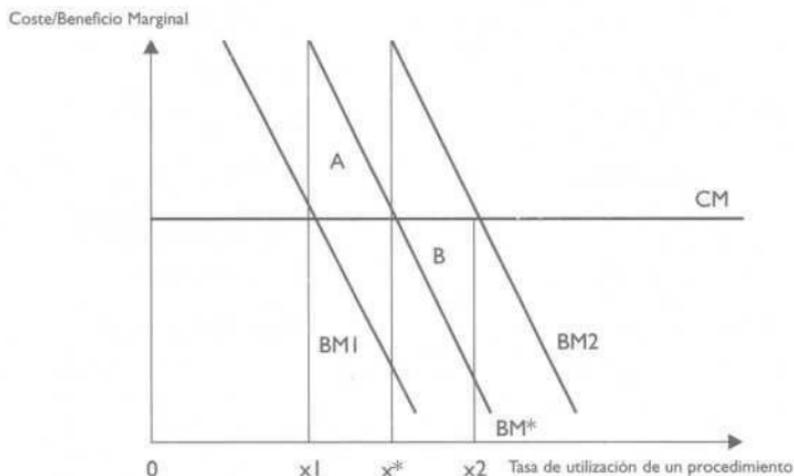
FUENTE: Jané, 1996.

nas para las cuales el coste marginal del tratamiento es menor que su beneficio marginal lo están recibiendo.

La figura 3 ilustra este concepto de pérdida de bienestar asociado al desconocimiento de la productividad marginal de ciertos procedimientos. La efectividad de un procedimiento disminuye a medida que se aplica a un mayor número de individuos. La figura 3 supone una efectividad objetiva conocida y comprendida entre dos efecti-vidades subjetivas observadas en dos zonas de diferente utilización. En la zona con efectividad subjetiva por encima de la efectividad objetiva, el triángulo B representa la pérdida de bienestar social derivada de recibir un servicio cuyos beneficios son menores que sus costes sociales. El triángulo A, en cambio, representa la pérdida de bienestar en el área donde creen poco en el procedimiento (efectividad subjetiva menor que efectividad objetiva) y en la que un conjunto de pacientes dejan de beneficiarse de un servicio pese a que les hubiera reportado unos beneficios mayores que los costes que supone.

Una vez conseguido un cierto nivel de escepticismo en los profesionales mediante la constatación, mejor por ellos mismos, de diferentes formas de proceder sin explicación aparente, surgen las preguntas acerca de para qué sirven algunas de las rutinas y procedimientos habituales. Este tipo de preguntas lleva a preocuparse por la efectividad objetiva y la adecuación, y por medir el efecto

**FIGURA 3**  
**Ineficiencia debida a información sesgada sobre el beneficio marginal**



NOTAS:  $BM^*$  = Efectividad marginal objetiva.

$BM_1$  = Efectividad Subjetiva área 1.

$BM_2$  = Efectividad Subjetiva área 2.

FUENTE: Elaboración propia.

de las actuaciones asistenciales incorporando las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud. Lleva, en suma, a una medicina más científica, más orientada al usuario y —con los incentivos y ética adecuados— a una medicina más eficiente que incorpora la noción de coste de oportunidad en sus decisiones diagnósticas y terapéuticas.

## V. LA EQUIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

### V.A. La importancia de la equidad en la evaluación de los sistemas sanitarios

Son pocas las razones que desde el punto de vista de la eficiencia permiten justificar la intervención del Estado en el ámbito sanitario; de hecho, según los postulados teóricos de la Economía del Bienestar, la mayoría de «fallos de mercado» que se producen en este sector cuando no existe ningún tipo de intervención estatal pueden ser corregidos mediante el desarrollo de acciones de carácter regulatorio que resultan, en general, poco costosas para la Administración. En tal caso, si no son aspectos relacionados con la búsqueda de la eficiencia económica los que explican la ingente cantidad de recursos públicos actualmente destinados a la atención sanitaria, sólo pueden ser razones de índole moral las que justifiquen un volumen de gasto sanitario público como el que hoy exhiben los países desarrollados.

En efecto, los Estados proveen públicamente servicios sanitarios con la intención de atenuar las desigualdades interpersonales que en el acceso a los mismos se producirían si tales intervenciones no tuviesen lugar<sup>145</sup>. No obstante, buena parte de las diferencias que se observan entre los Estados a la hora de realizar dichas intervenciones se explican, precisamente, por el distinto énfasis que cada uno de ellos pone en el verbo «atenuar»; es posible

---

<sup>145</sup> Hay que entender que esta *provisión* pública de servicios sanitarios puede llevarse a cabo mediante *producción* privada o pública. En el primer caso, los médicos son profesionales libres y los hospitales, privados. Cuando un usuario del sistema público necesita tratamiento médico, escoge el agente privado que quiere que lo trate y, tras ser atendido, el sector público paga la factura. Por su parte, la producción pública implica que el sector compra los medios de producción y contrata los médicos.

encontrar, en este sentido, casi tantos modos de actuación pública como concepciones de justicia distributiva existen <sup>146</sup>.

En los Estados Unidos, por ejemplo, la Administración, mediante el desarrollo de los programas públicos *Medicaid* y *Medicare*, garantiza el acceso a los servicios sanitarios de determinados colectivos (pobres y viejos, respectivamente), pero no se preocupa, sin embargo, acerca de las diferencias en las condiciones de acceso a los servicios médicos que pueden existir entre los beneficiarios de estos programas y el resto de individuos, que suelen contratar pólizas privadas de seguro médico a través de la empresa en la que trabajan. De este modo, el concepto de equidad que parece inspirar el modelo de intervención norteamericano caería en la órbita de los planteamientos propuestos desde el libertarismo menos radical: para éste, la equidad se logra mediante un sistema sanitario principalmente privado en el que las preferencias de los pacientes y su capacidad de pagar por la atención determinan el nivel de asistencia recibida, y en el que la acción redistributiva del Sector Público se limita a prestar ayuda a los más pobres con el fin de que éstos accedan a lo que se considera un «mínimo decente» de atención sanitaria, por debajo del cual nadie debería situarse.

A diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos, en España, como en la mayoría de países de su entorno económico y social, la obligación que el Estado contrae con los distintos individuos en materia de asistencia sanitaria no está condicionada a que éstos reúnan ciertas características (ser pobre, por ejemplo), sino que dicha obligación aparece ligada a la propia condición que el sujeto tiene de «ciudadano» <sup>147</sup>. A este reconocimiento de la asistencia sanitaria como un derecho cabe añadir, en el caso español, la voluntad explícita del Estado de que dicho derecho se haga efectivo mediante mecanismos que garanticen la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios <sup>148</sup>. Por este motivo, nuestro país, a través de la creación del Sistema Nacional de Salud, ha optado por desvincular la atención sanitaria que del Estado reciben los ciudadanos

<sup>146</sup> Para una breve descripción de las principales teorías de justicia distributiva, así como de las implicaciones de cada una de ellas en el ámbito de los servicios sanitarios, puede consultarse Zubiri (1994).

<sup>147</sup> Hasta 1986, año en que a través de la Ley General de Sanidad (LGS) se universaliza la cobertura del sistema sanitario público, el Estado español únicamente estaba obligado a proporcionar asistencia sanitaria a aquellos individuos que estuvieran afiliados a la Seguridad Social. Cabe añadir que en este sentido, sin embargo, la LGS no vino sino a reconocer de *iure* una situación, el carácter universal de la cobertura, que venía produciéndose *de facto* desde hacía ya algunos años.

<sup>148</sup> Así, el artículo 12 de la LGS afirma: «Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español».

de la capacidad que éstos tienen de pagar por ella. De este modo, a diferencia del caso americano, los objetivos de equidad definidos en materia de asistencia sanitaria por nuestro país responderían, al igual que en el resto de países europeos, a patrones igualitaristas.

En cualquier caso, y con independencia de cuál sea el criterio de justicia distributiva que inspira en cada caso el modo de actuar de los distintos Estados, lo que sí es cierto es que cualquier intervención pública que pretenda alterar la cantidad de servicios sanitarios consumidos por los distintos individuos está asumiendo, aunque sea de modo implícito, que la salud es un bien especial (bien preferente) del cual todo el mundo, con independencia de su renta, tiene que poder consumir, al menos, cierta cantidad. En este sentido, la salud es considerada un bien singular porque, a diferencia de lo que ocurre con muchos otros bienes, la salud, o al menos un nivel mínimo de salud, es esencial para conservar la vida y poder desarrollar los planes vitales <sup>149</sup>.

En resumen, si buena parte de los recursos que los gobiernos destinan a asistencia sanitaria se justifican por cuanto pretenden el logro de una mayor equidad —tanto si ésta se entiende en los términos propuestos por los libertarios moderados como si se concibe desde posiciones más igualitaristas—, parece claro que en la evaluación del gasto sanitario público la cuestión de la equidad va a tener que jugar un papel central, por estar ésta en la raíz de la propia razón de ser de dicho gasto.

## **V.B. Las distintas dimensiones de la equidad en la provisión pública de servicios sanitarios**

Al pronunciarse acerca del grado de equidad que exhibe un mecanismo que asigna recursos entre distintos individuos, la gente, en general, intenta fundamentar su posición al respecto a partir de la definición de lo que podríamos denominar «dimensión de reparto relevante» (la necesidad de asistencia sanitaria, por ejemplo). De este modo, los individuos, tras fijar la que ellos consideran dimensión de reparto relevante, pueden empezar a emitir juicios valorativos acerca de la asignación por cuyo grado de equidad les hemos preguntado; estos juicios acostumbra a ser de dos tipos: por un lado, la gente valora como inequitativa cualquier distribución que asigne la misma cantidad de recursos a sujetos que difieren en la dimensión de reparto que se considera relevante; por otro lado,

---

<sup>149</sup> La salud no es, obviamente, el único bien necesario para la consecución de estos fines. Para muchos, la educación básica o la vivienda también pertenecen a esta categoría.

también se consideraría inequitativa, por arbitraria, una distribución que asignara distinta cantidad de recursos a individuos que son iguales en la dimensión relevante.

La discusión anterior permite entender por qué los economistas, en el análisis de la equidad, han manejado tradicionalmente dos conceptos distintos: la *equidad vertical*, o trato desigual de los diferentes, y la *equidad horizontal*, o tratamiento igual de los iguales. A la luz de lo expuesto, la utilización de ambos conceptos se justifica por cuanto son el reflejo del modo en que habitualmente la gente construye sus juicios de valor cuando tiene que pronunciarse acerca de la mayor o menor equidad de una determinada distribución interpersonal de recursos<sup>150</sup>.

En este contexto, un Sistema Sanitario Público puede ser entendido como un inmenso engranaje que realiza dos tipos de asignaciones: por un lado, al requerir de recursos para su funcionamiento, el sistema debe asignar obligaciones (de pago) entre los distintos individuos; por otro lado, en su vertiente de prestador de servicios sanitarios, el sistema asigna derechos de acceso o de utilización entre los distintos ciudadanos. Por este motivo, cada una de estas dos distribuciones puede ser evaluada, en base a lo dicho anteriormente, tanto desde el prisma de la equidad vertical como desde la óptica de la equidad horizontal, dando lugar, en cada caso, a los cuatro tipos de análisis que figuran en el siguiente cuadro (*tabla 31*).

Como ya hemos comentado, para poder pronunciarnos acerca del grado de equidad de un determinado mecanismo distributivo es preciso que antes hayamos definido cuáles son las características de los individuos que consideramos relevantes para realizar el reparto. En el caso de la financiación de los servicios sanitarios, la dimensión que con mayor frecuencia se ha reconocido como relevante a la hora de repartir las «obligaciones de pago» entre los distintos individuos ha sido la relativa al nivel de renta que éstos poseen; por ello, los trabajos que han analizado la cuestión de la equidad vertical en la financiación de la asistencia se han preocupado, en general, por detectar en qué medida individuos con distinta capacidad económica

---

<sup>150</sup> Cabe precisar, sin embargo, que estos dos conceptos no son de naturaleza estrictamente normativa, sino que más bien se trata de proposiciones lógicas que permiten contrastar la coherencia interna de un determinado planteamiento ético —así, por ejemplo, si alguien nos dijera que no cree que el color de la piel sea relevante para realizar una asignación y, después, aceptara un reparto en que, a igual necesidad, el blanco obtuviera más, apreciaríamos en los planteamientos «éticos» de ese individuo un notable grado de inconsistencia—. Por el contrario, lo que sí es de naturaleza normativa en el tipo de cuestiones asignativas que venimos tratando es, sin lugar a dudas, la elección de la dimensión de reparto que se considera relevante en cada caso, puesto que es en la justificación de dicha elección en la que acontece el debate ideológico.

**TABLA 31**  
**Los distintos análisis de la equidad en el contexto de los**  
**Sistemas Sanitarios Públicos**

	ESTUDIOS QUE ABORDAN LA EQUIDAD	
	Equidad vertical	Equidad horizontal
<i>Financiación</i>	¿Hasta qué punto los individuos pertenecientes a distintos grupos de renta contribuyen a la financiación del sistema en función de su capacidad de pago?	¿Contribuyen lo mismo individuos con la misma capacidad de pago?
<i>Prestación de asistencia</i>	¿Acceden y/o consumen individuos distintos (en cuanto a la necesidad) distinta cantidad de servicios sanitarios?	¿Reciben los individuos, a igual necesidad, el mismo trato por parte del Sistema Sanitario (en términos de acceso y/o consumo)?

FUENTE: Elaboración propia.

contribuyen o no de distinta manera en la financiación del Sistema Sanitario.

Por contra, entre aquellos autores que han intentado evaluar el grado de equidad que exhiben los distintos Sistemas Sanitarios en su vertiente de prestador de servicios, el nivel de consenso alcanzado ha sido mucho menor. Así, no sólo ha suscitado una amplia polémica la cuestión de si debía ser la «necesidad de asistencia» la característica personal relevante para considerar a los individuos como idénticos o distintos, sino que la discusión ha sido aún mayor a la hora de determinar qué es exactamente lo que el Sistema Sanitario debe o no igualar a través de su actuación: ¿el acceso a los servicios sanitarios? ¿su utilización? ¿los resultados, en términos de mejora del estado de salud, que de dichos servicios obtienen los distintos individuos?

Pese a todo, en lo relativo a la conceptualización de la equidad horizontal en la prestación de servicios sanitarios, que ha sido el ámbito de análisis que ha generado un mayor número de investigaciones en los últimos años, son dos las posturas que han suscitado un mayor interés: por un lado, la de aquellos que sostienen que el criterio de equidad horizontal adecuado es el que se ha coincidido en llamar de «igualdad de acceso *per capita* a igual necesidad», y por otro, la de los que consideran que el criterio adecuado es el de «igualdad de utilización a igual necesidad».

Para los primeros, un sistema sanitario puede calificarse de equitativo cuando garantiza las mismas oportunidades potenciales de

utilización a individuos con el mismo nivel de necesidad; podemos decir, por lo tanto, que bajo este enfoque el acceso queda caracterizado como un fenómeno exclusivamente de oferta. Por su parte, los que abogan por el criterio de utilización consideran que la equidad se logra cuando individuos iguales en necesidad consumen las mismas cantidades de atención sanitaria. La utilización constituye, en este caso, una variable «aproximativa» del tratamiento.

Entre los partidarios de una y otra postura se ha producido, desde que se iniciara el debate a principios de los años 80, un intercambio continuo de críticas y contracríticas a los argumentos propuestos por la otra parte. Así, por ejemplo, autores como Mooney (1991) o LeGrand (1991), ambos defensores del criterio de igualdad de acceso, han rechazado el criterio de igual uso a igual necesidad porque su cumplimiento supone vulnerar el principio de soberanía del consumidor y, por lo tanto, aceptar la sanidad como un bien de mérito, lo cual resulta para estos autores éticamente inaceptable, pues se estaría forzando a consumir  $x$  cantidades de atención sanitaria a sujetos de necesidades idénticas pero preferencias distintas. En la otra orilla, sin embargo, Pauly (1992) sostiene que el interés del criterio de igual consumo a igual necesidad puede estar en parte basado en la idea de reducir al mínimo el daño que puede causar un infraconsumo de servicios médicos, por lo que, según este autor, la aceptación de la salud como bien preferente nos conduciría en cierto modo a este criterio de justicia <sup>151</sup>.

Cabe advertir, sin embargo, que no son sólo de orden conceptual los problemas que plantea la evaluación del grado de equidad horizontal logrado por un Sistema Sanitario en su papel de proveedor de servicios sanitarios. A éstos hay que añadir el importante reto metodológico que supone para el investigador aplicado operativizar los criterios de equidad anteriormente tratados. Así, dicho investigador, con independencia de cuál sea el criterio de equidad por el que finalmente se decante, tendrá que dar respuesta a varias cuestiones metodológicas, de las cuales las más importantes son las referidas a la elección de las variables que, a su juicio, mejor aproximan cuantitativamente los conceptos de, por ejemplo, «necesidad» y «acceso» —en el supuesto de que el criterio de igualdad de acceso a igual necesidad haya sido el elegido.

No obstante, este tipo de cuestiones, aun siendo complejas, no resultan inabordables desde un punto de vista teórico <sup>152</sup>. De

<sup>151</sup> Este y otros extremos de la polémica acontecida entre los partidarios de uno y otro criterio se repasan, de forma breve, en *Urbanos (1997)*.

<sup>152</sup> Los costes asociados al desplazamiento hasta los centros de asistencia, ya sean estos costes monetarios o de tiempo, o el coste de oportunidad de acudir

hecho, lo que en mayor medida dificulta el trabajo aplicado no son los problemas que pueda plantear el proceso de selección de las variables que, por ejemplo, deben caracterizar el concepto de acceso, sino que el auténtico obstáculo aparece en la medida en que algunas de estas variables acostumbran a no estar definidas en los sistemas de información con que cuentan las Administraciones sanitarias de los distintos países.

En el caso de España, quizá sean este tipo de problemas relacionados con las fuentes de información los que expliquen por qué son tan pocos los trabajos que han analizado la equidad de nuestro sistema sanitario, tanto en lo relativo a la financiación de los servicios sanitarios como en lo tocante a la prestación de los mismos. La próxima sección se encarga de analizar, brevemente, algunos de estos estudios <sup>153</sup>.

## V.C. Estudios sobre la equidad de los servicios sanitarios realizados en España

### 1) *La equidad horizontal en la provisión pública de servicios sanitarios: 1987-1995*

Son muy pocos los trabajos que, desde una perspectiva empírica, hayan tratado de evaluar cuál es el grado de equidad horizontal de nuestro Sistema Sanitario en la provisión pública de servicios sanitarios. De hecho, hasta la fecha, sólo se tiene constancia de dos: el de Abásolo (1997), que maneja en su análisis datos relativos a

---

al médico en términos de salario perdido, son algunas de las variables que, por ejemplo, se han propuesto para definir cuantitativamente el concepto de «acceso».

<sup>153</sup> Además de los trabajos que comentamos en la próxima sección, existen otros estudios, como los de *Estruch (1996)* o *Bandrés (1993)*, que también han tratado la cuestión de la equidad en el ámbito de la atención sanitaria. Estos estudios, no obstante, tienen un objetivo más amplio: pretenden caracterizar el impacto redistributivo de los gastos sociales en general, tanto de los que implican una transferencia en metálico (pensiones, subsidios de desempleo...) como de aquellos otros que generan una transferencia en especie (sanidad, educación...). Por este motivo, a diferencia de los estudios más específicos tratados en la próxima sección, la metodología empleada para analizar el gasto sanitario adolece de ciertos problemas (como, por ejemplo, no ajustar el gasto de los distintos individuos por la necesidad de asistencia de los mismos). Merece la pena, sin embargo, destacar alguno de los resultados obtenidos por este tipo de trabajos en lo relativo al impacto redistributivo del gasto sanitario público. Dicho impacto, al igual que sucede con el resto de transferencias en especie, se produce en el caso del gasto sanitario sobre todo a nivel horizontal (esto es, el mayor efecto redistributivo no se produce entre unas decilas de renta y otras, sino que acontece dentro de cada decila). Por otro lado, la sanidad, al igual que el resto de transferencias en especie, resulta ligeramente progresiva, aunque dicha progresividad es muy inferior a la que exhiben las prestaciones sociales en metálico.

1993, y el de Urbanos (1997), que emplea información referida a los años 1987, 1993 y 1995. En este apartado, sin embargo, nos vamos a ocupar fundamentalmente de este último trabajo, no sólo por estar referido a un período de tiempo más amplio, sino por realizar, a diferencia del trabajo de Abásolo, un análisis que contempla el tratamiento diferenciado de cada uno de los distintos tipos de servicios sanitarios existentes —consultas al médico general, consultas al especialista, visitas a los servicios de urgencia y estancias hospitalarias.

Urbanos, tras repasar críticamente los distintos criterios de equidad horizontal a que hacíamos mención en el anterior apartado, decide que sea el criterio de «igualdad de utilización a igual necesidad» el que sirva de punto de partida para el desarrollo de su posterior análisis empírico. En concreto, esta autora trata de detectar la ausencia de equidad horizontal en la provisión de los distintos servicios sanitarios, contrastando si, a igual necesidad, los individuos reciben distinta cantidad de asistencia en función de cuál sea su nivel de renta. Dicha contrastación se lleva a cabo en el trabajo de Urbanos mediante el desarrollo de la reciente metodología propuesta por Wagstaff y Van Doorslaer (1996), cuyas principales características se comentan a continuación.

El método propuesto por Wagstaff y Van Doorslaer es, en sus aspectos esenciales, relativamente sencillo. Así, según estos dos autores, si suponemos que es posible definir la necesidad de asistencia sanitaria a partir de cierto número de categorías («i»), una medida razonable del grado de equidad horizontal del Sistema Sanitario vendría entonces representada por las diferencias existentes entre el consumo efectivo de servicios que realizan los distintos individuos, y el consumo «ideal» que cada uno de ellos debería haber realizado si, dadas sus «i» características de necesidad, el Sistema hubiera respondido ante cada una de ellas proporcionándole la media muestral de consumo de servicios que se observa en cada una de las «i» categorías de necesidad (esto es,  $s_i$ , siendo «s» la cantidad de servicios). De este modo, si existieran diferencias entre la cantidad «ideal» de asistencia que cada individuo debería obtener y el consumo efectivo que cada uno de ellos realiza, y además dichas diferencias fueran distintas entre los individuos atendiendo al nivel de renta de los mismos, entonces, como sugieren Wagstaff y Van Doorslaer, se podría concluir que el Sistema Sanitario analizado exhibiría cierto grado de inequidad horizontal, ya que individuos con la misma necesidad no estarían recibiendo igual cantidad de asistencia sanitaria.

Puesto que lo que realmente nos interesa es obtener una medida que logre sintetizar en único valor el grado de inequidad horizontal

de una determinada distribución de consumos sanitarios, Wagstaff y Van Doorslaer proponen que la agregación para toda la muestra de las diferencias individuales entre consumo efectivo y consumo ideal se realice a partir del cálculo del área comprendida entre dos curvas de concentración <sup>154</sup>: de un lado, la que se obtiene a partir de los distintos consumos individuales (curva de concentración de gasto total), y de otro, la que resulta de considerar los consumos ideales (curva de concentración de gasto estandarizado por necesidad). Si dicha área, que lleva por nombre «índice de desigualdad de Wagstaff y Van Doorslaer» ( $HI_{WV}$ ), toma valores positivos, se puede afirmar que existe inequidad horizontal y que ésta favorece a los grupos de mayor renta, mientras que lo contrario ocurre cuando el índice toma valores negativos. En el caso de que  $HI_{WV}$  sea igual a cero, se concluye que no existe inequidad horizontal asociada a la capacidad económica.

No obstante, para poder calcular el índice de desigualdad de Wagstaff y Van Doorslaer es necesario que antes hayamos logrado obtener los consumos ideales que corresponden a cada individuo. Generalmente, en la investigación aplicada, la obtención de dichos consumos ha pasado por la utilización de técnicas econométricas. Estas calculan el consumo ideal que corresponde a cada individuo mediante un proceso que se desarrolla en dos fases: en la primera se especifica un modelo econométrico que intenta detectar cuáles son las variables que en mayor medida determinan los consumos sanitarios realizados por la muestra de individuos cuya equidad pretende ser evaluada. Posteriormente, en la segunda etapa, los resultados de la anterior estimación, que en cierto sentido caracterizan cuál es la respuesta media del sistema sanitario ante variables individuales que definen la necesidad de asistencia, sirven de base para la obtención del consumo ideal del «i-ésimo» individuo, que se calcula sustituyendo cada una de las características de dicho individuo en la variable explicativa del modelo que corresponda (morbilidad, edad, sexo...) <sup>155</sup>.

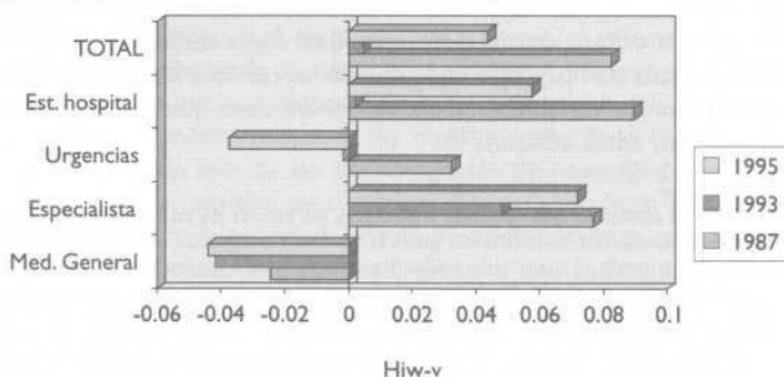
<sup>154</sup> En el contexto que venimos analizando, las curvas de concentración, cuya representante más conocida sea quizá la curva de Lorenz, se obtienen siempre del mismo modo: si se consideran decilas, tras ordenar a los individuos de menor a mayor renta en el eje de abscisas, se procede a computar qué porcentaje de la cantidad total de la variable que estamos analizando (la renta, en el caso de la curva de Lorenz) se encuentra en manos del 10 % más pobre de la población, anotando la cifra resultante en el eje de ordenadas; después, se repite la misma operación para el 20 % más pobre, y así sucesivamente hasta llegar al 100 %, el cual, obviamente, está en posesión del 100 % de la variable que se esté considerando.

<sup>155</sup> Adviértase lo importante que resulta incluir en la regresión todas aquellas variables, además de las de morbilidad, que pueden influir en el nivel consumido de asistencia, ya que, de lo contrario, el posterior valor de  $HI_{WV}$  podría detectar cierto grado de inequidad horizontal asociado a la capacidad económica cuando, realmente, el origen de dicha inequidad podría estar en alguna variable omitida

Como ya hemos comentado, la metodología propuesta por Wagstaff y Van Doorslaer ha sido la que ha empleado Urbanos para analizar cuál es el grado de equidad horizontal de nuestro Sistema Sanitario en su vertiente de proveedor de asistencia. Los datos que se utilizan en el estudio proceden de las tres únicas Encuestas Nacionales de Salud (ENS) existentes hasta la fecha en nuestro país —correspondientes a los años 1987, 1993 y 1995, respectivamente—. Las ENS, además de por su tamaño muestral <sup>156</sup>, merecen ser destacadas por la amplia información que contienen; así, junto a todo tipo variables relacionadas con el estado de salud individual (autovaloración de la salud, presencia de enfermedades crónicas...), las ENS ofrecen datos relativos no sólo al nivel de utilización de los servicios sanitarios (visitas al médico general, visitas al especialista...), sino también a las características socioeconómicas de los entrevistados (edad, sexo, nivel de estudios...).

Con toda esta información, Urbanos, tras obtener el consumo ideal que corresponde a cada individuo mediante un enfoque econométrico como el descrito, calcula un índice de desigualdad de Wagstaff y Van Doorslaer ( $HI_{w-v}$ ) para cada uno de los servicios considerados, consultas al médico general, consultas al especialista, visitas a los servicios de urgencia y estancias hospitalarias, y para cada uno de los tres años sobre los que se dispone de información. Los resultados obtenidos se reproducen en el gráfico siguiente.

**GRAFICO 8**  
**Indices de desigualdad de Wagstaff y Van Doorslaer ( $HI_{w-v}$ ) por servicios. Evolución temporal**



FUENTE: Elaboración propia a partir de Urbanos (1997).

(la edad, por ejemplo) cuya distribución difiriera entre los distintos grupos de renta.

<sup>156</sup> El número total de entrevistas es de 39.751 en la ENS87, 26.400 en la ENS93 y 8.400 en la ENS95.

Los resultados anteriores permiten extraer interesantes conclusiones:

En primer lugar, los índices de inequidad muestran a lo largo de todo el período de estudio cómo los individuos de menor renta registran un cierto infraconsumo con respecto al número de visitas al especialista y al número de días de hospitalización. En el primer caso, los índices podrían estar reflejando, según Urbanos, ciertas dificultades en el acceso, o bien problemas de agencia entre el paciente y el médico. En cuanto a la estancia media hospitalaria, los valores obtenidos podrían reflejar una diferencia de actitud de los profesionales ante pacientes con distinto grado de información.

Por otro lado, el consumo de consultas al médico general se concentra, sin embargo, en los individuos de menor renta en todos los años analizados. En 1993 y 1995, el resultado se extiende también a las visitas a los servicios de urgencias. La explicación a este hecho podría encontrarse, a juicio de Urbanos, en que los individuos de menor renta y grado de información compensan el infraconsumo del resto de servicios, acudiendo con más frecuencia al médico general o a urgencias, donde el acceso es directo.

Por último, los resultados del análisis agregado demuestran que en 1987 se producía una inequidad significativa que favorecía a los individuos mejor situados económicamente. En 1993 y 1995 el índice global de inequidad vuelve a señalar a este grupo de población como el relativamente más favorecido. No obstante, y a pesar del repunte del último año, Urbanos nos advierte de que en estos dos últimos casos los índices no son estadísticamente significativos. Para esta autora, el aumento en los últimos años del número de puntos de atención se apunta como una de las causas probables de esta favorable evolución en la equidad.

## **2) *La equidad vertical en la financiación de los servicios sanitarios: 1980-1990***

Desde mediados de los años 80, y como resultado de la aprobación de la LGS, el Sistema Sanitario Público de nuestro país ha venido experimentando una importante transformación en lo relativo a su estructura financiera. Así, de un esquema en el que las contribuciones a la Seguridad Social aportaban la mayor parte de los recursos necesarios se ha pasado a otro, a partir del año 1986, en el que los impuestos generales constituyen la principal fuente de financiación del Sistema Sanitario. El origen de esta transformación cabe buscarlo en la nueva conceptualización que de la asistencia sanitaria pública introduce la LGS que, recordemos, vincula el

derecho a recibir atención no a la condición de trabajador, como había sucedido hasta entonces, sino a la de ciudadano <sup>157</sup>.

Uno de los puntos de vista más interesantes desde el que analizar este proceso de cambio en las fuentes de financiación de nuestro Sistema Sanitario es, qué duda cabe, el de la equidad. En concreto, parece de gran interés poder determinar si esta transformación ha generado o no modificaciones en el modo en que individuos con distinta capacidad de pago contribuyen a la financiación de la asistencia sanitaria pública.

Esta cuestión ha sido recientemente tratada en un estudio realizado por Rodríguez et al. (1996). El trabajo, que completa la investigación iniciada por estos mismos autores en un artículo anterior <sup>158</sup>, pretende describir cuál ha sido la evolución en nuestro país de la equidad vertical en el ámbito de la financiación de la asistencia sanitaria —pública y privada—, sirviéndose para ello de la información que proporcionan las Encuestas de Presupuestos Familiares (EPF) de los años 1980 y 1990, únicas existentes hasta la fecha.

Para poder determinar si los individuos con distinta capacidad económica contribuyen o no de forma diferente a la financiación del gasto sanitario es necesario, como es lógico, que antes sepamos cuál es la magnitud de las contribuciones que realizan cada uno de ellos. Por lo que se refiere a la financiación del gasto sanitario privado, esto no resulta muy complicado, puesto que las EPF, además de proporcionar información sobre la renta de los individuos, contiene datos acerca del gasto sanitario en que éstos incurren —primas de seguro, medicamentos...—. En lo relativo a la financiación del gasto sanitario público, sin embargo, determinar la contribución exacta de cada uno de los individuos resulta más complejo. En este punto, la metodología que proponen Rodríguez et al. (1996) pasa por aproximar tales contribuciones a partir de los datos que proporcionan los estudios de incidencia impositiva que, como es bien sabido, tratan de determinar los tipos de gravamen «efectivos» a que están sujetos los distintos individuos. De este modo, para cada una de las distintas fuentes de financiación del gasto sanitario público (cotizaciones a la Seguridad Social, impuestos directos e impuestos indirectos), Rodríguez et al. (1996) obtienen, a partir de distintos estudios de incidencia, el tipo medio de gravamen soportado por los distintos individuos según sea su renta, lo que les permite calcular a continuación cuál es, aproxi-

---

<sup>157</sup> Véase nota 3.

<sup>158</sup> Rodríguez et al. (1993).

madamente, la cantidad de dinero con la que los distintos individuos contribuyen a la financiación del Sistema Sanitario.

Una vez se conoce la magnitud de las contribuciones que los individuos realizan y sus niveles de renta, determinar el grado de equidad existente en la financiación de los servicios sanitarios pasa, según el enfoque adoptado por la mayoría de autores, por contrastar si el porcentaje que representan las aportaciones de los distintos colectivos de renta sobre el total aportado se corresponde, o no, con el porcentaje que las rentas de cada uno de esos grupos representan sobre la renta total. En concreto, Rodríguez et al. (1996) optan por realizar dicha contrastación empleando el índice de progresividad de Kakwani (1977)<sup>159</sup>. Según este índice, las distintas contribuciones son progresivas, proporcionales o regresivas en función de que el valor obtenido para el mismo sea mayor, igual o menor a cero, respectivamente.

Tras la aplicación de la metodología descrita, y utilizando información relativa a los años 1980 y 1990, los resultados a los que llegan Rodríguez et al. (1996) son los que se reproducen a continuación (gráfico 9).

Los resultados anteriores permiten extraer algunas conclusiones interesantes:

Tanto en 1980 como en 1990, los impuestos directos son una fuente claramente progresiva de financiación. Esta progresividad reside en las decilas de renta extrema: en 1990, por ejemplo, mientras que la primera decila posee el 2,6 % de la renta sólo contribuye con el 0,3 % de los impuestos, y la decila más rica, que posee el 27,7 % de la renta aporta el 41,2 % de los impuestos. Por otro lado, la sustitución del ITE y los otros impuestos indirectos por el IVA en 1986 ha provocado un cambio drástico en la progresividad de estos impuestos (que han pasado a ser claramente regresivos en 1990).

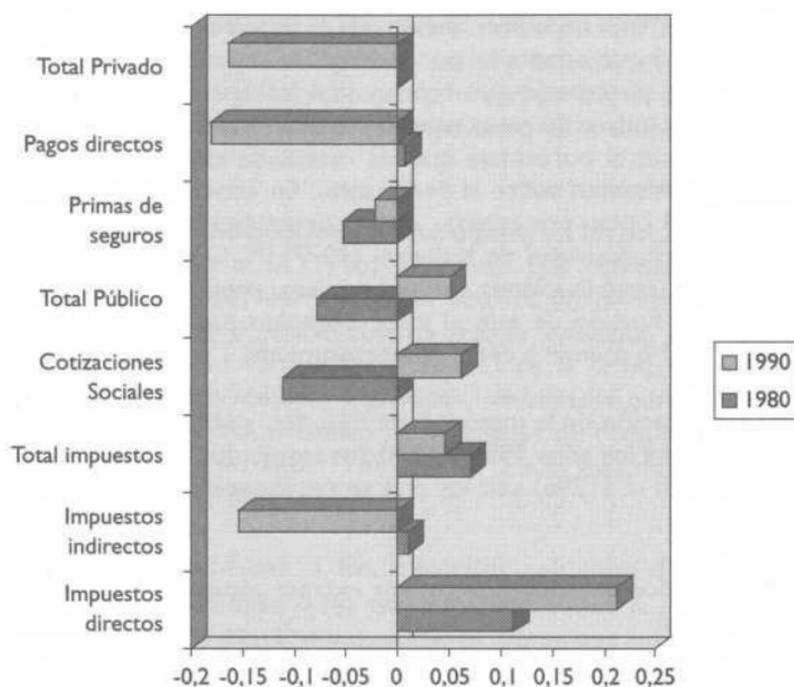
Curiosamente, la combinación de ambos efectos, es decir, unos impuestos directos bastante más progresivos y unos impuestos indirectos más regresivos, arroja como resultado final que los impuestos en general siguen teniendo en 1990 una estructura cercana a la proporcionalidad (igual que en 1980), excepto para la última decila de renta. Por su parte, las cotizaciones sociales

---

<sup>159</sup> Para este autor, la progresividad de un impuesto, o de cualquier contribución en general, puede aproximarse mediante el cálculo de  $C_t - G_a$ , donde  $G_a$  es el índice de Gini de la distribución de la renta antes de impuestos y  $C_t$  es el índice de concentración de los impuestos (esto es, el área comprendida entre la recta de 45° y la curva de concentración de los impuestos).

### GRAFICO 9

#### Progresividad en la financiación de los servicios sanitarios en España (1980 y 1990)



FUENTE: Elaboración propia a partir de Rodríguez et al. (1996).

también han cambiado de signo entre los dos períodos, pasando de ser una fuente claramente regresiva de financiación a ser una fuente progresiva.

En resumen, el cambio en la estructura financiera del Sistema Sanitario ha tenido, en términos generales, un efecto positivo sobre el grado de progresividad con que se financian los servicios sanitarios públicos. Este efecto es atribuible, por un lado, al mayor peso concedido a la imposición general y, por otro, al cambio de signo experimentado por las cotizaciones sociales cuya regresividad anterior había sido, en 1980, la principal causa del ligero carácter regresivo exhibido por el total de pagos públicos existentes.

## **VI. EFICIENCIA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS**

### **VI.A. Las limitaciones a la eficiencia en la gestión sanitaria**

Las limitaciones derivadas del carácter público del cometido pueden clasificarse en no abordables por esenciales (satisfacen objetivos sociales superiores al de la eficiencia) y abordables bien por la investigación bien por la acción. Así se llega a otra forma de contemplar la gestión de la política social: la acción sobre dos familias de limitaciones mitigables —falta de incentivos organizativos y falta de incentivos individuales— mediante dos grupos de actuaciones: introducción de mecanismos de competencia y aplicación de técnicas de gestión, respectivamente.

En la *figura 4* se esquematizan las limitaciones a la gestión de la política social. Algunas son convenientes y otras mitigables. Mitigables, pero no eliminables. Hay que tener claro que las limitaciones convenientes a la gestión de la política social —y que explican precisamente que ésta exista— continuarán existiendo, por lo que conviene recordar que por muchas técnicas de gestión que se apliquen al sector público, empresas y gobierno continuarán siendo dos realidades diferentes. Finalmente, de la misma forma que existen limitaciones mitigables mediante la acción —lo que ha venido en llamarse «nueva gestión pública»— existen otras limitaciones mitigables mediante la investigación. En el cuadro se relacionan, con finalidad ilustrativa, una serie de investigaciones que han contribuido a paliar limitaciones en política sanitaria.

**FIGURA 4**  
**Limitaciones a la gestión de la política social**



FUENTE: Elaboración propia.

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

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

FUENTE: Elaboración propia.

## **VI.B. Privatización de la organización de los servicios sin cambio de titularidad**

Diversas empresas públicas han sido creadas en los últimos años por los Servicios Regionales de Salud. A título de ejemplo: Entidades de derecho público con personalidad jurídica cuya actuación se acomoda al derecho privado (como el *Instituto de Diagnóstico por la Imagen*, adscrito al Servei Català de la Salut o el *Hospital de la Costa del Sol*, tutelado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) o sociedades anónimas de propiedad pública, como el *Sistema de Emergencias Médicas, S.A.* (Servei Català de la Salut) o *Alta Tecnología Sanitaria*, vinculada al Servicio Vasco de Salud.

La motivación fundamental de esta innovación viene dada por el deseo de conseguir mayor libertad de actuación fuera de los ámbitos del derecho administrativo, una huida al derecho privado con ventajas de mayor agilidad, e inconvenientes de pérdida de las garantías del derecho administrativo (concurrencia en la contratación, mérito y capacidad del personal, control del gasto público, motivación de sus decisiones). Una huida incluso del derecho para algunos (Villar, 1994).

En ausencia de mercados competitivos para productos, capitales y directivos, la mera privatización de la organización de los servicios sanitarios debe contemplarse como un cambio de forma burocrática, no como un intento de pasar a una forma organizativa distinta, descentralizada. Por tanto, constituye una cuestión empírica valorar si las ganancias en flexibilidad compensan las pérdidas de garantías y la mayor politización de cuadros y directivos de las nuevas empresas públicas.

## **VI.C. Integración vertical**

La evolución del conocimiento y de la tecnología, la forma de organizar y financiar los servicios sanitarios y el poder de los distintos grupos profesionales dibujan los límites de la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria. La tecnología influye tanto en la adecuación del lugar donde se presta la atención como en la combinación de recursos y habilidades que mejor resuelven un problema. Desde la tuberculosis a las úlceras pépticas o a la insuficiencia renal, los cambios en la tecnología han originado desplazamientos entre niveles. La rapidez de la reasignación de recursos entre niveles varía inversamente con la flexibilidad del sistema y el grado de enrocamiento de los «proveedores habituales».

La Ley General de Sanidad establece dos niveles asistenciales interconectados entre sí: atención primaria y atención especializada. La atención primaria se constituye en la puerta de acceso al sistema sin que la intervención a este nivel esté limitada a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas. En la realidad, la falta de continuidad entre una AP poco madura y una AE en ocasiones dividida entre ambulatoria y hospitalaria, sin criterios clínicos y organizativos comunes, constituye uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario. Ciertamente no es mucho mejor la continuidad en Francia o Alemania, pero sí en el Reino Unido, Dinamarca u Holanda. Esta realidad origina claros perjuicios y da al ciudadano una visión fraccionada del sistema, fraccionamiento que origina problemas de accesibilidad, imagen deteriorada del funcionamiento de los aspectos administrativos y en ocasiones una percepción de enfrentamiento entre los profesionales de los dos niveles. Precisamente, en las encuestas de satisfacción, los aspectos peor valorados son las esperas y los trámites de acceso a otros niveles asistenciales.

Se concibe la integración vertical entre niveles asistenciales como una red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero para el proveedor integrado. Esta integración puede producirse mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones) o a través de acuerdos contractuales: integración virtual. Una integración virtual, mediante contratos, puede evitar algunos de los inconvenientes organizativos ligados al mayor tamaño, como son la atenuación de incentivos, la menor adaptabilidad ante los cambios y las mayores actividades de influencia.

En Cataluña, las entidades que disponen de mayor flexibilidad de gestión —hospitales que funcionan según el derecho privado— están mejor situados para convertirse en el embrión de unos eventuales proveedores integrados, participando en consorcios que gestionan la atención primaria pese a que ésta sea la vía que presenta más peligros para que la atención primaria sea la puerta de entrada al sistema. En noviembre de 1996, 22 de las 203 Áreas Básicas de Salud de Cataluña eran gestionadas por entidades distintas del Institut Català de la Salut: Entre ellos, consorcios (Baix Empordà, Barcelona, Mataró, La Selva...), fundaciones (Sta. Tecla...), mutuas (Terrassa) o sociedades anónimas (SAGESSA) de base hospitalaria

con la excepción de la Sociedad Limitada integrada por médicos de familia que gestiona una parte de la atención primaria de Vic. Una integración capitaneada por los hospitales de agudos puede retardar la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman), por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. Ayudan a esta orientación el freno a la sobreespecialización y el reforzamiento del papel de la atención primaria no tan sólo como puerta de entrada (portero) del sistema, sino como administrador de la finca. Dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada programable constituye un paso en esta dirección.

El buen funcionamiento de un sistema sanitario va más allá del buen funcionamiento de los centros que lo integran. Una financiación capítativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores y la cooperación entre clínicos. Habrá, por tanto, que optar entre proveedores integrados o no integrados (cuestión regulatoria). La forma de presupuestar —en la actualidad— o comprar —en el futuro— señalará la opción.

Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados —problema técnico: ajustar por aquellas variables que influyen en los productos intermedios y que no están bajo el control del proveedor— se favorece la competencia entre niveles, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población —problema técnico: ajustar por riesgo el pago capítativo— se favorece la cooperación entre niveles, ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre AP y AE, pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado —el más resolutivo— y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

## **VI.D. Libertad clínica responsable**

Además de los cambios organizativos que los cambios regulatorios y tecnológicos propicien, hay que considerar la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios y la obviedad de que son ellos quienes realmente asignan la mayor parte de los recursos sanitarios. Y ese comportamiento profesional está sujeto a una ética —entendida como la serie de comportamientos que una profesión estima aceptables— con su correspondiente sistema de controles por colegas, sus mecanismos sancionadores —recompensas y ostracismos— y su creciente apoyo en la evidencia científica.

La autonomía profesional ha quedado seriamente afectada en Estados Unidos por las reformas allí introducidas (principalmente por la generalización de la «medicina gestionada»). Medicare es el último bastión del tradicional pago por acto. Mientras el 60 % de los trabajadores están en planes de «medicina gestionada», este porcentaje sólo llega al 7 para los beneficiarios de Medicare. Sorprenden las diferencias en libertad clínica entre Europa y Estados Unidos. El tiempo dirá hasta qué punto Europa importará tecnologías de gestión sanitaria de Estados Unidos y hará que la considerable autonomía de la que gozan los médicos en Europa disminuya.

A todo médico le cabe la satisfacción de resolver problemas, curar a veces, paliar en ocasiones y consolar siempre. El contenido de su trabajo se enriquece con el progreso científico. Quienes publican ganan reconocimiento profesional e incluso quienes descubren o innovan tienen el reconocimiento intelectual de ser los primeros, primicia laureada a veces con eponimia (la enfermedad de Hodgkin, la espátula de Ayner, o el teorema de Bayes), y más frecuentemente con distinciones y premios.

Pensar en el Estado y en el mercado como los únicos instrumentos de asignación de recursos en Sanidad constituye un craso error. Las profesiones pueden organizarse corporativamente para luchar por sus ingresos y crear barreras de entrada a la profesión en nombre de la calidad, pero también pueden orientarse al usuario, interiorizar los costes de oportunidad, y decidir en el mejor interés de los pacientes con fundamento científico y empatía.

No se entra aquí a valorar si el sistema de incentivos profesionales sirve a la salud de la población (ni la tendencia a la sobreespecialización, ni el premio al hacer y no al escuchar, ni la búsqueda del artículo en lugar de la búsqueda del paciente pasarían el examen), sino simplemente a constatar su existencia para tenerla, conse-

cuentemente, en cuenta. ¿Cómo? Reconociendo a la gestión clínica el protagonismo que tiene en el conjunto de la gestión sanitaria (la macro o política, la meso o gestión de centros y la micro o gestión clínica).

Incorporar la gestión clínica supone contestar a la pregunta de cómo dotar a los médicos –decisores clave del sistema sanitario– con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Siempre se ha procurado. Las «novedades» estriban en la mayor interiorización del coste social de oportunidad (los pacientes son colectivos) y en la creciente orientación al usuario (los servicios sanitarios producen cada vez más calidad de vida, subjetiva por definición).

La asunción del protagonismo de la gestión clínica en los centros sanitarios supone reconocer como responsables de las diferentes líneas de producción sanitaria a aquéllos que están al cargo del cuidado directo de los pacientes, los gestores clínicos que establecen los bienes y servicios que bajo las órdenes médicas se administrarán a cada paciente. Y esta asunción de la gestión clínica en los centros sanitarios admite dos escenarios diferentes: el del ejercicio por cuenta propia y el del ejercicio por cuenta ajena, con los problemas vistos, planteados –fundamentalmente– por las dificultades de medida del desempeño clínico.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**Abásolo, I. (1997):** «La economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria», Cap. 5. Tesis doctoral presentada en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de la Laguna.

**Agustí, A., et al. (1997):** «Utilización de fármacos trombolíticos en Barcelona», *Medicina Clínica*, 108: 167-170.

**Barea, J. y Fuentes Quintana, E. (1997):** «El déficit público de la democracia española», *Papeles de Economía Española*, 68, FIES, Madrid.

**Blanco, A. y De Bustos, A. (1996):** «El Gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional y previsiones hasta el año 2000», D. G. de Planificación, M.º de Economía y Hacienda, *Doc. de trabajo n.º 96003*.

**Cabasés, J. y Martín, J. (1997):** «Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España», en López Casasnovas, G. y Rodríguez, D. (1997), *op. cit.*

**Eddy, D. (1990):** Serie sobre «Clinical decision making: from theory to practice», iniciada en *JAMA* 263: 287-290.

**García Benavides, F. (1992):** «La salud en la Comunidad Valenciana», Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, Valencia.

**González, J., et al. (1989):** «Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España», *Medicina Clínica*, 92: 15-28.

**Jané, E., et al. (1996):** «Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas», *Gaceta Sanitaria*, 10: 211-219.

**Jovell, A. y Navarro-Rubio, M. (1995):** «Evaluación de la evidencia científica», *Medicina Clínica*, 105: 740-743.

**Legrand, J. (1991):** «Equity and Choice: And essay in economics and applied philosophy», Harper Collins Academic, London.

**López i Casasnovas, G. y Casado, D. (1997):** «La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal», XVII Jornadas de Economía de la Salud, Costes y calidad en la contratación de servicios de salud, Murcia, 21-23 de mayo de 1997.

**López i Casasnovas, G. e Ibern, P. (1995):** «Algunas consideraciones básicas para comprender la evolución de las cifras del gasto sanitario», *Hacienda Pública Española*, 134: 133-144.

**López i Casasnovas, G. y Wagstaff, A. (1997):** «La financiación hospitalaria basada en la actividad en sistemas sanitarios públicos. Regulación de tarifas y eficiencia: el caso de la concertación hospitalaria en Catalunya», en López Casasnovas, G. y Rodríguez, D. (1997), op. cit.

**Marqués, A., et al. (1997):** «Variaciones en las tasas estandarizadas de quince procedimientos quirúrgicos en la provincia de Alicante», Pendiente de publicación.

**Mooney, G., et al. (1991):** «Note: Utilisation as a measure of equity: Weighting Heat?», *Journal of Health Economics*, 11: 199-205.

**Navarro, V. y Benach, J. (1996):** «Informe de la comisión científica de estudio de las desigualdades sociales de salud en España», *Revista Española de Salud Pública*, 70: 505-636.

**OCDE (1987):** «Financing and delivering health care», Paris.

**Peiró, S. y Meneu, R. (1995):** «Variaciones en la práctica médica, política sanitaria e investigación en salud», *Variaciones en la Práctica Médica*, 7: 1-3.

**Pellisé, L. (1997):** «La financiación de servicios sanitarios en un contexto de competencia pública», en: López Casasnovas, G. y Rodríguez, D. (1997): *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Asociación de Economía de la Salud, FEDEA y Editorial Civitas, Madrid.

**Rodríguez, M., et al. (1993):** «Equity in the finance and delivery of health care in Spain», en: *Equity in the finance and delivery of health care. An international Perspective*, Oxford University Press, Oxford.

**Rodríguez, M., et al. (1996):** «Nuevas investigaciones de la equidad en la financiación de la atención sanitaria en España», Universidad de Barcelona, Mimeo.

**Romeo J. M. y Ruiz, P. (1994):** «Gestión de calidad total en cirugía de liatiasis biliar», Hospital Severo Ochoa de Leganés, Madrid, Mimeo.

**Roos, N., et al. (1996):** «Population health and health care use: an information system for policy makers», *The Milbank Quarterly*, 74: 3-31.

**Schieber, G. J. y Poullier, J. P. (1989):** «Overview of international comparisons of health care expenditures», *Health Care Financing Review*, Annual Supplement: 1-7.

**Urbanos, R. (1997):** «Equidad horizontal en la provisión pública de servicios de salud: un análisis aplicado al caso español», Universidad Complutense de Madrid, Mimeo.

**Zubiri, I. (1994):** «La equidad y la intervención pública en los mercados de salud», en: López Casanovas, G. (1994): *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona.







Desde que inició sus actividades, la Fundación BBV ha sido la respuesta institucional del Grupo BBV a la voluntad y al compromiso de complementar una sólida estrategia económica y financiera de su gestión con un firme programa de sensibilidad social y de creación cultural, orientados a la mejora del entorno en el que desarrolla su actividad.

La Fundación BBV trabaja en proyectos de investigación para detectar los problemas que más afectan a la sociedad española, a través de los estudios multidisciplinarios, la reflexión y el debate posterior. Pretende, incluso, ir más allá analizando los problemas desde el contexto europeo y desde la perspectiva internacional.

En sus cerca de diez años de existencia, la Fundación BBV ha desarrollado rigurosas investigaciones sobre cuestiones como la sanidad y la salud, el Estado de Bienestar, el futuro del trabajo y la inactividad laboral, la ética financiera o la movilidad urbana. Es importante destacar otro conjunto de estudios llevados a cabo por la Fundación, tales como la identidad cultural y nacional y el nuevo orden mundial, las alternativas a la sociedad competitiva y Visiones de Europa.

La Fundación ha hecho también una notable contribución al campo del conocimiento económico y de la realidad social, con investigaciones sobre magnitudes como el *stock* de capital, inversión, renta, producción, etc. de España y sus provincias y comunidades, con datos que cubren ya los últimos cuarenta años de la economía española.

En resumen, hasta 1998, la Fundación BBV ha organizado 170 encuentros, realizado cerca de 500 investigaciones, 270 seminarios y más de 450 conferencias. Su Programa Cátedra ha posibilitado la estancia y trabajo en centros españoles de científicos extranjeros de más de 40 universidades, y de científicos españoles en la Universidad de Cambridge. Y se sitúa ya en 4.250 su red de colaboradores.

La Fundación BBV mantiene el compromiso de dar a conocer a la sociedad los resultados alcanzados en el marco de sus proyectos y actividades. Documenta, centro editorial de la Fundación, tiene como misión la edición de las publicaciones derivadas de las actuaciones de la Fundación BBV, cuyo catálogo de publicaciones contiene 175 títulos.



FUNDACION BBV

El sistema sanitario español ha vivido los últimos diez años sumido en el debate sobre la necesidad de una reforma sanitaria. Este debate se ha visto impulsado por el repetido aumento del gasto sanitario y, en consecuencia, por unas necesidades de financiación cada vez más exigentes. Las perspectivas de evolución demográfica y de los avances tecnológicos permiten aventurar un incremento del gasto que resume el esfuerzo que la sociedad dedica a la mejora del estado de salud de la población.

*El sistema sanitario español: Informe de una década* analiza el papel desempeñado por cada uno de los agentes económicos que intervienen y el marco institucional en que se desarrollan sus relaciones contractuales: financiadores del sistema, compradores de los servicios sanitarios, intermediarios financieros, proveedores de la asistencia sanitaria y usuarios de los servicios sanitarios en el marco establecido por la Ley General de Sanidad de 1986.

Con la colaboración de:



CENTRE DE RECERCA  
EN ECONOMIA I SALUT-CRES  
UNIVERSITAT POMPEU FABRA

ISBN 84-95163-09-8



9 788495 163097

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: UNA DECAADA DE TRANSFORMACIONES

FUNDACION BBVA

