

1

ESPAÑA 1993

**una interpretación
de su realidad social**



Fundación Encuentro

Centro de Estudios del Cambio Social (C.E.C.S.)

La Fundación Ramón Areces, la Empresa Iberdrola y la Fundación Encuentro sostienen, en este Centro de Estudios, el Departamento de Elaboración de Datos, la Biblioteca y el Banco de Datos, así como el Centro de Documentación Europea y de las Comunidades Autónomas. Todos ellos sirven de base al Equipo de Investigadores encargados de redactar el “Informe Anual sobre la realidad social española”.



Edita: Fundación Encuentro
Alvarez de Baena, 7, Bajo
28006 Madrid

ISBN: 84-89019-00-2
Depósito Legal: M-27134-1994

Fotocomposición e Impresión: Comprint, S.L.
Albadalejo, 6 - 28037 Madrid

Capítulo VII	
SALUD Y SISTEMA SANITARIO	327
I. Tesis interpretativas	329
1.—Los costes de la universalización y de la financiación pública	329
2.—Racionalización y eficacia	330
3.—La satisfacción/insatisfacción de los usuarios	331
II. Red de los fenómenos	333
1.—Los problemas del sistema sanitario español	333
2.—La reforma sanitaria por etapas	345
3.—Logros y deficiencias: la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios	355
4.—Perspectivas de futuro del Sistema Nacional de Salud	359
III. Indicadores	361

Capítulo VII

SALUD Y SISTEMA SANITARIO

I. TESIS INTERPRETATIVAS

1. Los costes de la universalización y de la financiación pública

Los niveles de salud de la población española son totalmente equiparables a los del resto de los países industrializados, tanto en lo que se refiere a los indicadores básicos de salud como a los indicadores más específicos de morbilidad.

El Sistema Sanitario, en los países desarrollados, constituye uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar. El Sistema Nacional de Salud (SNS) español se encuentra entre los más extensos del mundo en cuanto a cobertura, y la calidad técnico-profesional de las prestaciones está al nivel de los países de nuestro entorno.

La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, que configura el sistema sanitario español actual, se apoya, entre otros, en dos principios básicos:

- la universalización de la protección
- la financiación pública de la mayor parte de las prestaciones.

A partir de la entrada en vigor de la LGS se inicia un período de fuerte crecimiento del gasto, buena parte del cual es incontrolado, como lo evidencian las enormes desviaciones presupuestarias que año tras año se repiten. Se genera así una profunda crisis financiera en nuestro SNS, agravada todavía más por la crisis general de las finanzas públicas, que impone necesarios recortes presupuestarios.

Las causas principales de este déficit son de dos tipos:

a) estructurales:

- el creciente envejecimiento de la población española,
- la innovación tecnológica y la demanda consiguiente de personal más especializado,
- las mayores exigencias de salud y de calidad de la asistencia sanitaria derivadas de la mejora del nivel de vida,

b) funcionales:

- el excesivo protagonismo de la atención hospitalaria,

- la ausencia de competencia, que redundaba en una escasa preocupación por el gasto,
- una gestión poco económica de los recursos, escasamente flexible y sin mecanismos de control y de información efectivos,
- una atención excesivamente medicalizada y un uso irracional del medicamento, donde, además, los laboratorios disponen de un elevado poder de manipulación.

El incumplimiento sistemático de los presupuestos, la deuda con los proveedores –que amenaza en algunos lugares con un bloqueo del sistema– y la falta de rigor en los gastos siembran la incertidumbre sobre la viabilidad financiera del sistema y dan lugar a una falta de credibilidad del mismo.

2. Racionalización y eficacia

La reforma del SNS, emprendida ya por el Ministerio, pasa por una racionalización del gasto farmacéutico y de las prestaciones asistenciales. A este respecto, parecen especialmente adecuadas algunas medidas adoptadas; entre ellas:

- la aprobación de un catálogo de prestaciones,
- la creación de una Comisión Nacional para el Uso Racional del Medicamento,
- el decreto de financiación selectiva de las medicinas,
- la reducción de los precios de los medicamentos.

Se debería insistir más, no obstante, en el problema de la sobre- y auto-prescripción, fenómeno muy extendido en la sociedad española. Los laboratorios, los médicos y los usuarios tendrían que tomar más conciencia de los peligros y los costes de este comportamiento.

La gestión es el otro factor básico de la reforma. Se pretende conseguir una organización y gestión más eficiente, que permita incrementar la productividad y reducir los costes, en virtud, entre otros factores, de una mejora sustancial de la información y de una mayor transparencia del proceso de producción y distribución de los servicios sanitarios.

En esta dirección apuntan algunos cambios significativos que se han producido en los dos últimos años:

- separación de la prestación de servicios, por un lado, y la autoridad sanitaria/financiación, por otro,
- financiación, a partir de 1993, de las prestaciones según un contrato-programa con los centros del Insalud. Se adoptarán criterios contables propios de la actividad mercantil y se procederá a un mayor control para evitar despilfarros.

Esta búsqueda de la racionalidad y de la eficacia requiere un cambio de cultura sanitaria (hábitos y valores sanitarios de los usuarios, de la organización, del negocio médico-farmacéutico, etc.) por parte de todos los sujetos e instituciones que participan en él. Sin este cambio de cultura difícilmente podremos mantener el actual nivel de cobertura y de calidad de las prestaciones.

3. La satisfacción/insatisfacción de los usuarios

Las quejas acerca del sistema sanitario público son habituales entre la población usuaria. Esto no significa su descalificación total. Hay que señalar, por un lado, que existe una hipersensibilidad social hacia todo lo referido a la salud; por otro, que la insatisfacción está normalmente en relación con aspectos organizativos y de disponibilidad de recursos, y no con la atención médica.

Las listas de espera para operaciones quirúrgicas o pruebas clínicas se han convertido en el catalizador y símbolo del descontento, junto a una apreciación negativa de las condiciones materiales de los centros. El aumento de las listas de espera se debe a la conjunción de una mala o insuficiente utilización de los recursos y de un crecimiento importante de la demanda de operaciones quirúrgicas.

Se deberían potenciar, en este aspecto, las medidas encaminadas a una utilización racional y eficiente de todos los recursos existentes (públicos y privados), así como el establecimiento de criterios racionales en la gestión de las listas de espera, que evitasen los tratos de favor y las desigualdades, pero que impidiesen, a su vez, en la medida de lo posible, que unas situaciones más urgentes que otras sufran la «tiranía de la vez».

La centralización de la gestión y otras medidas tomadas por diversas instituciones, como la colaboración con centros privados, han

contribuido a reducir estas listas de espera en algunos casos, lo cual ha de redundar en una mayor satisfacción de los usuarios.

Igualmente positiva ha sido durante el año 93 la promulgación del Real Decreto que regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Insalud, una demanda habitual de los usuarios desde hacía bastante tiempo.

II. RED DE LOS FENOMENOS

1. Los problemas del sistema sanitario español

La sanidad pública es uno de los pilares esenciales del Estado de Bienestar europeo, uno de sus símbolos más sobresalientes y, como tal, nació y se desarrolló desde el poder estatal. El derecho universal a la atención sanitaria, independientemente de los recursos económicos individuales, se ha transformado en un derecho ciudadano de primer orden, al que difícilmente renunciarán los pueblos europeos.

Antes de proceder a discutir los principales problemas que aquejan a nuestro Sistema Nacional de Salud, conviene destacar algunos aspectos generales del sistema sanitario en su conjunto, del cual aquél es sólo una parte, si bien es cierto que la más importante.

1.1 Características generales del sistema sanitario español

La Constitución española establece, en el artículo 43, el derecho de los españoles a la protección de la salud como un derecho social. A dicho derecho corresponde el deber estatal de crear un sistema público que proteja la salud de los españoles desde los principios de universalidad e igualdad. Lo cual no implica necesariamente que el Estado esté obligado a ser el organizador del sistema sanitario o el proveedor de los servicios de salud. Para cumplir el precepto constitucional, el Estado debe *garantizar* la prestación de servicios sanitarios a toda la población en condiciones de igualdad. Una vez garantizada esa universalidad e igualdad, la provisión y organización de *la protección de la salud* puede correr a cargo de otras entidades no estatales como, por ejemplo, el sector privado o las Comunidades Autónomas.

El sistema sanitario español es un sistema complejo en el que conviven distintos subsistemas con múltiples efectos cruzados. Existen dos formas alternativas de acceder a los servicios sanitarios, aunque es frecuente que ambas se utilicen de forma simultánea: a través del sector privado, y a través del sector público, mediante el llamado aseguramiento social. Este último se realiza dentro de los distintos regímenes de la Seguridad Social o dentro de las diversas mutualidades existentes (MUFACE, ISFAS, etc., y también las denominadas *Entidades colaboradoras* de numerosas grandes compañías). La oferta de ser-

vicios, por otro lado, puede ser también privada (con o sin fines de lucro) o pública. A pesar de que la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 ha simplificado esta estructura, al integrar dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) las distintas redes públicas preexistentes, el grado de complejidad en la interrelación de los distintos subsistemas sigue siendo elevada.

La Ley General de Sanidad significó la culminación de un lento proceso de universalización de las prestaciones públicas de servicios sanitarios, de suerte que el porcentaje de población protegida se sitúa ya en torno al 98%, quedando fuera del ámbito de protección determinados colectivos, fundamentalmente de renta elevada. Parte de esta población protegida, unos 4 millones de españoles según el *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS* (más conocido como *Informe Abril*), o incluso 4,8 millones según otras fuentes no oficiales, están doblemente protegidos a través de la Seguridad Social y mediante un seguro privado. Este interesante fenómeno es considerado como uno de los indicadores claves de las deficiencias del Sistema Nacional de Salud. No debemos olvidar que el número de pólizas privadas creció un 5% durante 1991, sin que el número de personas susceptibles de aseguramiento de salud experimentase variación significativa alguna.

El Sistema Nacional de Salud configurado por la LGS se apoya en los siguientes principios básicos:

- promoción de la salud y prevención de las enfermedades,
- universalización de la protección y financiación pública de las prestaciones,
- condiciones de igualdad efectiva y superación de las desigualdades territoriales y sociales en el acceso a la salud,
- distribución de los recursos y promoción de la participación de todos los sectores implicados.

Algunos de estos principios, sin embargo, no han ido más allá de expresar buenas intenciones. Pero es indudable que a partir de la Ley General de Sanidad se ha potenciado extraordinariamente la Atención Primaria, tradicionalmente infradotada y relegada. Se le han atribuido funciones de promoción y prevención de la salud, y se la ha dotado de mayores y mejores recursos para incrementar la calidad del servicio y aumentar la satisfacción del usuario. Es ésta una medida importante dirigida a evitar el exceso de presión que hasta ese momento se registraba en las urgencias hospitalarias y en las consultas

externas de los hospitales, presión que estaba provocando un deterioro de su capacidad operativa.

Por otro lado, la Ley General de Sanidad plantea una reorganización de la prestación de servicios al consagrar, por un lado, la descentralización autonómica, y, por otro, la concepción del sistema como *sistema de salud* y no como *sistema sanitario*, al establecer una ordenación territorial en función de la *integración*.

El proceso de descentralización se ha producido en casi todos los países europeos en la forma de una regionalización, que es vista como una solución técnica para manejar los costosos y complicados sistemas públicos de sanidad y no implica, necesariamente, una pérdida de control por parte de los centros políticos estatales sobre los gastos globales y las decisiones sobre la universalidad del sistema. La tendencia general consiste en regionalizar una parte importante de la planificación y prácticamente toda la administración, quedando la supervisión de los parámetros básicos de la política sanitaria en manos del Estado.

En la actualidad solamente 6 Comunidades Autónomas (Cataluña, País Valenciano, Andalucía, Galicia, País Vasco y Navarra) tienen competencias transferidas en materia de salud. En estos casos las competencias de planificación y ordenación sanitaria corresponden a las Comunidades Autónomas, supeditadas, no obstante, a la coordinación general del Estado. Se pretende garantizar la coordinación y comunicación entre los distintos Servicios Regionales de Salud y el Ministerio a través del Consejo Interterritorial de Salud; sobre su funcionamiento y efectividad se albergan, no obstante, dudas. En este sentido, existe el peligro de que se incrementen las diferencias regionales, tanto en lo que se refiere a los recursos disponibles como a la propia organización y funcionamiento de los distintos Servicios Regionales de Salud.

La *integración*, por su parte, refleja la reorientación teórica de los sistemas públicos de salud a partir del *Programa Salud 2000* de la OMS. De acuerdo a esa reorientación lo *sanitario* –o lo asistencial/sanitario– es sólo uno de los elementos de la *salud*, que incluye también la *protección y prevención* sociales e individuales. Los planes autonómicos de salud, con diversos grados de insistencia, recogen esta nueva concepción, que entiende la salud como el resultado de un *orden social saludable*. Ese propósito global de *integración* del sistema, que responde a una concepción nueva de la intervención pública en el ámbito de la salud, se refleja en una reorganización estructural, también

prefijada en la LGS en sus aspectos centrales. Se establece la ordenación básica de los sistemas autonómicos en tres niveles: el *servicio autonómico de salud* (u organismo público que planifica y gestiona las acciones fijadas por los Gobiernos autónomos y tuteladas por las Consejerías de salud), los *sectores sanitarios* (subdivisiones territoriales –de unos 150.000 o 200.000 habitantes– que disponen como mínimo de un hospital y de los servicios de especialidades –aunque ésta no sea su única función–) y las *áreas básicas de salud*, en las que debe existir un centro de salud que coordina, a nivel local, las acciones de promoción, prevención y asistencia primaria. Esta organización en tres niveles es general en todas las Comunidades Autónomas y actualmente está en fase de implantación.

1.2 La quiebra financiera del Sistema Nacional de Salud en el contexto de la crisis fiscal del Estado de Bienestar

El primer gran problema con el que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud es, expresado en términos metafóricos, el de su quiebra financiera. En la pasada década, y hasta la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1987, los gastos sanitarios permanecieron prácticamente congelados en términos reales, lo que supuso un descenso de su importancia relativa respecto al PIB. A partir de ese año, que coincide en el tiempo con la etapa de expansión económica, se inicia una fase de importante crecimiento, por encima del de la economía, y en marcado contraste con la evolución del gasto sanitario privado (tabla 1, en Indicadores). Este crecimiento no se debió sólo a una mayor asignación presupuestaria en los Presupuestos Generales del Estado, sino que en buena medida es fruto de una desviación cada vez más importante entre los presupuestos iniciales y los gastos finalmente liquidados. Sería aceptable una cierta desviación en las previsiones de gasto de un servicio como el sanitario de muy difícil cálculo inicial; pero la situación es más preocupante cuando de los iniciales déficits del 3% y 5,4% en los años 1983 y 1985, respectivamente, se pasa a déficits superiores al 10%, como ha ocurrido a partir de 1986 (tabla 2, en Indicadores).

Las causas que explican este crecimiento del déficit son múltiples, por lo que citaremos sólo algunas:

- Un factor estructural subyacente y básico: el creciente proceso de envejecimiento de la población. Según distintas estimaciones oficiales, el gasto sanitario de una persona mayor de 65 años es, como media, tres veces superior al de una persona activa.

— Las mayores exigencias en cuanto a calidad y tipo de prestaciones, derivadas de la mejora general en el nivel de vida de la población protegida.

— La importante innovación tecnológica en el sector, de elevado coste y de carácter no sustitutorio, sino complementario en términos de personal y de medios de diagnóstico. Las nuevas tecnologías sanitarias no sólo no sustituyen «hombres por máquinas», sino que requieren más personal especializado; además, en muchas ocasiones, tampoco llegan a sustituir a las viejas tecnologías, complicando el panorama tecnológico sanitario y hospitalario de forma notable.

— Los propios cambios introducidos por la Ley General de Sanidad: la universalización de las prestaciones y la descentralización del gasto, a lo que hay que añadir el tipo de gestión económica practicada en los hospitales y el crecimiento de los salarios del sector.

— Por último, aunque con una enorme importancia, recordemos que un factor significativo en el crecimiento del gasto sanitario está localizado en el gasto en medicamentos.

Un crecimiento tan rápido como el experimentado en estos últimos años es insostenible a medio y largo plazo; pero, en los momentos actuales, ante la crisis fiscal del Estado que vive España, es insostenible también a corto plazo. De hecho, el gasto sanitario es visto como uno de los grandes responsables del déficit público, asumiendo el triste papel de constituir uno de los obstáculos más importantes para la recuperación económica y para lograr las condiciones requeridas para la convergencia en la Unión Europea.

Es todo un desafío político, una asignatura pendiente de graves implicaciones, plantear una estrategia de viabilidad financiera del Sistema Nacional de Salud en una sociedad como la española: cada vez más envejecida, cada vez menos activa económicamente en términos de población y cada vez más consumidora de bienes sanitarios por obvias razones de edad. El presente y futuro del Sistema Nacional de Salud español exige:

- controlar el crecimiento del gasto sanitario público;
- lograr un uso más eficiente de los recursos;
- racionalizar el gasto, en definitiva, sin que ello suponga menoscabo alguno para la calidad de las prestaciones, ni que se ponga en peligro el principio básico de universalidad;

— aumentar el grado de satisfacción de los usuarios, en virtud de una mayor libertad de elección, un menor tiempo de espera y un trato más personalizado.

La dimensión económica no es la única dimensión relevante del Sistema Nacional de Salud, pero, en la presente situación de crisis fiscal del Estado, ha pasado a primer plano de actualidad y de interés. El Sistema Nacional de Salud necesita importantes medidas reorganizativas de carácter estrictamente sanitario; pero éstas no serán viables si no se despeja la incógnita del futuro económico de todo el Sistema. El objetivo del control del crecimiento del gasto y de un uso más eficiente de los recursos no es exclusivo del Sistema Nacional de Salud español; muy al contrario, se trata de una profunda preocupación compartida por los sistemas sanitarios de todos los países de nuestro entorno socioeconómico, algunos de los cuales han llevado a cabo reformas radicales.

En España, las sistemáticas y elevadas desviaciones presupuestarias de la sanidad pública han terminado por generar un déficit presupuestario para el conjunto del sistema cifrado, a 31 de diciembre de 1991, en 561.222 millones de pesetas; es decir, una cuarta parte del presupuesto inicial previsto para 1993. De esta rotunda y grave desviación, aproximadamente la mitad correspondía a deudas pendientes con proveedores de distinto tipo, y la otra mitad a deudas pendientes con la Seguridad Social (por impago de las cotizaciones sociales de los trabajadores del sistema) y con la Hacienda Pública.

Esta práctica de impagados ha tenido importantísimos efectos perversos para el Sistema Nacional de Salud; sus consecuencias se hacen sentir más allá de los propios centros de gestión y han afectado a usuarios del Sistema que no eran culpables de nada. Así, en Andalucía y Murcia son numerosos los hospitales concertados que se han negado a admitir pacientes procedentes del Sistema Nacional de Salud, o que han procedido a remitir facturas de cobro a los propios pacientes por impago de las deudas pendientes. También se han registrado algunos casos claramente negativos para el funcionamiento y la imagen del Sistema Nacional de Salud: trabajadores que no perciben sus salarios en la fecha prevista por falta de recursos, proveedores habituales que cancelan suministros por falta de pago. Respecto a esto último, en Andalucía se ha llegado a constituir una Organización de Proveedores y Acreedores del Sistema Andaluz de Sanidad para exigir el pago de las deudas pendientes.

Pero no sólo está en juego la imagen del Sistema Nacional de Salud; las repercusiones materiales son peores si cabe:

— Por un lado, los prolongados retrasos en el cobro (que pueden llegar incluso hasta los 600 días) llevan a que los proveedores carguen elevados intereses de demora, que en casos puntuales pueden superar incluso el 100% del coste de la factura; ejemplo de un claro despilfarro de recursos que no sobran, precisamente, en el Sistema. De hecho, el coste financiero medio de la deuda contraída por el Sistema Andaluz de Sanidad en 1992 ascendía al 30% del total de los recursos.

— Otra de las consecuencias negativas de este déficit está en relación con el propio proceso de financiación de la sanidad pública y con la gestión de los recursos. A medida que crece la proporción del ya menguado presupuesto inicial que es necesario emplear para saldar las deudas históricas, disminuyen las disponibilidades para el ejercicio anual, lo que redundará en un agravamiento del problema. Esta situación, viciada ya de raíz al elaborar unos presupuestos iniciales que todos los actores del Sistema consideran como irreales, ha llevado a una escasa utilización del presupuesto como herramienta básica de gestión y, en consecuencia, a una relajación en el control de la gestión. A esto se añade que estas deficiencias se dan en un contexto marcado por una elevada rigidez en la asignación de recursos.

1.3 Uso y abuso de los medicamentos

El segundo gran problema de nuestro sistema sanitario se encuentra en la prestación farmacéutica, pieza clave en todo sistema de salud. La aparición de dicho problema se debe a la coincidencia de tres factores:

- el fortísimo ritmo de crecimiento que ha experimentado en los últimos años esta partida del gasto sanitario,
- su creciente incidencia dentro del conjunto del gasto sanitario,
- el hecho evidente y demostrado de que ciudadanos y profesionales de la sanidad hacen un uso del medicamento muy alejado de la racionalidad.

Desde 1986, el crecimiento del gasto farmacéutico ha sido sumamente elevado: en torno al 18% anual (11% en términos reales) (tabla 3, en Indicadores). Aunque en los dos últimos años el ritmo de crecimiento ha descendido sustancialmente, los niveles actuales siguen

siendo muy elevados: en 1992 el crecimiento fue del 15%, y contribuyó prácticamente en un punto y medio al crecimiento del gasto sanitario público total. Según estimaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (consideradas más bien conservadoras, por cierto), si continúa este ritmo de crecimiento del gasto, la factura farmacéutica podría elevarse en 1997 a 1,24 billones de pesetas; esto es, la mitad del presupuesto total del Insalud en 1992. Las mismas autoridades sanitarias califican esta cifra de inaceptable, y proponen la contención del ritmo de crecimiento de este gasto si se desea mantener la estructura actual de derechos a esta prestación. Con otras palabras: o se reduce el ritmo de crecimiento del gasto farmacéutico, o será preciso modificar el grado de participación de los usuarios en la financiación de las prestaciones. El mensaje esta vez va dirigido fundamentalmente a los pensionistas, aunque también a todos los vinculados a la denominada «cadena del medicamento», y singularmente a los laboratorios y a los farmacéuticos. Lo que el Ministerio plantea es un gran *pacto farmacéutico* para someter a control su dinámica, y con un objetivo claro: lograr en 1996 un crecimiento del 7%.

Las causas del elevado crecimiento en el uso de los fármacos son múltiples y complejas, aunque podríamos resumirlas de la siguiente forma:

— En primer término, la causa más evidente es la elevación de los costes medios de los medicamentos y, sobre todo, de los más recetados. En los últimos 5 años, el coste medio por receta se ha incrementado en un 165%. Tradicionalmente, en España los medicamentos habían sido extremadamente baratos; de manera que la industria farmacéutica, persiguiendo el objetivo de subir los precios, ha recurrido al mecanismo de registrar medicamentos aparentemente nuevos con diferente nombre y/o presentación. Son medicamentos obtenidos mediante un proceso técnico diferente, pero con una eficacia similar a los medicamentos que pretendían sustituir; son las denominadas «copias». Este hecho se ha podido producir debido a la inexistencia de una lista (positiva o negativa) de medicamentos financiados por el sistema público. Hasta ahora, si el producto farmacéutico reunía todos los requisitos y no se trataba de las denominadas *especialidades publicitarias*, podía ser recetado automáticamente con cargo al Insalud. El paso siguiente, en un terreno estrictamente comercial, consistía en lograr su promoción entre los facultativos, lo que ha llevado a la industria farmacéutica a invertir considerables sumas ante la mirada impasible de la Administración.

— En segundo lugar, debemos destacar el elevado grado de sobreprescripción de medicamentos debido a:

- el excesivo número de especialidades farmacéuticas,
- las deficiencias en la actualización farmacológica,
- las deficiencias en la información objetiva y científica de los nuevos fármacos,
- la presión de los laboratorios sobre los médicos,
- un conjunto de factores socio-culturales, y
- a la propia organización de la Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que a este último aspecto se refiere, hemos de subrayar ante todo la existencia de la denominada «doble cola» en muchos ambulatorios: una para el médico y otra *para recetas*. En esta última, sin control, se recetan los medicamentos que los usuarios demandan, en unos casos para agilizar las esperas, en otros como sustituto de una atención médica adecuada. Ligado a ello se encuentra, además, la posibilidad de los usuarios de adquirir en la farmacia la mayor parte de los medicamentos sin receta médica alguna. Es muy práctico para los usuarios, pero redundante en una elevada dosis de automedicación y, en consecuencia, en un uso muy poco racional del medicamento en las tres dimensiones de su utilización: adquisición, almacenamiento y administración. El peligro de este descontrol se hace notar rápidamente: algunas fuentes señalan que al menos un 5% de los ingresos en servicios de urgencias hospitalarias se deben a reacciones adversas a fármacos. Aparentemente, la facilidad de acceso al medicamento conlleva un exceso de medicación. Sin embargo, debemos hacer notar que, a pesar de que en los dos últimos años se ha registrado un aumento del número medio de recetas por persona hasta alcanzar 12,1 por año en 1991, esta cifra está por debajo de los niveles registrados hasta 1985.

— En un plano más profundo se sitúa la mitificación del medicamento, la ilusión farmacéutica. De forma creciente, se constata en la población una actitud, extensiva también a los profesionales del sector: la tendencia a considerar que todos los males pueden remediarse con medicamentos, y que, para conseguir más salud, es necesario no sólo más medicamentos, sino los más nuevos y los más caros. El paciente demandaría de su médico, no sólo que le recete uno o varios medicamentos, sino que además éstos sean los más nuevos. El medicamento se estaría convirtiendo, así, en un objeto de consumo más, con el consiguiente peligro que entraña para la salud de la población la existencia previa en España de una extendida cultura de automedi-

cación. En este contexto, en los últimos años, se ha desarrollado una conciencia creciente sobre la necesidad de un uso más racional del medicamento, circunstancia sobre la que la Organización Mundial de la Salud ya había llamado la atención.

— La cultura del medicamento más nuevo y más caro adquiere, además, en estos momentos una dimensión adicional en la dinámica del gasto farmacéutico. En la actualidad están irrumpiendo en el mercado medicamentos obtenidos con tecnologías recientes, extremadamente innovadores, pero cuyo coste no guarda en absoluto relación con la mayoría de las especialidades; son medicamentos cuyo precio puede alcanzar hasta las 400.000 pesetas. En la medida en que se extienda este tipo de medicamentos, tanto en número como en uso, el desafío para financiar el gasto farmacéutico será cada vez mayor.

— Por último, también cabe citar un importante grado de fraude por la inadecuada utilización de los derechos de los pensionistas y asimilados a percibir gratuitamente los medicamentos que necesitan. Este colectivo de pensionistas supone sólo el 22% del total de beneficiarios, pero genera el 70% del gasto; su gasto es 8,5 veces superior al de un trabajador en activo (40.480 pesetas/año frente a 4.824 pesetas/año por persona protegida), una cifra sustancialmente mayor que la que existe en los países de nuestro entorno socioeconómico. Este fraude ha sido estimado por la Administración en 50.000 millones.

1.4 Una gestión poco económica de los recursos

La organización de la prestación de los servicios y los criterios de distribución de los recursos sanitarios entre las distintas Comunidades Autónomas son dos cuestiones ligadas al problema financiero del sistema sanitario, aunque dicho problema se relaciona también con la satisfacción de los usuarios.

Alentada por las reformas sanitarias que han conocido en un pasado reciente los sistemas nacionales de salud británico y holandés principalmente, se ha ido extendiendo la crítica a la forma como se organizan la prestación de los servicios sanitarios y los mecanismos de gestión de los recursos. Esta crítica se resume en que en la producción de los servicios sanitarios públicos no se tienen suficientemente en cuenta criterios económicos de gestión, imperando por el contra-

rio criterios administrativos, lo que genera importantes despilfarros e ineficiencias. Tildadas en un principio de economicistas, en su sentido peyorativo, estas críticas han ido adquiriendo cada vez mayor eco e importancia, dada la envergadura de las dificultades financieras que aquejan a nuestro SNS.

Así, por un lado, se critica el hecho de que la financiación y la provisión de los servicios sanitarios se realicen por una misma institución. Este solapamiento de funciones dificulta la transparencia en la gestión de los recursos y tiende a ocultar los errores e ineficiencias. Por otro lado, en lo que se refiere a la provisión de las prestaciones, se critica la ausencia de competencia entre los distintos actores implicados en la producción de los servicios; en el caso de los hospitales, éstos no tienen incentivos para gestionar sus recursos de una forma más eficiente, que permitiera reducir los costes de las prestaciones sanitarias.

También la propia gestión administrativa de los recursos, dada su calidad de servicio público, ha sido puesta en cuestión. Se critica la falta de flexibilidad en la asignación de recursos (los capítulos del gasto aprobado no pueden modificarse en función de criterios empresariales), la ausencia de mecanismos administrativos adecuados para conocer los verdaderos costes de las prestaciones sanitarias y lo que realmente se produce. En definitiva, lo que se critica es la ausencia de incentivos a una gestión más eficaz de los recursos sanitarios.

1.5 La calidad de las prestaciones

Un aspecto fundamental en la prestación de cualquier servicio es la calidad del mismo, máxime en el contexto de una sociedad cada vez más desarrollada y, por tanto, también más exigente. Ahora bien, la calidad de cualquier servicio no regido por el libre juego de la oferta y la demanda resulta muy difícil de medir, porque son muchos los factores que es preciso tener en cuenta. Por un lado, se encuentra el grado de satisfacción de los usuarios, que es importante, pero que no puede considerarse la medida de la calidad, porque, entre otras razones, el usuario no paga directamente por el servicio prestado y porque, como veremos, los prejuicios ideológicos juegan un papel nada desdeñable. Por otra parte, pueden considerarse criterios objetivos de distinto tipo referidos a los fines que se persiguen. Los fines de las políticas públicas, sin embargo, son siempre muy generales y ambiguos,

por lo que difícilmente pueden proporcionar criterios claros para medir la calidad de las prestaciones. No obstante, estos fines pueden encontrar una concreción parcial en la evolución de determinados indicadores, tales como, por ejemplo, el grado de cumplimiento del *Programa 2000* de la OMS. Por último, aunque no en último lugar, pueden identificarse deficiencias en la calidad a partir de las demandas y críticas que se formulan por parte de la ciudadanía, aunque el grado de arbitrariedad en este caso es muy elevado.

Dicho esto, y a pesar de la ausencia de criterios claros que permitan identificar los problemas en la calidad de las prestaciones, queremos destacar dos aspectos que han adquirido una considerable relevancia en los últimos años, tanto en los medios de comunicación como en el propio Parlamento. Nos referimos a la libertad de elección de médico y a las listas de espera para las intervenciones quirúrgicas. Otros problemas referidos a la provisión de determinadas prestaciones, tales como las incluidas en la salud dental y en la salud mental, aun siendo importantes, no han gozado, sin embargo, de tanto eco. La opinión de los usuarios respecto a los servicios que reciben las trataremos más adelante, en el punto tercero.

El acceso de los usuarios a los servicios sanitarios está organizado con criterios muy burocráticos, a diferencia de algunos otros sistemas como, por ejemplo, el alemán. Los pacientes apenas tienen libertad para elegir a quienes han de velar por su salud: tienen asignado un médico de cabecera y éste los canaliza a través de todo el sistema. Desde que la Ley General de Sanidad de 1986 consagrara el principio de libertad de elección de médico, este derecho estaba pendiente de materialización; esta situación ha sido objeto de reiterada crítica, tanto por parte de las fuerzas parlamentarias de la oposición como por las propias organizaciones médicas.

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas pueden entenderse, desde el punto de vista económico, como un instrumento de racionalización de la demanda cuando no existe un precio que la limite, de forma que pueda ajustarse a la oferta disponible. Estas listas han crecido de forma continuada durante los últimos años, hasta el extremo de que, en 1991, su aumento fue del 33% (31% para las esperas superiores a 6 meses).

Las razones que contribuyen a explicar el fenómeno apuntan no sólo hacia la existencia de una mala o insuficiente utilización de los recursos, sino también a la propia evolución de la demanda. Esta deriva de la universalización de la prestación sanitaria a partir de la Ley

General de Sanidad de 1986, del envejecimiento de la población, del adelantamiento sistemático de la edad en la que se practican las intervenciones quirúrgicas y de la extensión del período vital en el que se realizan dichas intervenciones. Así, por ejemplo, en 1992 se practicaron veinte veces más operaciones de cataratas que una década antes; sin embargo, la lista de espera es mayor ahora que en 1982.

Sea cual sea la incidencia de los distintos factores causales, lo cierto es que, con la mejora del nivel de vida, los usuarios toleran cada vez peor el hecho de tener que soportar prolongadas esperas para resolver problemas de salud. En consecuencia, las listas de espera, y en especial las de intervenciones quirúrgicas, han pasado a constituirse, con razón, en una de las piedras de toque para medir la calidad de la prestación sanitaria. Piedra de toque no sólo para los usuarios y críticos del Sistema Nacional de Salud, sino incluso para las propias autoridades sanitarias. En determinadas áreas se ha llegado a formular como objetivo eliminar la lista de espera quirúrgica de más de seis meses en las patologías más habituales.

2. La reforma sanitaria por etapas

¿Qué se ha hecho para solucionar estos grandes problemas de nuestro SNS? Hace ya tres años, y a instancias del Parlamento, se procedió a la creación de una comisión de expertos encargados de evaluar la situación del Sistema Nacional de Salud y de procurar recomendaciones para su reforma. Su dictamen es el que popularmente se conoce como *Informe Abril*. Las medidas que se han tomado a lo largo de los años 1992 y 1993, y las que se tomarán en el próximo futuro, arrancan precisamente de este informe, en su día tan poco conocido como polémico en razón de algunas de sus recomendaciones. Veamos cuáles han sido las medidas que se han tomado y cuáles han sido sus resultados, en la medida en que éstos hayan sido y puedan ser evaluados.

2.1 El control de la factura sanitaria

La crisis financiera se resolvió parcialmente mediante la concesión de un crédito extraordinario a finales de 1992, con cargo a deuda pública, a amortizar en el plazo máximo de 10 años a partir de 1995. De esta manera, el 50% de la deuda del Sistema Nacional de Salud quedó cancelada en 1992, y el resto en dos anualidades iguales del 25% a pa-

gar en los ejercicios 1993 y 1994. Dicho crédito exigía como contrapartida disciplina y ausencia de grandes desviaciones en el presupuesto, lo cual requería reformas organizativas que incrementasen la eficiencia en la utilización de los recursos. Con él no se han resuelto, ni mucho menos, todos los problemas financieros del SNS; entre otras cosas, porque no incluía las importantes desviaciones ya registradas en el momento de su concesión. En conjunto, para 1992 y 1993, las estimaciones sobre la deuda acumulada hasta septiembre de 1993 se cifraban entre 250.000 y 300.000 millones de pesetas.

Las dudas sobre la viabilidad financiera del Sistema Nacional de Salud en el futuro siguen siendo muy serias: a pesar del importante incremento del presupuesto inicial destinado al Sistema en 1993 (12,7%, frente a un crecimiento de los gastos del Estado en su conjunto del 8,1%), incremento que pretendía garantizar su credibilidad, ya se han producido desviaciones de enorme magnitud. Además, se ha de amortizar la deuda pública emitida para financiar las desviaciones pasadas.

La incertidumbre al respecto es grave. La diferencia entre los presupuestos iniciales y los presupuestos finalmente liquidados ha disminuido con relación a los años anteriores, y el ritmo de crecimiento del gasto sanitario público, aunque no ha descendido en comparación con el año 1991, sí confirma, al menos, una inversión de la tendencia (tabla 4, en Indicadores). Pero los nubarrones sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud siguen presentes, sobre todo cuando los factores del crecimiento del gasto siguen descontrolados y hay que esperar que sigan incidiendo cada vez más, al menos en lo que al envejecimiento se refiere. La reforma actualmente en marcha en el Sistema Nacional de Salud tiene precisamente como trasfondo esta incertidumbre sobre la viabilidad financiera del sistema.

2.2 La búsqueda de un uso racional del medicamento

En 1993 se han adoptado una serie de medidas para contener el ritmo de crecimiento del gasto en medicamentos; están agrupadas en dos grandes líneas:

- el decreto de financiación selectiva de los medicamentos (comúnmente denominado «medicamentazo»), y
- la consecución de acuerdos (por el momento parciales) dentro del denominado «pacto farmacéutico».

A estas medidas precedió la creación de una Comisión Nacional para el Uso Racional del Medicamento, formada por representantes de todos los sectores afectados y destinada, entre otras cosas, a informar sobre la lista de medicamentos financiados por la Seguridad Social.

La financiación selectiva de medicamentos consiste, en primer término, en separar, tal como viene haciéndose en el resto de países comunitarios, el registro de un nuevo fármaco de su financiación por parte de la Seguridad Social. En esta dirección, el Decreto regulador ha establecido la fijación de una lista de especialidades financiada con fondos públicos, de suerte que los medicamentos no incluidos en ella pueden ser comercializados y recetados, pero con cargo a los propios usuarios. El criterio básico seguido para la elaboración de esta lista, sometida previamente al dictamen de la Comisión Nacional para el Uso Racional del Medicamento, ha sido el mantenimiento de todos los principios activos dentro de la financiación pública. Pero, además, se establecen también las condiciones de exclusión de una determinada especialidad de la lista transcurrido un plazo mínimo de un año. Para ello se sigue el principio del mejor medicamento al mejor precio; esto es, se consideran los medicamentos ya disponibles, y, cuando no es así, se tienen en cuenta otras alternativas que sean mejores o iguales para el tratamiento de las afecciones a un menor precio o inferior coste de tratamiento. En este mismo Decreto se procede también a la actualización de la prestación a los enfermos crónicos -ampliando las patologías crónicas- y de la lista de medicamentos sujetos a la aportación del 10%; también se eleva la contribución mínima de 50 a 400 pesetas.

La ejecución del Decreto ha implicado por ahora la exclusión de la financiación pública de todo un conjunto de especialidades que han sido consideradas como complementos alimenticios, complementos cosméticos y como productos destinados a síntomas o síndromes menores; en su inmensa mayoría son productos de bajo coste.

Esta medida ha sido duramente criticada en el Parlamento por parte de Izquierda Unida y, de forma muy especial, por parte del Partido Popular. La acusan de ser antisocial, economicista, de no incluir todos los principios activos, de seguir financiando medicamentos reconocidos como inútiles, y señalan los posibles efectos perversos de la lista tal como finalmente ha sido elaborada (efecto sustitución). A pesar de esas críticas, lo cierto es que la entrada en vigor del Decreto no ha producido movilización social alguna por parte de los grupos más directamente implicados (médicos, asociaciones para la defensa de la

sanidad pública, asociaciones de pensionistas, etc.). Esto se debió, básicamente, a que la medida fue discutida con las distintas organizaciones y a que contó con el informe favorable de la Comisión Nacional. El modelo de actuación seguido en este caso ha sido satisfactorio, especialmente ante una evolución del gasto en medicamentos claramente exagerada. No obstante, el principio del mejor medicamento al mejor precio no se ha aplicado más que de forma parcial y restringida, por lo que la racionalización en el uso del medicamento ha sido muy limitada.

Por otro lado, se ha llegado también a un acuerdo con la industria farmacéutica, por el que ésta se identifica con el objetivo de un crecimiento del gasto de entre el 7 y el 8% anual, y se compromete a reducir en 17.000 millones sus ingresos mediante el descenso de los precios de los medicamentos más caros.

En relación con la sobreprescripción, la búsqueda de un uso más racional del medicamento se articula a través de la publicación de guías fármaco-terapéuticas destinadas a contrarrestar el monopolio de información del que disponen los laboratorios. Hasta ahora estas guías han sido elaboradas por el Ministerio, pero, con la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y con la participación de asociaciones científicas, existe la esperanza de que se amplíen las posibilidades de generar información sobre cuáles sean los mejores medicamentos para cada proceso.

Y es que el problema radica en que, ni mucho menos, todos los medicamentos son eficaces. Según recientes estudios, el 65% de los medicamentos registrados entre 1981 y 1986 no aportaron ninguna mejora, mientras que el 22% aportó sólo algún tipo de mejora; únicamente un 10% significó una novedad importante, y un 3% fue excepcional.

2.3 La reforma de la organización y la gestión: el desafío de la eficacia

El objetivo de controlar el ritmo de crecimiento del gasto sanitario de forma compatible con una mejora de la calidad de las prestaciones se ha plasmado, también, en una reforma organizativa y de gestión de los servicios que pretende mejorar la eficiencia. Con ello:

- se busca la generación adicional de recursos, mediante una utilización más intensiva de los recursos ya disponibles; esto es, aumentar la productividad del sector;

— se persigue la introducción de mecanismos que permitan que el sistema recupere los costes generados por la prestación de servicios a terceros.

Si bien el debate sobre la eficiencia no es nuevo en absoluto, es cierto que durante 1992 y 1993 se produjeron cambios significativos, y que en el futuro inmediato también ocurrirán. De todos ellos, destacamos los dos más relevantes:

— En primer lugar, se han redefinido las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, y del Insalud (Real Decreto 858/1992), produciéndose una inteligente separación entre autoridad sanitaria y aseguramiento (financiación), por un lado, y provisión de recursos, por otro. Esta última corresponde al Insalud (o centros concertados), y aquélla al Ministerio. Desde esta perspectiva se quiere concebir los centros sanitarios públicos como prestadores de servicios contratados por el Ministerio. La separación entre financiación y provisión era uno de los ejes de la reforma de la organización propuesta por la *Comisión Abril*, que propugnaba, además, la conversión del Insalud en una especie de INI de la sanidad, de manera que los centros sanitarios funcionasen como empresas públicas. La reforma acometida no ha ido, sin embargo, tan lejos, y el Insalud vio ya en 1991 cómo se paralizaba su conversión en un ente autónomo sujeto a derecho privado.

— En segundo lugar, a partir de 1993, la financiación pública de la prestación sanitaria se hará mediante un contrato-programa. El establecimiento de un contrato-programa supone la fijación de los objetivos a alcanzar por los distintos centros de gestión (hospitales y sectores de atención primaria), especificando la cartera de servicios, los objetivos de equidad y cobertura de la población, y los criterios de calidad de las prestaciones. Esta fijación de los objetivos se realiza tanto en términos generales, en lo que concierne al Insalud, como en términos más concretos, para cada centro de gestión en particular. Los recursos asignados a cada uno de ellos (el presupuesto cerrado en función de los objetivos establecidos) están determinados teniendo en cuenta la actividad que realizó el hospital en años anteriores, la cobertura, las especialidades y la asistencia sanitaria que presta. No obstante, todavía no se ha explicitado qué es lo que se va a hacer con los gestores que no cumplan con lo pactado. Este procedimiento, que se generaliza para 1993, se introdujo de forma menos precisa en 1992, año en que el sistema de reparto del presupuesto del Insalud se modificó tomando en consideración las características de la población protegida en cada zona de salud (principio de capitación). Se abandona de esta forma el incrementalismo del presupuesto histórico, uno de

los factores que minan el principio de equidad que debe presidir toda prestación de un servicio público.

Nos hallamos ante un cambio muy importante, en línea con algunas de las recomendaciones contenidas en el *Informe Abril*; un cambio que obligará a los hospitales a racionalizar el diseño y utilización de sus presupuestos. Para poder llevar a cabo este cambio ha sido necesario no sólo la fijación de objetivos, sino ante todo el establecimiento de una unidad de cómputo y valoración que permitiera objetivar y, por tanto, cuantificar y analizar la actividad de los centros. Se quiere llegar a determinar el coste por proceso en todos los centros (por lo pronto, ya se ha introducido en 13 hospitales); para ello se ha comenzado definiendo las denominadas Unidades Ponderadas de Actividad (UPA), que constituyen una medida de actividad de los centros. Se ha producido, así, una importante quiebra en la cultura administrativa de la gestión hospitalaria, ya que supone introducir paralelamente a la contabilidad administrativa propia de las Administraciones Públicas criterios contables propios de la gestión empresarial. Estos permiten tener un mayor conocimiento y control de lo que se produce y de lo que cuestan las distintas prestaciones que se sirven.

En este sentido, la implantación del Plan General de Contabilidad y de la contabilidad analítica de costes en los hospitales se encontraba a finales de 1992 en una avanzada fase de desarrollo, de suerte que para finales de 1993 se preveía que todos los hospitales dispusiesen de este mecanismo de control del gasto. Esta era otra de las peticiones del *Informe Abril*, destinada a conseguir una racionalización de la provisión pública de servicios sanitarios. El grado de información sobre la producción y demanda de servicios se verá complementada con la elaboración de distintas bases de datos, algunas ya en funcionamiento y otras en trámite de implantación. Entre ellas está el denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos, que codifica las altas hospitalarias y proporciona información sobre la demanda atendida y sobre la producción generada (estancia media por proceso, procedimientos quirúrgicos o estancia preoperatoria, por ejemplo).

El objetivo último de estas medidas es evitar despilfarros -al poderse identificar dónde se producen-, aumentar los recursos sanitarios y contribuir, así, a la legitimación del Sistema Nacional de Salud. Téngase presente, al respecto, que la contabilidad es definida como «los ojos de la empresa», y que no hay ningún principio sustancial que impida que lo que es eficaz en el sector privado lo sea también en el sector público.

Otra de las consecuencias de estos cambios en los métodos de gestión es la posibilidad de emisión de las famosas *facturas-sombra*. La emisión de una factura no es más que la expresión documental de lo que cuesta adquirir un bien o servicio. Es necesaria no sólo a la hora de vender un producto, sino igualmente en el proceso interno de producción, con el fin de poder determinar la productividad de los departamentos o secciones implicados. La emisión de facturas internas es, por tanto, un aspecto imprescindible del propio proceso de producción. Cuestión diferente es la emisión de una factura-sombra para el usuario, en la que se le indique el coste del servicio que ha recibido, aunque no deba pagar por ello. La emisión de estas facturas-sombra era considerada por la *Comisión Abril* como un instrumento válido, ya que permite:

- aumentar la conciencia del gasto entre los ciudadanos, invitándoles a una mayor responsabilidad en su consumo de sanidad,
- lograr una mayor legitimidad del Sistema Nacional de Salud y
- preparar el terreno para otro tipo de medidas restrictivas del gasto.

Esta entrega de una factura a los usuarios parece que se encuentra entre las intenciones de las autoridades sanitarias en la actualidad.

La búsqueda de una mayor eficiencia no descansa sólo en la existencia de una contabilidad de tipo mercantil y de un mayor grado de información, sino que requiere un cambio en la cultura de la organización, en los valores y modos de comportamiento de sus miembros. En consecuencia, es indudable que estos cambios serán lentos y que requerirán además de otros cambios institucionales que los complementen y apoyen. Se hace imprescindible, por ejemplo, reforzar la motivación de los profesionales hacia comportamientos económicos más racionales y su orientación hacia los usuarios. En este sentido se manejan distintas propuestas: la reversión de los ahorros generados por la mejora de la gestión sobre los profesionales, el establecimiento de una carrera profesional más diferenciada que la actual, o el denominado «acuerdo cooperativo». Hasta el momento ninguno de estos buenos propósitos ha cristalizado de manera indiscutible.

Las Comunidades Autónomas que gozan de competencias sanitarias transferidas, han optado por la laborización del personal como uno de los instrumentos fundamentales para una mejora de la efi-

ciencia de sus sistemas sanitarios. En el caso catalán, la laboralización depende más de los entes, en general privados, que contratan la prestación de servicios con el Servicio Catalán de la Salud (ente que marca las políticas sanitarias, que financia el sistema sanitario catalán, que establece los criterios de coordinación y que evalúa los resultados) que del Instituto Catalán de Salud (entidad coordinadora de los entes públicos provisorios de servicios), dado que éste sólo gestiona el 30% de las camas –el resto son propiedad de esas otras entidades–. El personal de las entidades que no pertenecen al ICS no tienen estatuto marco (funcionarial). En el propio ICS se intenta avanzar hacia la laboralización de los trabajadores. Una de las formas de hacerlo es mediante la contratación de las áreas básicas de salud a entidades diferentes del ICS: fundaciones, consorcios, mutualidades, etc. Se intenta que el personal funcionarial se transforme en personal laboral de las nuevas entidades mediante fórmulas como las excedencias voluntarias con garantía de retorno. También se plantea la posibilidad de que los médicos de las áreas básicas de salud se constituyan en cooperativas que se hagan cargo de los servicios de las áreas (autogestión del área básica de salud), con el propósito, también, de *desfuncionarizar* la asistencia sanitaria.

Mediante la utilización de más personal laboral se intenta lograr la generación de algún sistema de incentivos, de forma que el personal sanitario se responsabilice de los resultados de su trabajo o de los resultados de la entidad en la que presta servicios. Se trata, en definitiva, de que los servicios autonómicos de salud dejen de ser *patronales* y sean esos otros entes prestadores de servicios –privados o públicos– los que, en cualquier caso, negocien o establezcan las condiciones laborales de los trabajadores.

2.4 La calidad de las prestaciones

En relación a la mejora de la calidad de las prestaciones, merecen destacarse como especialmente importantes dos conjuntos de medidas. Por un lado, se encuentra la promulgación del RD 1575/1993 por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. Por otro lado, es preciso hacer referencia a las indudables mejoras que han tenido lugar en el siempre crítico campo de las listas de espera para intervenciones quirúrgicas.

En lo concerniente a la libre elección de médico, hay que señalar que ésta es aplicable sólo, al menos por el momento, al médico ge-

neral y al pediatra, y que no afecta, por tanto, ni al resto de las especialidades médicas ni a los centros hospitalarios. Esta libre elección se realizará dentro del área de salud al que se pertenezca, si bien en los municipios de más de 250.000 habitantes se podrá elegir entre los médicos del conjunto de la localidad. La elección de un facultativo no requiere justificación por parte del usuario, pero está, no obstante, limitada por la lógica aceptación por parte del médico. Este sólo puede negarse a aceptar pacientes cuando el cupo de los que tiene asignados supere el número establecido como óptimo (entre 1.250 y 2.000 en el caso de medicina general y entre 1.250 y 1.500 en el de pediatría), cuando alegue razones que se consideren justificadas por la Inspección de Servicios Sanitarios o cuando proceda de otra zona básica de salud. En ningún caso el número de pacientes por médico puede superar en más de un 20% el cupo considerado óptimo.

Por lo que respecta a las listas de espera quirúrgicas, a lo largo de 1992 y en el ámbito del Insalud-gestión directa, se ha procedido a una centralización de la gestión de las listas con el fin de lograr una mayor racionalización y control; para ello se han fijado los criterios de entrada y de salida de las mismas. El objeto de esta centralización es doble: por un lado, generar información sistematizada para poder controlar la evolución de las listas en los distintos hospitales, lo que permite disponer de un indicador adicional para evaluar la gestión de los centros; y, en segundo lugar, intentar evitar los tratos de favor y las desigualdades derivadas de una gestión totalmente descentralizada. La publicidad parcial de la evolución de estas listas de espera, no disponibles para todo el ámbito nacional, permite conocer una dimensión importante, aunque no suficiente, de la calidad del Sistema Nacional de Salud. Pero recordemos que el objetivo no es tanto reducir las listas de espera como tales, sino el tiempo de permanencia en las mismas. En este sentido, por tanto, la variable que interesa analizar es la espera durante más de 6 meses.

Referido al ámbito de competencia del Insalud-gestión directa, que cubre al 43% de la población protegida por el Sistema Nacional de Salud, la lista de espera quirúrgica se ha estabilizado en su crecimiento y la lista de más de 6 meses ha disminuido de forma notable. De esta manera, si durante el año 1991 el número de personas en lista de espera creció en un 33%, durante el primer semestre de 1993 este crecimiento fue sólo de un 3%. Del mismo modo, mientras que a comienzos de 1991 la mitad de los pacientes llevaba en lista de espera quirúrgica más de 6 meses, a mediados de 1993 son uno

de cada tres (38,5%). En el período que media entre enero de 1992 y marzo de 1993, la proporción de estos pacientes disminuyó en un 14%.

Aunque la evolución en las distintas Comunidades Autónomas es muy diversa (mientras en Cantabria y en Ceuta la lista de espera de más de 6 meses se duplica, en Melilla y en Murcia se reduce considerablemente, un 47% y un 30,5% respectivamente), el caso de Madrid tiene un interés particular que merece explicación. En esta Comunidad Autónoma se implantó un plan de actuación especial destinado, según manifestaciones de las autoridades sanitarias, a acabar definitivamente con la lista de espera de más de 6 meses. La Dirección Territorial del Insalud de Madrid procedió a una negociación con los gerentes de los centros hospitalarios con el fin de incrementar la productividad (más intervenciones), recurriendo a la contratación de medios ajenos (los ya tradicionales *conciertos*) en los casos de insuficiencia de recursos públicos. Para ello, y esto es lo más relevante, se modificó el sistema de financiación por días de estancia transformándolo en una financiación por proceso. Esta interesante experiencia tiene prevista su ampliación al resto de las Comunidades Autónomas donde el Insalud gestiona la prestación sanitaria, y así se ha recogido parcialmente en el contrato-programa de 1993. Aunque la lista de espera de más de 6 meses no ha desaparecido en Madrid (en julio de 1993 había 18.275 personas en esta situación), sí se ha producido un descenso más que notable: en marzo de 1993 estaban en espera la mitad de personas que en enero de 1992. Si se generalizase esta experiencia, la pesadilla para los pacientes afectados y para la imagen del Sistema Nacional de Salud encontraría un claro camino de solución.

3. Logros y deficiencias: la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios

Desde un punto de vista muy general, puede afirmarse que los niveles de salud de la población española son totalmente equiparables con los de los demás países industrializados, tanto en lo que se refiere a los indicadores básicos de salud (esperanza de vida o tasa de mortalidad infantil), como a los indicadores más específicos de morbilidad. Esto no excluye que existan marcadas diferencias en determinadas patologías, como ocurre con el SIDA. Al respecto hay que recordar, no obstante, que los niveles de salud de una población no solamente

guardan relación con la calidad de su sistema sanitario. La salud viene condicionada por multitud de factores que poco tienen que ver con el sistema sanitario (niveles y tipos de contaminación, hábitos alimenticios, estrés, práctica de deporte, etc.). En cualquier caso, y como se reconoce en el propio *Informe Abril*, el Sistema Nacional de Salud español dispone de «*un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo y (que) cubre a toda la población española, con un esfuerzo económico y niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los países de nuestro entorno*».

A pesar de ello, la valoración general de la ciudadanía española de los servicios sanitarios públicos, según se desprende de distintas encuestas, no es ciertamente muy positiva. Y tampoco existe una conciencia generalizada de una mejora sustancial de la sanidad en los últimos años, a pesar del importante crecimiento de los gastos en este ámbito. Conviene, no obstante, tener en cuenta que ello no implica, en la mayoría de los casos, una opción en favor de la sanidad privada, y que esta opinión varía sustancialmente según se pregunte a la población en general o a los usuarios de los servicios. Además, se da la circunstancia de que, si se pregunta acerca de distintas dimensiones de la prestación del servicio, se obtiene una valoración mucho más positiva de lo que es estrictamente prestación médica que de la visión de conjunto del sistema sanitario. La insatisfacción se refiere mucho más a aspectos de organización o de disponibilidad de recursos (insuficiencia, proximidad, espera, papeleo), que a la propia atención médica.

Así, por ejemplo, en una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 1990 sobre la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se pedía a los entrevistados que valorasen la asistencia que prestan los distintos servicios (consultorios, ambulatorios, urgencias, visita médica a domicilio, hospitales, centros de salud y centros de planificación familiar). Salvo en los dos últimos servicios, para los que un tercio o más de los entrevistados no tenían respuesta, en los demás servicios aproximadamente la mitad de los encuestados los calificaba como de prestación buena o muy buena; sólo entre el 14 y el 17% los calificaba de prestación mala o muy mala. La encuesta Blendon (1991) recoge un grado de satisfacción del 72% de los encuestados; en esa misma encuesta, aproximadamente la mitad de los entrevistados (49%) se identificaba con la frase «Hay algunas cosas buenas en nuestro sistema sanitario, pero son necesarios cambios fundamentales para que funcione mejor»; algo más de uno de cada cuatro (28%) optó por afirmar que «nuestro sistema sanitario está tan mal que ne-

Tabla 5 - Cualificación de la asistencia sanitaria pública

Encuesta	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	Ns/Nc
CIS (1990)						
Consultorios	4	47	28	13	2	6
Ambulatorios	3	44	30	14	3	6
Urgencias	4	43	23	12	3	15
Hospitales	4	45	26	11	2	12
Blendon (1991)	28	43	:	18	10	1
CECS (1992)	2	22	38	24	11	2

Fuentes: CIS (1990), «La asistencia sanitaria en España», Datos de opinión, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nn. 53 y 54, enero-marzo y abril-junio 1991

Blendon (1991), «Satisfacción en España con el Sistema Nacional de Salud», *Informe de resultados para la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS*, mimeo

cesitaríamos rehacerlo completamente». Sólo uno de cada cinco entrevistados consideraba que «en general, el sistema funciona bastante bien y sólo son necesarios pequeños cambios para que funcione mejor». En 1992 la opinión había empeorado; según la encuesta CECS (1992), la proporción de los que consideraban los servicios de la sanidad pública como muy malos o malos se elevaba ni más ni menos que a un 36%, siendo sólo un 24% los que los calificaban como muy buenos o buenos (tabla 5).

Esta creciente insatisfacción con los servicios sanitarios públicos guarda relación más con el pesimismo reinante en el país que con un empeoramiento real de la prestación de los servicios. Las encuestas proporcionan datos suficientes para apoyar esta interpretación. Por una parte, la comparación con la situación de hace algunos años ha ganado en opiniones críticas: mientras en la encuesta CIS (1990) un 51% consideraba que la situación era mejor que dos años antes (un 35% la consideraba igual y un 6% peor), la encuesta de Demoscopia para valorar los diez años de gobierno socialista recogía un 31% de respuestas que calificaban la situación en 1992 como peor que en 1982, mientras que un 24% consideraba que era igual (el 44% la valoraba como mejor). Por otra parte, la encuesta llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo en diciembre de 1991 entre los propios usuarios del Insalud en Atención Primaria presenta una imagen mucho más positiva: la proporción de los que afirman estar completamente o bastante satisfechos se eleva al 77,5%. Finalmente, la encuesta Blendon encontró que el 80%

de los encuestados, cuando tienen un problema de salud, acuden a un centro público no hospitalario. Aunque no se debe confundir satisfacción general elevada con satisfacción ante aspectos del servicio no adecuadamente cubiertos todavía, las encuestas evidencian que a mayor utilización de los servicios, mayor es el grado de satisfacción expresado.

El colectivo social que tiende a mostrarse más crítico es la clase media; de manera que a menor *status* socioeconómico mayor grado de satisfacción se registra. Lo mismo sucede con el nivel cultural: cuanto más elevados son los estudios, mayor frecuencia de insatisfacción se registra. Otro dato significativo es que los jóvenes son mucho más críticos que los adultos.

Pero, ¿cuáles son las principales causas de la insatisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos? En las distintas encuestas sobre satisfacción de los usuarios llevadas a cabo se constata que los aspectos menos valorados en la Atención Primaria son los relativos a los tiempos de espera, el equipamiento de los centros y la percepción subjetiva del tiempo dedicado por el médico; la información recibida sobre el problema de salud se situaría en un plano intermedio, y el trato recibido por parte del personal médico y la calidad de la atención médica son los elementos más positivamente valorados. A grandes rasgos, el aspecto más positivo es la atención médica y los más negativos las condiciones materiales de los centros y, sobre todo, el tiempo de espera.

El nuevo modelo de Atención Primaria presenta un mayor grado de satisfacción entre los usuarios tanto en términos de percepción subjetiva como a través de indicadores objetivos, como el tiempo de dedicación. Y en lo concerniente a la asistencia hospitalaria, calificada como buena por un 49% de los encuestados, los elementos que generan mayor satisfacción son, al igual que en la Atención Primaria, el cuidado médico recibido y el trato por parte del personal de enfermería. La comida es el aspecto menos valorado, seguido de las condiciones del edificio y del número de personas con las que se comparte habitación.

Por lo que se refiere a los sistemas autonómicos de salud, destacan como elementos positivos su decidida actuación en programas muy concretos de tipo preventivo, tanto respecto a áreas geográficas determinadas como respecto a grupos especiales de riesgo de determinadas patologías. También han desarrollado actuaciones masivas preventivas como las realizadas en Navarra para el diagnóstico prematu-

ro del cáncer de mama entre las mujeres. Un aspecto muy reseñable y que debe anotarse en el haber de las actuaciones autonómicas, en general, ha sido la reforma psiquiátrica. Asimismo son destacables la extensión selectiva de la cobertura de los sistemas en materias como la atención bucodental para adolescentes en algunas Comunidades Autónomas, los programas específicos de atención a la tercera edad o la implantación de nuevos servicios (hospitales de día, atenciones domiciliarias, residencias asistidas, etc.). En cuanto a la reorientación de los sistemas autonómicos de salud hacia la prevención, se están realizando algunos esfuerzos para *des-hospitalizar* los sistemas.

3.1 *La sanidad privada en competencia con la sanidad pública*

No está nada claro que los españoles prefieran un modelo de sanidad privada al modelo de sanidad pública que conocen, utilizan, financian y critican. Los datos proporcionados por las distintas encuestas evidencian que se tiene más una imagen ideal de la sanidad privada que una predisposición real a optar claramente a favor de ella.

Así, aunque alrededor de la mitad de los entrevistados en distintas encuestas consideran que los servicios prestados por la sanidad privada, tanto en atención primaria como hospitalaria, son mejores que los de la sanidad pública, son relativamente pocos los que realmente optan por las prestaciones sanitarias privadas. No obstante, si se trata de prestaciones de Atención Primaria, aumenta el número de estos últimos. Según la encuesta CIS (1990), ante la tesitura de tener que sufrir una hospitalización, el 86% de los encuestados optaría por un centro de la Seguridad Social; en un 88% de los casos lo haría también si tuviera que visitar a un médico general; pero sólo un 70% lo haría si fuera un pediatra, un ginecólogo, un oftalmólogo (72%) o un odontólogo (60%) a quien tuviera que visitar. Esta elevada tendencia a recurrir a los servicios del Sistema Nacional de Salud no se debe sólo a la circunstancia de que la mayor parte de la población está obligatoriamente asegurada en la Seguridad Social, sino que parece esconder un apoyo más profundo, basado probablemente en una mayor confianza en los resultados finales.

Así, según la encuesta Blendon (1991), un 17% de los entrevistados declara tener un seguro sanitario privado o pertenecer a alguna mutua de seguro sanitario, pero sólo un 8,6% de los no cubiertos por la sanidad privada estaría interesado en contratar alguna póliza. Por otra parte, en la encuesta CIRES (1991) se pedía a los entrevistados que optasen por una de las siguientes frases:

— «Todos los servicios sanitarios públicos deberían ser públicos y gratuitos».

— «Lo mejor es que haya servicios sanitarios públicos y servicios privados, para poder elegir».

— «Todos los servicios sanitarios (excepto unos pocos públicos) deberían ser privados».

El porcentaje que opta por la sanidad mixta, «para poder elegir», alcanza sólo (sorprendentemente) el 29%, mientras que los defensores de una sanidad 100% pública son dos de cada tres encuestados (67%). Incluso el 71% se identifica con la frase «que el Estado pague todos los gastos sanitarios». Es claro, por otra parte, que el gasto público en sanidad es uno de los que concitan mayor grado de apoyo y preferencia entre la población: son mayoría los que opinan que los recursos destinados a este servicio público son insuficientes y que habría que aumentarlos, aunque sin que ello comporte un incremento de la carga fiscal.

4. Perspectivas de futuro del sistema nacional de salud

Pese a todo, las encuestas de opinión y la propia extensión de las pólizas de aseguramiento privado evidencian la legitimidad social de que disfruta el Sistema Nacional de Salud. Aunque el sistema público sanitario está sumido en una crisis financiera evidente, no puede afirmarse que su núcleo central esté seriamente puesto en cuestión; lo que está teniendo lugar son cambios en los márgenes del mismo, esto es, en determinados aspectos o manifestaciones concretas.

Un ejemplo particularmente ilustrativo de lo que decimos lo proporciona el catálogo de prestaciones que está discutiéndose actualmente en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo. El objetivo fundamental de este catálogo es, no tanto proceder a una reducción de las prestaciones a corto plazo que permita reducir el nivel de gasto actual, como proceder a una ordenación de las prestaciones que permita fijar el horizonte de expectativas y demandas de atención. Se trata así de un control del gasto no a corto plazo, pero sí a largo plazo. Esta ordenación consiste básicamente en fijar, por un lado, las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios y, por otro, los criterios y condiciones para introducir nuevas tecnologías y procedimientos terapéuticos. Con ello se pretende evitar:

— situaciones de desigualdad en los niveles de protección, tales como que determinadas prestaciones (vasectomías, por ejemplo) se concedan en unos lugares sí y en otros no;

— un crecimiento ilimitado de todo tipo de prestaciones;

— que en el seno del SNS se presten servicios no estrictamente sanitarios y más propios, por ejemplo, de los servicios sociales.

Una vez fijado definitivamente el catálogo de prestaciones, cualquier nueva técnica tendrá que ser objeto de autorización previa, probablemente en virtud de la creación de una Comisión específica siguiendo el modelo de la Comisión para el Uso Racional del Medicamento.

Todos los cambios que se han referido anteriormente son, como ya dijimos, cambios en los márgenes del SNS, y se inscriben en el contexto de una racionalización en el ritmo de crecimiento de los gastos. Esta racionalización supondrá necesariamente la limitación de la financiación pública de determinadas prestaciones, así como un ajuste en las expectativas y demandas de prestaciones sanitarias. Esta limitación irá posiblemente acompañada a medio plazo por la posibilidad de complementar determinadas prestaciones mediante pago privado o pólizas complementarias dentro de la provisión pública, para aquellas personas que sin renunciar a ésta deseen un trato diferencial.

III. INDICADORES

En lo que sigue pueden encontrarse indicadores sobre la evolución reciente de nuestro Sistema Nacional de Salud. Estos indicadores pretenden, por un lado, fundamentar empíricamente los argumentos expuestos en las secciones precedentes y, por otro, proporcionar una visión general e impresionista de la situación de conjunto del SNS. Para proporcionar esta visión de conjunto hemos seleccionado indicadores sobre las distintas dimensiones de la prestación de servicios, pero enmarcándolos en el contexto más amplio de la comparación internacional.

En la tabla 1 se recoge la evolución del gasto sanitario total, esto es, tanto público como privado, en los países de la Unión Europea durante las dos últimas décadas. En dicha tabla podemos observar cómo España se encuentra entre los pocos países que han registrado un aumento continuado del gasto por encima del PIB durante la segunda mitad de la década de los 80. La mayor parte de los países de la UE, independientemente de su nivel de gasto relativo, vieron estabilizar su nivel de gasto o incluso disminuir. No obstante, la importancia relativa del gasto sanitario en España era en 1991 inferior a la media comunitaria, aunque no muy distante de ésta.

En la tabla 2 aparece la evolución del gasto sanitario correspondiente al Insalud, principal gestor del gasto sanitario público, durante la última década. Dentro del gasto sanitario del Insalud se distingue la prestación farmacéutica. En dicha tabla podemos observar cómo durante la primera legislatura del gobierno socialista se registra una reducción sistemática de la importancia relativa de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. La universalización y descentralización de estas prestaciones marca el inicio de una fase de fuerte crecimiento, que sólo parcialmente ha sido contenido durante los últimos años. Dentro de este contexto ha jugado un papel importante, aunque ni mucho menos único, la explosión del gasto farmacéutico. Este ha conocido, en general, tasas de crecimiento superiores al gasto sanitario público.

La creciente participación del sector público en la financiación y provisión de servicios sanitarios se ha debido, como puede observarse en la tabla 3, fundamentalmente a la desviación de los gastos en farmacia, prótesis y otros productos sanitarios hacia la financiación pública. La importancia relativa del resto de las prestaciones sanitarias privadas ha permanecido básicamente estable.

En la tabla 4 se recoge la evolución del gasto del Insalud expresado esta vez no en relación al PIB, sino en pesetas constantes. En esta tabla se recogen igualmente las desviaciones con respecto al presupuesto inicial medido en términos porcentuales. Puede observarse cómo la prestación sanitaria de la Seguridad Social descendió en términos reales durante la primera mitad de la década de los años 80. La construcción de un Sistema Nacional de Salud redundó no sólo en fuertes niveles de crecimiento, sino también en elevadísimas desviaciones presupuestarias que han llevado al SNS a una crisis financiera.

La mayor parte de este gasto sanitario total es, como puede comprobarse en la tabla 6, financiado con recursos públicos. En esta tabla se muestra la evolución durante la última década del gasto público y del gasto privado, pudiéndose observar cómo la importancia relativa de cada uno de ellos varía en el tiempo. A pesar del fuerte ritmo de crecimiento del gasto sanitario privado, el gasto sanitario público, particularmente a raíz de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1986, ha pasado a representar una proporción cada vez mayor del total de la factura sanitaria. No obstante, en los últimos años parece haberse estabilizado la importancia relativa de los dos tipos de gasto, aunque a unos niveles muy elevados.

En la siguiente tabla 7 se recogen dos estimaciones sobre el gasto sanitario público por persona en las distintas Comunidades Autónomas. A pesar de que el criterio capitativo no es el único factor a tener en cuenta a la hora de hacer comparaciones sobre la equidad en la distribución de los recursos, estos datos evidencian la existencia de un elevado grado de desigualdad.

En la tabla 8 se presentan algunos indicadores más pormenorizados de la prestación farmacéutica. En esta tabla se puede observar la evolución de algunos de los factores que contribuyen a explicar la explosión del gasto farmacéutico, a saber: el rápido crecimiento del coste medio por receta; el fraude y la sobreprescripción, así como una participación cada vez menor de los beneficiarios en la financiación de las prestaciones.

En la tabla 9 aparecen finalmente algunos indicadores sobre la prestación hospitalaria, esta vez en comparación con otros países de la OCDE. En dicha tabla puede observarse cómo la provisión de camas hospitalarias y su grado de utilización son en España notablemente inferiores a las de la mayoría de los países de la OCDE.

Tabla 1 – Evolución del gasto sanitario (público y privado) en la Unión Europea, 1975-1990. Medido como porcentaje del PIB

Países/años	1975	1980	1985	1987	1990
Alemania	7,8	7,9	8,2	8,2	8,2
Bélgica	5,8	6,6	7,2	7,2	7,2
Dinamarca	6,5	6,8	6,2	6	6,3
España	5,1	5,9	6	6	6,6
Francia	7,9	7,6	8,5	8,6	8,8
Grecia	4,1	4,3	4,9	5,3	5,2
Irlanda	7,7	8,5	8	7,4	7,1
Italia	5,8	6,8	6,7	6,9	7,6
Luxemburgo	5,7	6,8	6,7	7,5	7,3
Países Bajos	7,7	8,2	8,3	8,5	8
Portugal	5,5	5,8	6	6,1	5,8
EUR-12	6,3	6,8	6,9	7	7

Fuente: OCDE, *Les systèmes de santé. A la recherche d'efficacité*, Paris, 1990.

Tabla 2 – Evolución del gasto sanitario del Insalud* y del gasto público farmacéutico, 1982 – 1992. Expresado como porcentaje del PIB y como tasa de crecimiento interanual**

Años	% Gasto Insalud / PIB	% Gasto Farmacia / PIB	Tasa de crecimiento interanual	
			Insalud	Farmacia
1982	3,86	0,76	–	–
1983	3,76	0,74	10,64	10,39
1984	3,55	0,7	6,78	6,94
1985	3,6	0,71	12,76	11,53
1986	3,57	0,66	13,7	7,63
1987	3,62	0,71	13,23	19,8
1988	3,73	0,76	14,52	18,45
1989	3,99	0,81	19,92	19,32
1990	4,13	0,84	15,04	15,88
1991	4,12	0,9	9,36	17,03
1992	–	–	9,5	15

* El gasto sanitario del Insalud se refiere al presupuesto liquidado. Por otro lado, el gasto sanitario del Insalud representa aproximadamente el 77 % del gasto sanitario público total. El resto del gasto sanitario es administrado por otras instituciones de la Seguridad Social (Instituto Social de Marina y otros), así como por la Administración Central (MSC) y Territorial (Consejerías de Salud).

** El gasto público farmacéutico recoge el total del gasto en farmacia financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: L. Espadas Moncalvillo, «Medidas estructurales, financieras y de gestión en el gasto sanitario público para 1993», en *Presupuesto y Gasto Público*, n.9, (1993), p. 141.

Tabla 3 – Evolución de la estructura funcional del gasto público y privado en sanidad, 1982–1991. En porcentajes

	1982	1986	1991
Gastos en farmacia, prótesis y otros productos sanitarios	23,0	20,5	20,5
Sector público	12,5	11,7	13,4
Sector privado	10,5	8,8	7,1
Gasto total en servicios sanitarios	77,0	79,4	79,5
Sector público (1)	60,7	62,5	63,3
Sector privado (2)	16,3	17,0	16,2
Total gasto en sanidad	100	100	100

(1) Incluye inversiones y gastos generales.

(2) Incluye pagos directos y seguro médico privado.

Fuente: «Apéndice al Informe de la Comisión», *Informe de la Comisión para la Evaluación del SNS*, Madrid, 1991.

Tabla 4 – Evolución del presupuesto liquidado del Insalud en pesetas constantes de 1982 (en miles de millones) y porcentaje de desviación presupuestaria respecto al presupuesto inicial, 1982–1991.

Años	Presupuesto liquidado	% Desviación presupuestaria
1982	762,5	9,6%
1983	755,8	5,4%
1984	727,8	2,9%
1985	756,4	4,7%
1986	775,4	10,1%
1987	834,5	13,9%
1988	893,3	10,9%
1989	1.002,9	14,3%
1990	1.073,3	11,6%
1991	—	10,0%

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social, *Boletín informativo de la Seguridad Social*, Madrid, varios años

Tabla 6 – Evolución de la importancia relativa del gasto sanitario privado y público en España, 1982–1991. En miles de millones de pesetas y en porcentajes

	1982	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
G. Privado	353	469	524	574	635	707	793	876
G. Público	962	1.334	1.507	1.718	2.028	2.335	2.620	2.888
Total	1.315	1.803	2.031	2.292	2.663	3.042	3.413	3.764
% G.Privado	27%	26%	26%	25%	24%	23%	23%	23%
% G. Público	73%	74%	74%	75%	76%	77%	77%	77%
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: «Apéndice al Informe de la Comisión», *Informe de la Comisión para la Evaluación del SNS*, Madrid, 1991.

Tabla 7 – Gasto sanitario público *per cápita* (de población cubierta) por Comunidades Autónomas en 1988

Comunidades Autónomas	Gasto <i>per cápita</i> *		Gasto <i>per cápita</i> **	
	En pts. corrientes	% respecto a la media	En pts. corrientes	% respecto a la media
Andalucía	38.263	96,69	47.283	96,14
Aragón	44.346	112,06	57.056	116,01
Asturias	42.246	106,75	41.498	84,37
Baleares	33.952	85,79	45.783	93,09
Canarias	34.286	86,64	49.339	100,32
Cantabria	50.210	126,88	51.436	104,58
Castilla–León	41.752	105,50	49.522	100,69
Castilla–La Mancha	35.971	90,90	48.342	98,29
Cataluña	38.608	97,56	47.313	96,20
País Valenciano	40.176	101,52	46.530	94,61
Extremadura	37.572	94,94	44.223	89,92
Galicia	36.562	92,39	40.137	81,61
Madrid	42.083	106,34	59.423	120,82
Murcia	37.270	94,18	44.115	89,70
Navarra	36.120	91,27	60.977	123,98
País Vasco	42.122	106,44	52.619	106,99
Rioja	41.227	104,18	51.044	103,78
Media nacional	39.574	100	49.183	100

* Este gasto sanitario incluye sólo Insalud gestión directa y transferido.

** Este gasto sanitario incluye el gasto sanitario público total excluyendo el gasto de los servicios centrales.

Fuente: G. López i Casanovas (dir), *Estudio del sistema de financiación autonómica de la sanidad*, Generalitat de Cataluña, Consejería de Salud, Barcelona, 1992.

Tabla 8 – Indicadores de la prestación farmacéutica en el área de gestión directa por parte del Insalud

Años	% de participación en el total del gasto*		Gasto público medio por receta**		% medio de aportación del trabajador***
	Activos	Pensionistas	Importe	% de aumento	
1986	34	66	492	8,4	14,1
1987	33	67	577	17,3	13,1
1988	33	67	656	13,7	12,7
1989	32	68	749	14,2	11,8
1990	30	70	834	11,3	11,0
1991	30	70	960	15,1	10,5
1992	29	71	1.090	13,5	9,9

* Este indicador recoge la proporción sobre el total del gasto farmacéutico público destinado a los trabajadores activos y a los pensionistas.

** Este indicador recoge el importe medio que el Insalud debe pagar por receta. Al contribuir los beneficiarios en distinta medida, según los casos, al coste del medicamento, el importe medio de las recetas es mayor.

*** Este indicador recoge la proporción de las aportaciones de los trabajadores sobre el total de la factura farmacéutica del Insalud.

Fuente: Insalud, *Indicadores de la prestación farmacéutica*, Madrid, varios años e Instituto Nacional de la Seguridad Social, *Boletín informativo de la Seguridad Social*, varios años.

Tabla 9 – Indicadores de actividad hospitalaria en algunos países de la OCDE en 1987

Países	Camas /1.000 hab.	Estancia media	Estancias/100 hab.
Canadá	16,1	13,2	200
Noruega	15,75	11	490
Japón	15,24	:	390
Suecia	12,73	19,7	420
Holanda	11,77	:	380
R.F. Alemania	11,03	17,1	350
Suiza	10,89	:	300
Francia	10,65	12,5	330
Australia	10,17	6,1	320
Bélgica	8,42	16,3	280
Italia	7,7	11	160
Reino Unido	6,83	15	210
Dinamarca	6,3	9,1	190
EE. UU.	5,28	9,6	170
Grecia	5,16	11	140
Portugal	4,52	12,4	110
España	4,35	13,1	130
Turquía	2,1	:	70

Fuente: G. López i Casasnovas (dir.), *Estudio del sistema de financiación autonómica de la sanidad*, Generalitat de Cataluña, Consejería de Salud, Barcelona, 1992.