CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, nº 4, junio-septiembre 1988, pp. 89-117

La financiación de los servicios sanitarios en España

Guillen López Casasnovas
Ph. D. en Economía Universidad de Barcelona

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa
ISSN: 0213-8093. © 1988 CIRIEC-España
www.ciriec.es www.uv.es/reciriec

LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA

GUILLEN LÓPEZ CASASNOVAS

Ph. D. en Economía Universidad de Barcelona

- Introducción
- Consideraciones Generales
- Razones del interés de su estudio
- Modelos X, Y
- Precios VS. impuestos en la financiación de los Servicios Sanitarios
- Estructura, Organización y Financiación de los Servicios Sanitarios en España
- Conclusión
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objeto analizar los flujos financieros que confluyen en la prestación sanitaria, a efectos de caracterizar las posibles consecuencias que de ellos se puedan derivar en la utilización de los recursos económicos.

Tras la descripción de los aspectos que se estiman más relevantes en la financiación de los servicios sanitarios en España se avanzan con un conjunto de consideraciones a partir del análisis de la compatibilidad y consistencia de la financiación de los servicios sanitarios en España con (I) el sustrato ideológico del propio sistema sanitario; (II) la estructura y modo de organización de la prestación y (III) los aspectos macro y microeconómicos derivados de la financiación y que se reflejan en la conducta del paciente y del proveedor en la toma de decisiones.

CONSIDERACIONES GENERALES

En el momento de abordar el estudio de la financiación de los servicios sanitarios en España parece conveniente establecer una serie de consideraciones generales que pueden servir para delimitar el alcance del análisis pretendido. En primer lugar, cabe apuntar el hecho de que no todos los costes derivados de la provisión de servicios sanitarios suelen reflejarse en las cuentas de gasto, no siendo por lo tanto considerados a la hora de determinar los supuestos impactos de los distintos modos de financiación. Este sería el caso, por ejemplo, de los costes de tratamiento en términos de acceso y tiempo de espera, los asociados al cuidado domiciliario o voluntariado, etc. En segundo lugar, tampoco puede considerarse que los gastos convencionalmente incluidos en la contabilidad nacional a efectos del estudio de su financiación cubran en su totalidad el espectro de servicios que, en un sentido amplio vinculados al cuidado de la salud, como es el caso del gasto en la hoy denominada medicina alternativa (homeopatía, aguas termales, iridiología, etc.) o empírica, e incluso el relativo a medidas de promoción o mejora de la

salud externas al propio sector sanitario (1).

Pese a que resulta difícil superar el campo acotado por aquellas dos limitaciones parece claro que en la medida de lo posible vale la pena incluir algunas referencias a aquellas consideraciones en el análisis de los efectos derivados de la financiación de los servicios sanitarios en España.

Finalmente, conviene como mínimo anotar que el estudio de la financiación sanitaria puede acometerse desde diversas vertientes (eficiencia económica, equidad, impacto singular o agregado, etc.) que sobrepasan el interés inicial del presente trabajo. Las páginas que siguen centran su interés en el estudio de la eficiencia, entendiéndose ésta como el cumplimiento del objetivo que tiene asignado el sistema (también formulado posiblemente en términos de equidad tal, al menos, como viene reflejado en el modelo sanitario diseñado por nuestra Ley General de Sanidad (LEGSA)) y la educación y consistencia de su persecución, respecto al coste de lo que la sociedad valora más.

RAZONES DEL INTERÉS DE SU ESTUDIO

La preocupación por el modo con el que la financiación de los gastos sanitarios sirve a los objetivos que tiene fijados nuestro sistema sanitario, surge, como mínimo, del examen de los siguientes extremos:

1. El crecimiento que en un futuro inmediato puede experimentar el gasto sanitario, a la vista de un conjunto de elementos latentes en nuestro sistema sanitario requiere la resolución previa de las disfuncionalidades que puedan existir en la financiación de los servicios. Entre los elementos que impulsarán previsiblemente un crecimiento en el gasto cabe destacar aquellos derivados precisamente de la educación de los medios a los objetivos propuestos (LEGSA), tales como la propuesta universalización del derecho a la asistencia sanitaria, la ampliación del conjunto de servicios hoy no cubiertos por el sistema actual de Seguridad Social, (básicamente asistencia geriátrica,

(1) Véase en este punto G. LÓPEZ CASASNOVAS (1986) "Perspectica 2000: ¿Es previsible la desaceleración del gasto sanitario? JANO, Dic., Vol. XXI, n.° extraordinario.

odontología y salud mental), o bien resultantes del aumento de prestaciones, estandarizadas por un nivel de calidad determinado y que confluiran en el efecto conjunto de la ampliación de la cobertura y de la universalización de la asistencia sanitaria pública. Asimismo, el envejecimiento progresivo de la población ha de inducir sin duda un mayor gasto asistencial. Y en dirección idéntica al empuje adicional derivado de la adopción de nuevas tecnologías así como de cualquier mejora en la calidad asistencia, necesidad de esta última hoy públicamente reconocida y a la que aspira colectivamente la sociedad española (2).

El interés por una correcta financiación sanitaria surge básicamente por la previsible necesidad de aumentar el gasto sanitario público en un futuro inmediato

Por tanto, y en resumen, el interés por una correcta, y coherente con los objetivos establecidos, financiación sanitaria surge básicamente por la previsible necesidad de aumentar el gasto sanitario público en un futuro inmediato. No racionalizar, de modo previo a dicho crecimiento, la estructura del gasto y su financiación —incluyendo aquí el «mix» de financiación deseado— puede traer consigo un crecimiento de gasto extensivo, tanto en sus componentes de cantidad y calidad —a los que legítimamente se aspira— como a los factores de precio, o coste unitario superior al que podría resultar de una prestación en mayor grado eficiente. El no acompasar ambas medidas (reducción en el coste sanitario de la prestación y aumento en el número y calidad de la prestación sanitaria) puede disimular, en las cifras incrementadas de gasto, una mayor ineficiencia en la utilización de los recursos sanitarios y retrasar el cumplimiento de los objetivos del sistema sanitario.

2. En segundo lugar, e independientemente de la preocupación que pueda existir en torno a cómo financiar el previsible crecimiento en el gasto sanitario, resulta interesante la aplicación de la óptica de análisis anteriormente sañalada (coherencia entre estructura y organización y financiación, compatibilidad entre financiación micro y macroeconómica) al «mix» de financiación existente, a la vista de los cambios hoy introducidos por la nueva Ley General de Sanidad y del sustrato ideológico o principios que la informan.

(2) Véase en este punto la encuesta realizada por los profesores GARCÍA LÓPEZ y ALVIRA MARTÍN, por encargo de la Fundación FIES de laConfederación Española de Cajas de Ahorros, de próxima publicación en *Papeles de Economía* (n.° 39, 1988) y en la que se destaca la aspiración a un aumento en el gasto sanitario como la aspiración colectiva de más ámplia base desde cualquiera de las formulaciones efectuadas.

CUADRO N.° 1

SISTEMAS DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA EN DIFERENTES PAISES

	Organismo protector	*Publicación cubierta*	*Criterios*
Alemania Federal	SEGURO ESTATAL OBLIGATORIO (90%)	Obligatorio + Voluntario	- Ingresos obtenidos - Profesionales
	SEG.PRIVADO (7,5%)	Voluntario	
	ESTATAL + PRIVADO (6,7%)		
	* Asistencia gratuita sin desembolso, excepto prótesis y farmacia.		
EE.UU.	SEG.PRIVADO (76%) (lucrativo o no) - variable -según asistencia	Volunario	Profesional y otros
	(Desembolso y reembolso parcial)		
	MEDICARE (12%)	Automático	> 65 años
	MEDICAID (8%)	Automático	pobreza
	SIN SEGURO (12,6%)		
	* Caso general: ranquícia o tiquet moderador		
Francia	SEGURO DE ENFERMEDAD (99%)	Obligatorio + Voluntario	Profesional
	MUTUAS (69,3%)		
	* Desembolso y reembolso /gratuitos algunos / tiquets moderadores: A = 30% B = 20% C = 60 / 30%		

	Organismo protector	*Publicación cubierta*	*Criterios*
Italia	SNS (100%)	Automático	Residencia
	* Asistencia gratuita, excepto farmacia y prótesis dental.		
Paises Bajos	SEGURO OBLIGATORIO (70%)	Obligatorio Facultativo	Ingresos Profesionales
	* Asistencia gratuita, excepto «forfait» farmacéutico.		
	SEGURO PRIVADO (30%)	Facultativo	
	* Desembolso y reembolso posterior total o parcial		

FUENTE: S. SANDIER en "Les politiques de Santé Etrangeres". Coloqui CREDOC. Paris 1985.

No existe una solución única a la financiación de los sistemas sanitarios

CUADRO N.° 1

Como apunta el Cuadro n.° 1, cotizaciones sociales (impuestos sobre nóminas), transferencias de los presupuestos del Estado (financiación general vía impuestos), gasto privado y reembolso, en su caso, a través de sistemas de seguro privado (primas) están presentes hoy en la financiación del gasto sanitario en los diferentes países. Su importancia relativa es obviamente diversa entre ellos (3). En el caso español, su «mix» parece registrar incluso diferencias notables en los ámbitos geográficos en los que se han realizado estudios al respecto (4) (Cuadro n.° 2).

CUADRO N.° 2

En general, puede observarse como no existe una solución única a la financiación de los sistemas sanitarios. Todos los países incluyen parcialmente la mayoría de las fuentes anteriores siendo su combinación, afectación al destino o componente de gasto financiado, el extremo relevante a los propósitos del análisis.

Al estudiar la coherencia de la solución adoptada en cada caso, cabe vincular ésta al modelo de referencia del

(3) Para un mayor detalle, véase por ejemplo, A.J. MAXWELL (1981) *Health and Wealth: An International Study of Health Cara Spending,* Lexington, Massachussets.

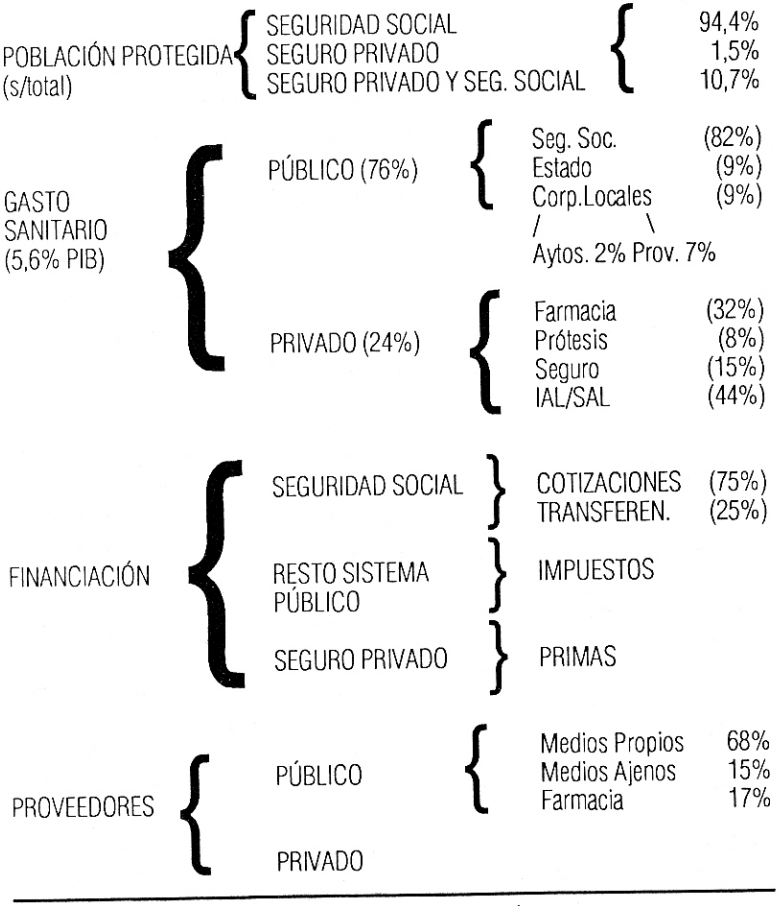
(4) Véase en este punto la tesis dosctoral de M. RODRÍGUEZ (1988) y el artículo de E. ARROJO (1986), ambos citados en la nota bibliográfica.

sistema sanitario vigente en cada país. A efectos ilustrativos, la tipología propuesta por Donabedian y otros (Williams, 1986), aunque quizás excesivamente estereotipada, puede resultar apropiada.

Los rasgos característicos de cada uno de ellos se resumen en el apartado siguiente.

CUADRO N.° 2 (I)

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL (1986)



FUENTE: E. ARROJO (1988) y elaboración propia.

CUADRO N.° 2 (II)

EL SISTEMA SANITARIO DE CATALUÑA (1981)

Gasto Sanitario Total / PIB (5,1%)

Financiación

- Pública (73,2%)
  - Seguridad Social y Mutualidades Públicas (88,3%)
  - Otras Instituciones Públicas (11,7%)
    - Admón. Central (19,7%)
    - Admón. Local (53,8%)
      - Ayuntamientos (55,56%)
      - Diputaciones (44,44%)
- Privada (28,8%)
  - Familias (26,2%)
  - Instituciones privadas sin ánimo de lucro (0,6%)

Proveedores

- Públicos (39,82%)
  - Propio (43%)
  - Concertada (57%)
  - Red Pública
- Privados (60,2%)

Cobertura

- Sólo Seguro Obligatorio (55,7%)
- Doble Cobertura (36,4%)
- Sólo Seguro Priado (6,2%)
- Sin Cobertura (1,7%)

Gasto en Servicios

- Extrahospitalario (50,5%) Farmacia (19%)
- Hospitalario (44,29%)

FUENTE: M. RODRÍGUEZ (1988) obra cit. y elaboración propia.

MODELOS X, Y

Como se puede comprobar a través del análisis del Cuadro 3, el rasgo distintivo básico que marca desde la óptica de la financiación los diferentes sistemas sanitarios en cuanto a su modelo de referencia, es el del alcance con el que se persiga en los mecanismos de racionamiento de los recursos (limitados) existente, el principio de la disponibilidad de pago.

CUADRO N.° 3. MODELOS X, Y

En efecto, la utilización de los precios como instrumentos de asignación de recursos versus otros mecanismos ajenos a éstos)colas, regulación de las formas de acceso, priorización de flujos, etc.) se convierte, en alguna de sus modalidades (tiquets moderadores, copago, franquicias, etc.) en el rasgo comunmente más esclarecedor para el tipo de análisis pretendido.

En la mayoría de ocasiones se impone, sin embargo, escapar de la dualidad demanda / necesidad y buscar cierto equilibrio entre ambos principios, y más genéricamente, entre los criterios de elegibilidad ("si no lo *necesitas* no lo tendrás") y de capacidad ("si no lo *puedes* pagar no lo tendrás").

Dicho equilibrio, pese a que ofrece variaciones según las parcelas asistenciales de que se trate, no puede, en principio resultar incoherente con el sustrato ideológico que fundamente la opción deseada en la estructura y organización de los servicios sanitarios (5).

(5) Véase en este punto el trabajo de JJ. ARTELLS HERRERO "Asistencia Sanitaria: financiación y rentabilidad" en *La iniciativa privada en asistencia sanitaria* "El Nuevo Lunes", 1988. dicho Trabajo ilustra la visión de la Administración Sanitaria española actual entorno al alcance que quiere dársele a la organización no monopolista de la sanidad por la vía de los «efectos indeseables» a evitar (pág. 27)

PRECIOS VS. IMPUESTOS EN LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Desde una óptica económica, la financiación de los servicios sanitarios puede analizarse bajo el doble prisma de los objetivos de equidad y de eficiencia económica parámetros ámbos rectores de los distintos modelos

sanitarios. Para la consideración final del impacto que sobre ellos puedan tener resultan relevantes tanto los aspectos de financiación como los de provisión; es decir no tan sólo debería analizarse el quién, cuánto y cómo de las contibuciones realizadas, sino también el quién, cómo y cuándo del posible beneficio de la prestación.

CUADRO N.° 3

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE PROVISIÓN

SISTEMA X	*SISTEMA Y*
SANIDAD COMO OTRO BIEN CUALQUIERA LIBERTAD COMO FIN (contra la planificación imperativa y la coacción)	SANIDAD COMO "DERECHO" LIBERTAD (= existencia de oportunidades reales de elección) — 'FROM' VS 'TO' —
IGUALDAD (=iguadad del individuo ante la Ley)	IGUALDAD (= de oportunidades de elección)
INCENTIVOS PERSONALES	(coacción política vs. coacción económica) = ligitimación del valor moral del éxito
(responsbilidad - ganancia - moticación)	ESTADO BENEFACTOR
	[= mecanismos sociales regualres vs. espontaneidad altruista) que puede rebajar al receptor y corromper al donante]

Desde una óptica económica, la financiación de los servicios sanitarios puede analizarse bajo el doble prisma de los objetivos de equidad y de eficiencia económica

Desde una óptica de análisis parcial —esto es, refiriéndonos tan sólo a la financiación de los servicios— dos don los extremos que desde un punto de vista genérico

resultan de interés: El hecho de que el posible pago se asocie al nivel de la prestación ofertada de acuerdo con el principio del beneficio en la fijación de precios, o sea independiente de ésta y reflejo de la capacidad de pago (o también del principio del beneficio, en el caso de que éste sea función directa de dicha capacidad) en el establecimiento de impuestos. Ambos criterios sirven de modo diferente a los objetivos de eficiencia y equidad. Por ejemplo, una concepción igualitarista de la equidad requeriría que los instrumentos de financiación se relacionasen en mayor medida con el criterio de capacidad de pago, bien en términos absolutos, bien en términos proporcionales, pese a que ello pudiera tener un coste en cuanto a la eficiencia en la asignación.

Ello chocaría obviamente con criterios de eficiencia económica que al pretender minimizar la distorsión impuesta por el instrumento de financiación en la elección del consumidor, favorecería un criterio de disponibilidad a pagar (por la vía de la voluntariedad del consumidor soberano), a cambio de los servicios sanitarios recibidos. Por otro lado, dicha minimización (técnicamente, del exceso de gravamen) en caso de que la tributación fuese el instrumento utilizado, sería consistente, únicamente, con impuestos que incidieran sobre bienes de demanda rígida o inelástica; esto es, con un curva de demanda que no reaccionase, o lo hiciera débilmente, al impuesto-precio establecido. Ello se cumple especialmente para aquellos bienes o servicios considerados de primera necesidad, o lo que es lo mismo, en aquellos en que los elementos de necesidad predominasen sobre los de apetencia o voluntariedad en su utilización. Obviamente ello conllevaría probalemente, sin embargo, la violación de los objetivos de equidad; por ejemplo, al incidir previsiblemente aquellos elementos de modo igual entre desiguales, violando el principio de equidad vertical.

En general, pues, la adopción de precios versus impuestos en la financiación de los servicios debería pues considerar (I) el *alcance en la utilización del principio de capacidad de pago al servicio de la combinación equidad / eficiencia económica elegida;* (II) la consecución o no de

un beneficio particular y pago como *contraprestación recibida a cambio del servicio de carácter individualizable;* (III) *la importancia que puedan tener los efectos externos* (positivos o negativos) y que rebasen los internalizables en la satisfacción individual obtenida por el consumidor y que, por tanto, no sean considerados por éste en la revelación de preferencias o de lo que se está dispuesto a pagar; (IV) *el grado de elasticidad que presente la demanda del bien o servicio* en cuestión, al hacer o no posible o deseable una estratégia al servicio de la eficiencia económica de modo más o menos consciente, y finalmente (V) *los costes de recaudación* asociados a cada uno de los distintos mecanismos de financiación.

En la referencia concreta de las consideraciones anteriores al caso de los servicios sanitarios cabrian las siguientes reflexiones: Primero, el extremo contenido en (I) no es independiente del tipo de modelo sanitario elegido y antes esquematizado en torno a los sistemas X e Y; por tanto, se trata en este punto del resultado de la elección colectiva que la sociedad haya podido formular políticamente en el establecimiento de uno u otro tipo de modelo.

Respecto a (III), no es posible establecer un supuesto genérico sobre el carácter «público» de los servicios sanitarios fundamentado en el supuesto de externalidades sociales positivas. Sin negar que para vacunaciones, campañas educativas, preventivas, etc. puedan aparecer dichos efectos externos positivos, requiriendo el no dejar a la parte destinataria el peso de la financiación (a la vista de los beneficios sociales derivados en adición a los individuales), para la mayoría de los servicios sanitarios, domina, por el contrario, el carácter de «consumo rival», siéndole de aplicación, la posibilidad de excluir de su utilización a través de la fijación de precios. La realidad del primero de los puntos se comprueba en el caso de la asistencia hospitalaria, con la existencia de las listas de espera y del segundo, con el desarrollo alcanzado en la asistencia primaria por las entidades aseguradoras privadas.

Respecto a (II) (pago por contraprestación), la racionalidad de su implantación proviene de sus potenciales efectos en cuanto a evitar posibles despilfarros de recur-

sos, a través de la consecución de un balance individual más apropiado entre la utilidad derivada de la prestación y la desutilidad que representa su coste, suponiendo que ámbas se conocen. Sobre este extremo cabría añadir lo siguiente. En primer lugar existen costes asociados a la utilización de servicios, adicionales a los puramente monetarios derivados del reembolso directo. Tal es el caso del resultante del coste de oportunidad del tiempo perdido a la espera de diagnóstico y tratamiento. La suma de ámbos costes varía entre servicios sanitarios, por lo que los efectos de un tiquet moderador, o de un aumento en el pago directo puede amortiguarse por la utilización de un servicio sustitutivo que resulta, de este modo, relativamente abaratado (por ejemplo, una franquicia en la asistencia ambulatoria puede derivar en un incremento de la automedicación). En segundo lugar, la mayor parte de la literatura que ha enfatizado las ventajas de los precios en los servicios sanitarios ha derivado sus contrastaciones empíricas como resultado de analizar el proceso en sentido inverso; es decir, analizando los resultados de un descenso de las barreras monetarias de acceso a los servicios a través del establecimiento de seguros colectivos (6). Si bien parece que dicha medida ha incrementado, en efecto, la utilización de servicios sanitarios su inversa no necesita ser necesariamente cierta. Además y tal como prueba para nuestro país el gasto farmacéutico, la importancia del efecto resultante en términos de disminución del consumo, depende del propio porcentaje que representa el tiquet moderador establecido.

Finalmente, una actuación exclusiva de racionalización de la asignación de los recursos sanitarios por el lado de la demanda choca con el núcleo de evidencia disponible sobre la inducción de la demanda por parte de la oferta, además de olvidar variables diferentes al precio que, como veíamos antes, también influencian la demanda de los servicios sanitarios, tal como sería el caso del cambio en factores culturales, de acceso a los servicios (desplazamiento y espera, etc.).

En cuanto a los costes de recaudación (V), "ceteris paribus", no parecen significar barrera alguna significativa

(6) Véase revisión bibliográfica efectuada en este punto por J. CULLIS y P.A. WEST en *The Economics of Health. An introduction*, Martin Robertson, 1979 (pp. 101-104).

a la implantación de precios. La utilización a estos efectos de mecanismos de pago similares al tiquet moderador en la prestación farmacéutica prueban el punto anterior. Ello sería así en especial de mantenerse una excesiva diferenciación de precios por vía de la segmentación de usuarios y que de la implantación de tarifas no resultase un nivel alto de impagos entre determinados colectivos, pudiendo haberse asignado éstos, previamente, a supuestos de beneficencia.

Respecto a la mayor o menor rigidez de las funciones de demanda (IV), cabría distinguir entre tipos y episodios asistenciales desde la perspectica del binomio necesidad-voluntariedad diferenciados. En particular a la vista del contenido específico en el que se concreta en cada supuesto la relación de agencia médico-paciente, u oferta inductora de demanda, pudiendo de este modo considerar los casos siguientes (WILLIAMS, 1987):

(I) Caso en el que el paciente quiere y desea la asistencia, estando dispuesto en todo caso a pagar por ella, y siéndolole previsiblemente beneficiosa;
(II) como en el caso anterior, pero sin capacidad financiera para hacer frente a dicha asistencia;
(III) supuestos en los que el paciente no quiere la asistencia pero el médico y la sociedad piensan que es conveniente; y
(IV) caso en el que el médico sabe que la asistencia no va a rendir fruto alguno, pero el paciente la quiere y está dispuesto a pagarla.

Aunque no existen soluciones de tipo general a los extremos anteriores, es obvio que desde un punto de vista teórico resultan en mayor medida aceptables los critetios de disponibilidad de pago para aquellas prestaciones que muestren menor rigidez en sus funciones de demanda. Nótese, sin embargo, que una solución parcial de este tipo podría chocar con la deseable integración de los servicios sanitarios. Por ejemplo, podría discutirse su aplicación a determinados servicios de asistencia primaria —cumpliendo éstos supuestamente un papel de criba a la utilización de los servicios hospitalarios— la coherencia, por ejemplo, de su utilización para la priorización de listas de espera,

El caso norteamericano parece mostrar que la corrección vía mercado de algunos problemas de la prestación sanitaria provoca otros mayores en varios elementos asistenciales (calidad, acceso y equidad)

dejando aabierta sin embargo la puerta de las urgencias hospitalarias (sobre las que supuestamente denominan criterios de mayor necesidad), etc. Ello añade, en definitiva, un cierto foco de complejidad a la utilización de los mecanismos de precios en la financiación de los recursos sanitarios como medida de racionalización de la utilización global de los recursos. Como recientemente reconocía el editordel "New England Journal of Medicine", el caso norteamericano —paradigmático en la utilización de tarifas de servicios sanitarios— parece mostrar como los diferentes intentos de corregir vía mercado alguno de los extremos implícitos en la prestación sanitaria, ha provocado problemas colaterales mayores en otros elementos asistenciales (calidad, acceso y equidad), «suministrando tan sólo a algunos ciudadanos, y en algunos lugares, una asistencia excelente, pero nunca a la totalidad de la población a un coste razonable" (7).

ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA

A la hora de definir la *estructura* de los servicios sanitarios en España, pueden distinguirse cuatro rasgos característicos. Se trata en primer lugar, y globalmente considerada, de una estructura jerarquizada bajo probisión pública monopolística y, en la mayoría de los casos, con producción pública directa de los servicios. El despliegue de la asistencia responde a supuestos de integración, de modo coherente con la responsabilidad única que la rige. Los principios de jerarquización se extienden, en principio, a la regulación de los distintos ámbitos de provisión de modos de producción, estableciéndose, dentro de dicho marco, la disposición y utilización tanto de los recursos sanitarios como del flujo de pacientes asistidos en las diferentes áreas asistenciales.

En segundo lugar, y básicamente por razones históricas, se mantiene una cierta dispersión en los entes que componen dicha estructura. Ello se traducirá, como

(7) *New England Journal of Medicine,* Junio, 2, 1988.

La estructura sanitaria española es poco homogénea en la destribución de los servicios y poco uniforme en la estructuración de las responsabilidades de gestión

veremos más adelante, en algunas disfuncionalidades en el modo de organización y financiación del sistema, siendo de entre ellas la más destacada la resultante del encabalgamiento entre los Ministerios de Seguridad Social y Sanidad y Consumo en la ordenación, planificación y gestión de los servicios sanitarios.

En tercer lugar la estructura sanitaria española puede caracterizarse por constituir un sistema de seguridad social pública y obligatoria que aspira a extender el derecho a la asistencia al conjunto de la población como resulta propio de los modelos asistenciales (8) y a la ampliación de la cobertura de servicios incluidos en el sistema (9).

En cuanto lugar, y finalmente, se trata de una estructura territorializada, aunque poco homogénea en la distribución de los servicios, y, de este modo, poco uniforme en la estructuración de las responsabilidades de gestión. Tal como muestra el Cuadro 5, al menos cuatro tipos de entes autónomos se configuran a la vista del techo competencial alcanzado en materia sanitaria, sin aparente consistencia teórica respecto de un posible modelo de descentralización sanitaria alguna. Ello puede estimular, por un lado la aspiración a constituir microsistemas regionales sanitarios autosuficientes (políticas de planificación, investigación, evaluación y formación, etc.) y, por otro, a crear un marco confuso de responsabilidades resultado del desigual reparto geográfico de competencias.

CUADRO N.° 5

En cuanto a la *organización* de dichos servicios sanitarios, ésta se basa en una prólija regulación del funcionamiento interno de las instituciones, del estatuto de su personal y de la disposición de los recursos en el sistema de provisión. El modo concreto de producción es jerárquico, con formas de financiación asalariadas (determinadas a través de convenios sin igualdad de negociación entre las partes), y sólo puntualmente concertado con autonomía en el modo de prestación, supuestamente integrado —aunque con formas geográficamente diferenciadas— básicamente, debido a razones históricas (10) y en manos, sin embargo,

(8) En este sentido cabe considerar la extensión del derecho a la asistencia a colectivos tales como jóvenes mayores de 23 años en paro, no incluidos ya en el padrón de beneficencia municipal, y que de otro modo no conserva derecho sanitario asistencial alguno. Dicha edad se pretende hoy ampliar a los 26 años.

(9) En igual dirección cabe apuntar las previsiones de la Ley General de Sanidad de incluir en un futuro inmediato, y de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, los servicios de odontología y salud mental en la cobertura asistencial pública.

(10) Este es el caso, por ejemplo, de Cataluña en cuanto a servicios concertados, donde la utilización de medios hospitalarios ajenos a la S.S. cuatriplica en dicha Comunidad Autónoma los valores medios del conjunto del Estado.

CUADRO N.° 4

PARÁMETROS CLAVE EN LOS SISTEMAS DE PREVISIÓN

1	Porcentaje de población cubierta por sistemas de seguro obligatorio	Probabilidad de acceso y alcance de la asistencia recibida, dependiente, probablemente de la cobertura
2	Papel del pago directo efectuado por el individuo en un esquema de seguro público	Probabilidad de acceso y alcance de la asistencia recibida, dependiente, probablemente de la cantidad que represente el pago directo
3.	Coste del seguro privado	Decisión de si adoptar o no un seguro privado, dependiente, probablemente de las primas (netas de impuestos) ofrecidas
4.	Papel del pago directo efectuado por el individuo en un esquema de seguro privado	Posibilidad de acceso y alcance de la asistencia recibida, dependiente, probablemente de la cantidad que represente el pago directo
5	Reglas que rigen el acceso al sistema de asistencia sa-nitaria	La población mejor educada puede ser capaz de explotar el sistema en su provecho, siempre que exista una variedad de puntos de acceso posibles [Salkever (1975)]
6.	Alcance de las variaciones existentes «inter» e «intra» regionales en la disponibilidad de recursos	Dado que la disponibilidad local de recursos influencia la probabilidad de contacto la cantidad de asistencia provista, la distribución del gasto en asistencia sanitarias entre diferentes grupos de renta dependerá del alcance de las desigualdades en la provisión de recursos entre áreas de baja y alta renta (Culyer y otros, 1981)

FUENTE: WAGSTAFF, Van DOORSLAER y P. PACI (1988).

CUADRO N.° 5

LAS COMPETENCIAS SANITARIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN SUS ESTATUTOS DE AUTONOMÍA

Comunidad Autónoma	*Competencias Exclusivas*	*Desarrollo legislativo y ejecución*	*Ejecución*	*Sistema Financiero*	*Diputaciones*
País Vasco	Ordenación farmacéutica e higiene (teniendo en cuenta las restantes).	Todas las restantes salvo la gestión del régimen económico de la Seg. Soc. (RESS)	Gestión RESS (1) Productos farmacéuticos	Convenio	
Cataluña	Higiene (teniendo en cuenta las restantes).	Todas las restantes salvo RESS	Gestión RES. Productos farmacéuticos	LOFCA	
Galicia		Todos salvo RESS	Gestión RESS sin perjuicio de la Caja única. Productos farmacéuticos	LOFCA	
Andalucía	Sanidad e Higiene (sin perjuicio de C.E. 149 1. 6) Orientación y Planificación familiar.	Todas las restantes salvo RESS	Gestión RESS. Productos farmacéuticos	LOFCA	
Navarra	Las anteriores a la entrada en vigor de la Ley Orgánica.	Sanidad interior e higiene. Todas las restantes salvo RESS	Gestión RESS. Establecimiento y productos farmacéuticos	Concierto	C.A.Uniprovincial
Asturias		Sanidad e higiene Coordinación hospitalaria incluida la de la S.Soc. (2)		LOFCA	C.A.Uniprovincial
Cantabria		Sanidad e Higiene (2)		LOFCA	C.A.Uniprovincial
La Rioja		Sanidad e higiene Coordinación hospitalaria General (2)		LOFCA	C.A.Uniprovincial
Murcia		Sanidad e higiene Coordinación hospitalaria General incluida la de la S.S. (2)		LOFCA	C.A.Uniprovincial
Comunidad Valenciana		Todos salvo RESS	Gestión RESS. Productos farmacéuticos	LOFCA	
Aragón	Sanidad e higiene.	Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seg. Soc. (2)		LOFCA	
Castilla-La Mancha		Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud. Sanidad e higiene Coordinación hospitalaria general incluida la de la S.S. (2)		LOFCA	
Canarias		Sanidad e higiene (2) Coordinación hospitalaria General incluida la de la S.S. (2)		LOFCA	
Extremadura		Sanidad e higiene. Centros sanitarios públicos. Coordinación hospitalaria en general (2)		LOFCA	
Baleares	Sanidad e higiene		Servicios de la S.S. y gestión de su régimen económico (2)	LOFCA	C.A.Uniprovincial
Madrid		Sanidad e higiene (2)		LOFCA	C.A.Uniprovincial
Castilla-León		Sanidad e higiene (2). Promoción, prevención y restauración de la salud. Coordinación hospitalaria en general incluida en la S.Soc. (2)		LOFCA	

(1) Disposición Adicional Quinta del Estatuto del País Vasco: "La Comisión Mixta de transferencias que se crea para la aplicación de ete Estatuto establecerá los oportunos convenios mediante los cuales la comunidad Autónoma asumirá la gestión del régimen económico de la Seguridad Social dentro de su carácter unitario y del respeto al principio de solidaridad según los procedimientos, plazos y compromisos que para una ordenada gestión se contengan en tales convenios"

(2) El Estatuto prevé que las restantes competencias podrán ser asumidad mediante ley orgánica sin especificar el alcance de la competencia aunque incluso en este caso existe diversidad de posibilidades.

FUENTE J.C COSTAS "La financiación de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas Un panorama confuso" en IV Jornadas de Economía de la Salud Junta de Andalucía 1985

de múltiples proveedores (Seguridad Social, Administración del Estado, comunidades Autónomas, Corpo-raciones Locales —estos dos últimos entes con algo más del 20% del gasto sanitario— (Véase Cuadro n.° 6), sin que exista una especialización clara entre ellos (11) excepto quizás para el caso de las Diputaciones Provinciales.

CUADRO N.° 6

GASTO SANITARIO EN ESPAÑA 1988 EN PORCENTAJES SEGÚN ENTES GESTORES DE GASTO

Ministerio de Sanidad	2
INSALUD	76
CC.AA.	12
Entes Locales	10
Diputaciones	7,6
Ayuntamientos	2,4

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo. Anteproyecto de Presupuesto 1988. Datos y cifras (a partir de presupuestos)

Una vez definidos los grandes rasgos de la estructura y organización del sistema sanitario español podemos entrar ya en las cuestiones de financiación.

La financiación de los servicios sanitarios puede analizarse bajo cuatro diferentes ópticas:

1. Financiación global del sistema;
2. Financiación de los entes centrales y territoriales, gestores de los servicios sanitarios;
3. Financiación de centros e instituciones sanitarias.
4. Financiación o pago de los proveedores de los servicios sanitarios.

En lo que resta del presente trabajo vamos a desglosar cada uno de los puntos anteriores. En cuanto a la financiación del sistema, ésta proviene en sus tres cuartas partes de impuestos, siendo la cuarta parte restante financiación del gasto de carácter privado.

(11) Por ejemplo, la oferta hospitalaria de algunos Ayuntamientos como por ejemplo el de Barcelona, o la oferta asistencial del Ministerio de Defensa en algunos territorios difícilmente puede someterse a una pauta homogénea de racionalización en el futuro despliegue de los servicios regionales de salud.

CUADRO N.° 7

Como veíamos antes, esta forma de financiación suele ser consustancial a los modelos sanitarios del tipo Y, de seguridad social pública y obligatoria o típicamente asistenciales.

No existe, de hecho, una afectación impositiva específica a la financiación del gasto sanitario público, aunque se mantiene, en cierto modo, la ficción de su financiación parcial a través de las cotizaciones sociales o impuestos sobre las nóminas. En efecto, como se puede comprobar en el cuadro n.° 8, la práctica coincidencia entre la transferencia proveniente del Presupuesto del Estado (impuestos) al de la Seguridad Social (contingencias) y el gasto qdel INSALUD como ente gestos de la Seguridad Social, hace que aquella identificación resulte poco realista y en cualquier caso tendente a desaparecer, tal como prevé la Ley General de Sanidad (12).

En cualquier caso, en la medida en que se mantienen el encabalgamiento anterior entre los Ministerios de Sanidad y Trabajo y Seguridad Social, en cuanto a la financiación de los servicios, sí cabe considerar desde la óptica de la restricción presupuestaria global, el carácter en cierto modo residual que representa la Sanidad dentro de los presupuestos de la Seguridad Social. Esto es así, al menos a la vista de la necesidad de encajar las cifras globales de gasto sanitario con los correspondientes a las prestaciones económicas y sociales, que en época de crisis han resultado prioritarias registrando un fuerte carácter expansivo.

Fuera del gasto sanitario público, un 28% del total del gasto sanitario proviene del usuario

Fuera del gasto sanitario público, un 28% del total del gasto sanitario es gasto directamente proveniente del usuario. En él se incluye tanto la participación en el precio de los medicamentos por parte de las clases no pasivas, com el pago directo por aquellos servicios hoy no incluidos en la cobertura ofertada por la Seguridad Social. Asimismo, incluye todo el gasto voluntariamente realizado por los ciudadanos en la compra de primas de seguro, el pago directo por los servicios y la búsqueda de un mayor grado de calidad (igualas o servicios sanitarios privados). De

(12) Véase en este punto J. COSTAS y G. LÓPEZ CASASNOVAS, 1986, "La expansión del gasto sanitario y la Ley General de Sanidad", *Papeles de Economía Española, n.° 23,* (pág. 196).

acuerdo con las estimaciones de las que se dispone, todo parece indicar que la distribución geográfica y personal de dicho gasto sanitario es poco homogénea, tanto entre Comunidades Autónomas como dentro de ellas (13).

CUADRO N.° 7

	% GASTO SANITARIO PÚBLICO EN EL PIB	% GASTO SANITARIO EN EL PIB	
Australia	6,6	7,8	
Austria	4,4	7,2	
Bélgica	5,7	6,2	
Canadá	6,2	8,4	
Dinamarca	5,3	6,3	
Finlandia	5,4	6,6	
Francia	6,5	9,1	
Alemania	6,4	8,1	
Grecia	3,6	4,6	
Islandia	6,5	7,9	
Irlanda	6,9	8,0	
Italia	6,1	7,2	
Japón	4,8	6,6	
Luxemburgo	-,-	6,4	(82)
Países Bajos	6,8	8,6	
Nueva Zalanda	4,4	5,6	
Norruega	5,6	6,3	
Portugal	3,9	5,5	
España	4,2	5,8	
Suecia	8,6	9,4	
Suiza	-,-	7,8	(82)
Turquía	-,-	-,-	
Reino Unido	5,3	5,9	
Estados Unidos	4,4	10,7	
Promedio	5,6	7,2	

FUENTE: OCDE "Financing and Delivering Health Care". París 1987.

En cuanto a la financiación de los *entes gestores territoriales,* el criterio de descentralización de recursos, que se añade al genérico de la financiación autonómica, se

(13) Por ejemplo, de acuerdo con una encuesta raliza-da por la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Cataluña, citada por ROVIRA (1986), una quinta parte de la población catalana manterndría de modo simultáneo un doble seguro, público y privado, un 32% de los cuales pertenecería al grupo de renta denominado media / alta y el 11% al grupo de renta media/baja. Ello confirmaría el que dicha práctica no es común únicamente a grupos de población de elevada renta, contra lo que se suele suponer habitualmente.
Asímismo, de acuerdo con los datos provisionales de una encuesta realizada por encargo del INSALUD en 1988, un 12,2% como media de la población española tenía seguro privado, un 82% del cual lo compartía con el sistema público de cobertura, incluyendo aquí las «igualas», tal como lo declaraba el 2% de los individuos encuestados.
Posiblemente el mejor análisis del gasto sanitario privado en España es el realizado para el caso de Cataluña en la Facultad de C. Económicas de la Universidad de Barcelona.

basa en la población como aproximación al número de beneficiarios (14). Sin embargo, en un primer momento, el ejercicio de competencias en materia sanitaria (transferencias de la Seguridad Social) no corresponde a la totalidad de CC.AA., sino, de modo un tanto aleatorio a sólo algunas de ellas (estas son, Cataluña, Andalucía, Valencia, Galicia yCanarias). Punto y aparte merece la transferencia de los servicios santiarios del INSALUD a las CC.AA. forales, al aplicárseles también a éstas el sistema genérico de concierto económico. El carácter político del acuerdo de transferencias alcanzado, sobrepasa el análisis económico aquí pretendido (15).

En la definición del criterio demográfico, cabe matizar, sin embargo, la menera con la que dicho criterio se ha venido aplicando. En primer lugar, la distribución por número de beneficiarios, que es el criterio propugnado por la LEGSA, de hecho no se utiliza, siendo aproximado éste por la población, al desconocerse la cifra de beneficiarios (debido a que no existe, por ejemplo, una cartilla individual de asistencia sanitaria). En segundo lugar, la base sobre la que se aplica el porcentaje anterior es la cifra de gasto realizado por el INSALUD (16), incluyendo a dichos efectos el gasto inicialmente presupuestado y las desviaciones que respecto de éste pueden surgir. En realidad, la aplicación de ambos factores no es automática. Por un lado, se acepta que si los porcentajes de gasto efectivo o «de partida» superan o no alcanzan al de la población, el ajuste se realizará gradualmente en el espacio de diez años (17). Por otro lado, la política seguida por el INSALUD de cargar al ejercicio en curso los gastos generados en ejercicios anteriores, obliga a un retraso en la afloración de los déficits y así en la participación por parte de las CC.AA. en las liquidaciones correspondientes. El cuadro n.° 8 es ilustrativo de la dificultad de presupuestación por parte de las CC.AA. y la escasa materialización que consecuentemente representa el proyecto presupuestario como restricción y motivación a la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

CUADRO N.° 8

La posterior distribución a los centros propios pertenecientes a la red pública de las cantidades

(14) Para una discusión de la hipótesis de una posible inconstitucionalidad del criterio establecido por la LEGSA, frente al sistema de financiación automática general (LOFCA), véase COSTAS, GONZÁLEZ y SOLER (1985).

(15) Véase en este punto J.C. COSTAS "Equidad Territorial en España: Condicionanates económicos e institucionales". Comunidación presentada a las VIII Jornadas de Economía de la Salud, Canarias, mayo de 1988.

(16) Existe, en general, una deducción —polémtia por otra parte— en concepto de servicios centrales y Centros Nacionales.

(17) Así se acuerda en 1984, tres años después de la primera transferencia de servicios a la Generalitat de Cataluña, respecto a la que no se había concretado dicho presupuesto, originando incertidumbre al final de los ejercicios presupuestarios.

CUADRO N.° 8

INGRESOS DEL "INSTITUT CATALA DE LA SALUT"
Años a los que pertenecen y
en los que realmente se reciben

(las cifras no incluyen amortizaciones)

Pertenecen a: / Recibidos durante	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	TOTAL
1981	9.920	—	—	—	—	—	—	9.920
1982	4.000	108.621	—	—	—	—	—	112.621
1983	5.230	1.352	129.238	—	—	—	—	135.820
1984	5.500	8.470	—	137.248	—	—	—	151.218
1985	—	—	3.940	—	148.609	—	—	152.549
1986	—	—	—	6.827	13.173	165.759	—	185.759
1987	—	—	—	924	1.528	14.577	182.604	199.633
1988	—	—	—	—	—	—	*17.963	17.963
TOTAL	24.650	118.443	133.178	144.999	163.310	180.336	200.567	965.483

(*) Previsión

FUENTE: J.C. COSTAS TERRONES (1988), obra cit. (pág. 18).

anteriores —o su directa asignación, en caso, de no mediar un ente territorial de gestión interpuesto (la mayoría de las CC.AA. excepto las señaladas en la sección anterior)— adoclece de problemas similares a los anteriormente señalados; es decir el no cumplimiento en general del papel de racionalización de recursos a la que toda restricción presupuestaria debiera en principio aspirar, En efecto, el incrementalismo es nota dominante. La inexistencia de técnicas de presupuestación por programas (18) u otras alternaticas factibles a lo la que acaba siendo simplemente el reembolso de los costes históricos incurridos —aunque bajo una supuesta formulación de presupuesto global prospectivo— significa un débil estímulo a lo que de otro modo debería ser condición necesaria para una asignación eficiente de los recursos. Al contrario, como se ha señalado en otros trabajos (G. LÓPEZ, 1985), el incrementalismo presupuestario a nivel de centros sanitarios ha supuesto un escaso estímulo a la eficiencia en etapas de poca

(18) La amplitud de la clasificación funcional definida a estos efectos (asistenciales extrahospitalaria, farmacia, asistencia con medios ajenos, etc.) permite concluir la dificultad de que reciba tal consideración.

restricción del gasto, y una penalización relativa a la eficiencia en aquellos otros períodos en que dificultades financieras han acabado imponiendo la asignación de recursos bajo criterios uniformes en la forma de «cash limitis». De este modo, el ajuste a dicho tipo de situaciones ha resultado en mayor modo difícil para aquellos centros que habían mostrado en el pasado una mayor cociencia de los costes incurridos en sus decisiones de gasto y ha generalizado el sentimiento, entre los gestores de los centros, de que ahorros en los costes hoy en determinados programas sanitarios acaba suponiendo menores recursos asignados en el futuro al centro en su conjunto. Dicha situación es propia de lo que la teoría económica denomina el «dilema del prisionero», en el que todos pierden por no encaminar su estratégia a objetivos comunes, en un clima de incertidumbre y recelo mútuos.En el caso de los centros ajenos (producción privada bajo provisión pública) la financiación de la actividad concertada se basa en el pago por día de estancia en el hospital, con algunas variantes en el caso de Cataluña, y con ciertos refinamientos a la hora de distinguir entre diferentes niveles de cualificación de la oferta concertada (22). En general, dicho sistema de financiación supone un estículo al incremento de retrasos en el diagnóstico y tratamiento, de elevado coste social e incoherente con objetivos de mantenimiento de la salud supuestamente rectores de los sistemas públicos integrados de asistencia sanitaria.

El sistema de financiación de la actividad concertada de los centros ajenos supone un estímulo al incremento de retrasos en el diagnóstico y tratamiento de elevado coste social

Finalmente, en cuanto al *pago de proveedores* cabe señalar como en el campo *hospitalario* parece hacer existido una fuerte política de rentas entre el período 1967/84, instrumentada en sí mismo como medida de contención del gasto (19). Como se ha señalado en otros trabajos (20) la pérdida registrada en el poder adquisitivo del salario de los médicos hospitalarios se ha traducido en una insatisfacción generalizada entre dichos profesionales, Dicha política ha sido cuando menos equívoca, al ignorar la posibilidad que tiene el médico de influir sobre otras variables del sistema, con efectos también importantes en los niveles de gasto. En este sentido, dicha política puede haber incidido negativamente en el componente «carga de

(22) Véase en este punto G. LÓPEZ CASASNOVAS: "La concertación externa de los servicios sanitarios" Ponencia presentada en las III Jornadas de Servicios Sociales, Palma de Mallorca, 1988).

(19) Véase en este punto COSTAS-LÓPEZ CASASNOVAS, (op. cit.).

(20) Véase G. LÓPEZ CASASNOVAS (1984): *Presupuesto y Gasto Público,* n.° 25.

trabajo» efectivas de trabajo realizadas por el personal médico. Como resultado de todo ello, otros componentes del gasto pueden haberse incrementado, compensando incluso los efectos esperados de la política de rentas anteriores en términos de una supuesta reducción de gasto (21).

En el ámbito de la *asistencia primaria* existen estudios que separan el crecimiento en el número de personal respecto del incremento en los salarios reales. Sin embargo el gasto conjunto en personal no hospitalario permanece estable en el período 1982-86; período éste en el que, además, el número de cartillas aumentó con la ampliación de la cobertura. En este punto, todo parece pues indicar que al corresponderse el sistema de pago, al menos parcialmente, con el número de cartillas, el efecto de la política de limitación de recursos puede haberse reflejado, en mayor medida, en un descenso relativo en el número de staff empleado y/o en un descenso en la calidad de la asistencia primaria prestada.

El nuevo modelo retributivo para el personal sanitario del INSALUD intenta, al menos en teoría, aumentar la productividad y mejorar la calidad asistencial

Frente a la situación antes descrita, el Decreto-Ley de 12 de Septiembre de 1987 establece *un nuevo modelo retributivo* para el personal sanitario del INSALUD, que equipara su remuneración a la del resto de funcionarios del Estado, a la vez que incrementa los salarios en caso de acogerse al compromiso de dedicación exclusiva de ejercicio en el sector público. Con ambas medidas se intenta, al menos en teoría, aumentar la productividad y mejorar la calidad asistencial 923). Punto y aparte merece el complemento de productividad —una de las pocas medidas de incentivación explícitamente planteadas— y que al distribuirse en la mayoría de los casos de modo uniforme entre los distintos profesionales ha perdido toda virtualidad. Más esperanzador puede resultar el intento de desincentivar económicamente el exceso de guardias médicas que venía registrando y que tenían una incidencia muy importante, aunque diversa, sobre la nómina del médico.

En el campo de la asistencia primaria y también con el objeto de intentar mejorar el bajo nivel actual de calidad asistencial y paliar la falta de incentivos de los profesionales sanitarios, la *rforma de la asistencia primaria* actualmente en

(21) Dicha política parece finalmente invertirse en el período 1985-87 con un incremento medio en el gasto en personal en instituciones cerradas, en Pt constantes, de un 14% aproximadamente.

(23) Con esta misma razón se ha argumentado el establecimiento de jornada partida (hasta las cinco de la tarde), aún sin exigir renuncia alguna al ejercicio de la medicina privada.

curso supone diversas medidas; entre ellas y básicamente, la prolongación del horario laboral y la incentivación al trabajo en equipo. Todo ello, a cambio de mejoras salariales respecto de los niveles actuales ya alcanzados por los médicos generales «de cupo». La incógnita abierta hoy es si con dichas elevaciones, más bien de escasa cuantía, se aceptará la prolongación del tiempo laboral a 30-36 horas semanales respecto de las actuales 15-18 horas, y Isi el estímulo al trabajo en equipo se podrá conseguir con los complementos destinados a estos efectos y los medios materiales que la reforma parece ofertar de un modo adicional a la prolongación de horario (24).

Como se analiza en otros trabajos (COSTAS y LÓPEZ, 1988) el procedimiento general de retribución del personal médico —al que deberán unirse los ATS de zona— se basa en una cantidad fija y otra proporcional al número de cartillas asignadas. de este modo, la retribución se convierte prácticamente en salarial aunque con diferencias según el número de cartillas. La combinación elegida puede evitar los peligros de la completa asalarización (como sucede en los centros hospitalarios) y los derivados del sistema de cupo anteriormente producidos. Como es sabido, los sistemas de capitación tienden a incentivar el reenvío de pacientes a los hospitales sin establecer los procesos de coordinación entre profesionales, ni de integración de los servicios sanitarios (25).

CONCLUSIÓN

A la vista de todo lo anteriormente expuesto cabría señalar los siguentes puntos que se destacan a modo de resumen.

1. La definición de un modelo asistencial de provisión pública universal en su alcance es en mayor medida consistente con un sistema de financiación por la vía de los impuestos. En este sentido parecería apropiado sustantivizar los presupuestos sanitarios con la transferencia presupuestaria del Estado, contabilizada yo hoy en el presupuesto de la Seguridad Social. Sin embargo ello no implica que no puedan aplicarse medidas, ya sea de incremento de recau-

(24) Por otra parte, se están integrando los especialistas, que hoy prestan sus servicios en los ambulatorios, a los hospitales, a efectos de evitar duplicaciones. Ello supone, de entrada, una elevación de los salarios de los especialistas que se integran, ya que los salarios en los hospitales son más elevados que los existentes en los ambulatorios.

(25) La alternativa a la reforma basada en los equipos de atención primaria podría haber consistido en la creación de un sistema de elección de médico al que se retribuyera por acto médio o apitación, pero ejerciendo su actividad en la consulta propia del médico, en la línea del sistema financiero adoptado por países como Canadá, Francia, Holanda y Alemania.

dación, ya sea para evitar el despilfarro de recursos, ambas con componente social coherente con los objetivos del modelo sanitario y sin detrimento de equidad alguno. Por ejemplo, la afectación de los recursos derivados de las medidas de incremento de recaudación vía precios a objetivos tales como ampliación de la cobertura, la inclusión de nuevos servicios, etc. puede ser ilustrativa a estos efectos. La identificación de componentes asistenciales basados en menor medida en criterios de necesidad, así como aquellos elementos cualitativos de efectividad clínica nula (asistencia blanda) podría considerarse a los efectos anteriores.

2. Provisión pública (y responsabilización de la salud de la población) no implica necesariamente producción pública directa. La producción privada concertada puede ser igualmente efectiva en la consecución de objetivos de eficiencia económica y equidad, especialmente en caso de producirse paralelamente en el sistema de financiación. Dicha política puede a su vez aminorar los problemas de gestión de una estructura asentada sobre criterios de jerarquía y asalarización del personal en la escala funcional.

3. El cambio en el sistema de financiación de los centros proveedores de asistencia sanitaria aparece, en la mayoría de los casos, como condición necesaria, aunque quizás no suficiente, para una mejora en la utilización de los recursos sanitarios. Las prácticas existentes de reembolso retrospectivo de los costes históricos incurridos y de la aplicación de limitaciones financieras uniformes en las consignaciones presupuestarias deberían ser igualmente evitadas. Objetivizar a nivel funcional, territorial y de centros el reparto de los recursos sanitarios es hoy, en general, condición indispensable para un mejor funcionamiento de nuestro sistema sanitario.

4. La política macroeconómica de distribución de recursos debe resultar consistente con la financiación de los proeedores, responsables últimos de la prestación sanitaria. En el ámbito hospitalario y respecto al personal médico, la retribución requiere homologación y exigencia en el cumplimiento de la dedicación, acompañando ambas medidas de un sistema de monitorización y seguimiento de

su cumplimiento que pueda impactar, aunque sea puntualmente —caso del plan de productividad—, en la nómina salarial. Otras medidas que ayuden a aumentar la satisfacción en el trabajo son también necesarias si se quiere mejorar la calidad asistencial.

Las reformas emprendidas en este campo, tanto a través del nuevo modelo retributivo como, en especial, de la reforma de la asistencia primaria, son en este sentido esperanzadoras, al intentar hacer frente a un estado de cosas notoriamente insatisfactorio.

5. La participación del ciudadano en la financiación de los servicios debe permitir su categorización como usuario consumidor, recibiendo, en contraprestación, la asistencia y calidad debidas. Cualquier política que permita un incremento en los márgenes de elección de médicos y centros de provisión de servicios sanitarios por parte del paciente en relación con el determinismo de flujos hoy existentes, puede ayudar a la consecución de dichos objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

CABANES HITA, J. (1988) "La financiación de la sanidad en España". *Gaceta Sanitaria* n.° 4 (nueva época). Barcelona.

COLL CUOTA, P. (1988) "Demografía y Gasto Sanitario: El criterio de financiación de la LGS". Comunicación presentada a las *VIII Jornadas de Economía de la Salud.* Gran Canaria.

COSTAS TERRONES, J.C. (1985) "La financiación de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas: Un panorama confuso" Comunicación presentada a las *IV Jornadas de Economía de la Salud.* Sevilla.

COSTAS, J.C.; GONZÁLEZ, J.C., SOLER, C. (1985) *El Proyecto de Ley General de Sanidad.* Instituto de Estudios Económicos. Colección Informes. Madrid.

COSTAS TERRONES, J.C. y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1988) "Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario español" *Papeles de Economía Española,* n.° 39 (próxima publicación).

LÓPEZ CASASNOVAS, G (1985) "Gasto público y proceso

presupuestario: El caso de la financiación de los hospitales". *Presupuesto y Gasto Público* n.° 25. IEF. Madrid.

RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, M. (1988) "El gasto sanitario privado en Cataluña". Tesis doctoral, Fac. C. Económicas, Universidad de Barcelona (mimeo).

WAGSTAFF, A.; VANDORSLAEN, E. y PACI, P. (1988) "Equity in the Finance and Delivery of Health Care". Ponencia presentada a las *VIII Jornadas de Economía de la Salud.* Gran Canaria.