# LAS CARACTERISTICAS DEL SECTOR SANITARIO. TENDENCIAS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL EN EL MARCO DE LA UNION EUROPEA [1]

**José Antonio Buil Aina* y José Joaquín Mira Solves****
** Jefe de Programas y Coordinación Médica de Asistencia Especializada. Dirección Territorial. Consejería de Sanidad y Consumo. Alicante*
*** Profesor Asociado. Dpto. Psicología de la Salud. Universidad de Alicante*

**RESUMEN**

El sector sanitario, además de ser uno de los pilares básicos del llamado Estado del Bienestar, se ha constituido como uno de los sectores más dinámicos en las economías de los países desarrollados. No obstante, la complejidad y, a la vez, singularidad del sector, junto a un espectacular crecimiento del gasto sanitario en los países de la OCDE, han impulsado reformas en los sistemas sanitarios de estos países. Este trabajo constituye una revisión donde se intentan abordar las principales características del sector sanitario y las actuales tendencias de reforma en los sistemas sanitarios de la UE, con especial referencia al sistema sanitario español.
**Palabras clave:** Sistema Sanitario Español. Sistemas Sanitarios

**ABSTRACT**

The healthcare sector is a basic pillar of the so-called Welfare State. At the same time, the healthcare sector is one of the most active sector for the economies of a majority of the developed countries. However, the complexity, peculiarities and escalating costs of the healthcare sector in the OECD have promoted several Re-

ports about how to reform this sector. This work constitutes a review of the main characteristics of the healthcare sector, and its reform in the EU, with a special mention of the Spanish healthcare sector.
**Key Words:** Spanish Healthcare sector. Healthcare sector.

## LAS CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR SANITARIO

Se ha convertido ya en un planteamiento previo y obligado el admitir que la Sanidad, junto con la Enseñanza o Justicia, es uno de los pilares básicos tradicionales del llamado Estado del bienestar, considerándose dentro del sector productivo terciario como un tipo de servicios de características muy especiales. Además este sector es muy importante desde el punto de vista económico, pues estimula el crecimiento del sector industrial, el comercio, los transportes, etc... En términos de porcentaje de PIB, la sanidad en España rebasa actualmente el 7% y representa cerca del 4% de la población total ocupada.

En un hospital, además de los propios servicios clínicos, existe un potente dispositivo tecnológico, hostelería, limpieza, suministros de productos y material sanitario, mantenimiento técnico de instalaciones y equipos, informática, etc... En este contexto se puede decir que el sector sanitario trasciende como mero prestador de un tipo de servicios al ciudadano, para convertirse en una red de empresas que producen servicios sanitarios y cuya gestión deberá tener en cuenta los principios básicos de la gestión empresarial en el terreno de la producción y la distribución (Alavedra, 1992)

En los sistemas sanitarios públicos, la asistencia sanitaria se presta a través de diversas organizaciones de características muy peculiares, como por ejemplo el acentuado desequilibrio en el poder que detentan cada uno de los "agentes" que intervienen en ellas. Entre estos desequilibrios cabe destacar la asimetría de la información (Arrow, 1963), la relación de agencia (Maynard, 1987), o el comportamiento de las "burocracias profesionales" (Mintzberg, 1979). Mintzberg (Mintzberg, 1983) -al hablar de las organizaciones- distingue entre ***agentes de coalición externa*** (ciudadanos, pacientes, políticos, suministradores, sindicatos...) y ***agentes de coalición interna*** (directores y administradores, personal sanitario, analistas y planificadores de la tecnoestructura...).

En las organizaciones del sector sanitario (públicas y privadas) se produce una enorme desproporción entre la información que sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico poseen los proveedores de la asistencia (médicos sobre todo) y la que poseen los usuarios de estos servicios (lo que se ha dado en llamar ***asimetría de la información***). De ahí que éstos deleguen en aquéllos el papel de consumidor, es decir, los médicos actúan como "agencias" de sus pacientes, indicándoles qué

servicios han de consumir y cómo hacerlo (***relación de agencia***). De este modo el médico adopta el papel de experto o tecnócrata dentro de las organizaciones sanitarias, guiando así su conducta más por criterios profesionales que por los deseos de los pacientes (Mechanic, 1978). Esta enorme asimetría de la información entre médico y paciente diferencia definitivamente al sistema sanitario de cualquier sistema clásico de mercado (Elola, 1991).

Según Mintzberg, el poder dentro de una organización puede estar generado por disponer de una o varias de las siguientes posibilidades:

- Controlar un recurso
- Controlar una técnica
- Controlar un cuerpo de conocimientos
- Disfrutar de prerrogativas legales
- Tener acceso o influencia sobre las anteriores fuentes de poder.

Este mismo autor acuña, como ya hemos visto, el término de ***"burocracias profesionales"*** para referirse a las organizaciones sanitarias, porque son los profesionales quienes tipifican o normalizan los conocimientos y aptitudes dentro de la organización.

Actualmente, sin embargo, el paciente va aumentando su papel en las decisiones sanitarias que le conciernen (Cabasés, 1994), cuestionándose el enfoque tradicional de la asimetría en la relación del médico y el paciente. De este modo se iría estableciendo el ***principio de autonomía*** en la sanidad mediante el cual el consumidor, que se considera informado, trata de recibir la cantidad y calidad de servicio que él considera adecuada, en combinación con el ***principio ético de beneficencia***, que ha marcado tradicionalmente el quehacer sanitario. Surge así la mayor preocupación por la calidad hostelera, la personalización del trato al paciente, la ampliación de las prestaciones, la posibilidad de elección, etc...

La intervención pública en la economía se ha venido justificando por la existencia de *bienes sociales*, *bienes públicos* o *bienes preferentes*, frente a los *bienes privados* para los que el mecanismo del mercado parece la alternativa más aconsejable. Son bienes públicos aquéllos que satisfacen necesidades sociales y en los que se dan determinadas características específicas como que son de oferta conjunta, generan externalidades (efectos colaterales multiplicadores), son de provisión pública y en los que no son aplicables los principios de exclusión y rivalidad en el consumo (Bueno, 1994).

Los *bienes preferentes*, aunque sean susceptibles de ser asignados por el mercado, se ven sujetos a la intervención pública en su provisión a los consumidores, la cual se fundamenta en determinados juicios de valor de aceptación general social (ej. equidad en su consumo), de evitar incurrir en costes sociales, o de lograr determinados beneficios sociales que no se producirían en un libre intercambio en

el mercado. En el caso concreto de la sanidad existen mecanismos que la regulan y diferentes alternativas de financiación, provisión y cobertura en los sistemas sanitarios en el ámbito internacional. En el caso del sistema sanitario público español, como después veremos, se trata de un Sistema Nacional de Salud (SNS) con financiación pública y provisión mayoritariamente pública.

## FALLOS DEL MODELO DE MERCADO EN SANIDAD Y DEL SECTOR PÚBLICO COMO EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS

Tradicionalmente ha existido controversia sobre los fallos del mercado en el sector sanitario, por una parte, y los fallos del sector público como empresa de servicios sanitarios, por otra. Cuando se comprueba una incapacidad del sistema de economía de mercado como asignador de recursos en lo que se refiere a ciertos bienes (*bienes públicos*) se produce la intervención pública en la asignación.

Entre los fallos del mercado más comunes en Sanidad se encuentran el ya mencionado de la *asimetría de la información*, la propia *incertidumbre* del proceso de enfermar, las *externalidades*, los propios de un *bien público o preferente*, etc... (Barea, 1992; 1995).

Algunos economistas opinan que los mercados sanitarios no satisfacen las condiciones convencionales de los mercados competitivos (Bueno y Morcillo, 1993), como son:

- Concurrencia
- Homogeneidad del bien
- Independencia de los agentes
- Libertad de entrada y salida
- Consumidores bien informados
- Movilidad de los factores de producción
- Racionalidad económica conducente a la maximización del beneficio.

Por otro lado, en los últimos años, tras algunas experiencias, un gran número de economistas ponen en tela de juicio la intervención pública argumentando que, si bien los fallos del mercado en Sanidad son evidentes e importantes, no lo son menos los fallos ocasionados por el papel del sector público como empresa de servicios sanitarios, concretamente en lo que se refiere a su provisión. Así, se han citado:

***Falta de incentivos organizativos***

- Se trata de una situación de monopolio
- No quiebra

- El consumidor no paga directamente el servicio
- Falta relación entre ingresos (normalmente coactivos) y gastos
- El sector se ha desarrollado en una cultura del "gasto".

***Falta de incentivos individuales***

- Salarios estandarizados
- Estabilidad en el empleo

***Internalidades***

- Sustitución de los intereses de la organización por los intereses personales de sus integrantes
- Tendencia a la desviación del poder (p.e. hacia grupos determinados)

***Enfasis en el cumplimiento de la legalidad***

- Se impide la necesidad de una cierta discrecionalidad (p.e. en la selección de personal), mientras que, paradójicamente a la vez, se produce una mala prevención de la arbitrariedad.

La Sanidad, como vemos, es un mercado imperfecto. La provisión pública con producción pública y privada de servicios es un modelo a tener en cuenta para hacer competir a los diversos agentes productores. Ahora bien, hay que ser prudentes a la hora de atribuir virtudes mágicas a los diferentes modelos.

Los costes crecientes de la producción pública y las quiebras financieras de los productores privados ponen en alerta sobre visiones demasiado simplistas del sector. De lo que se trata es de ***determinar quién y en qué circunstancias produce más "salud" a un menor coste***. Por eso es imprescindible poder comparar procedimientos de diagnóstico y tratamiento en el sector público y privado, mediante mecanismos contables adecuados. También, desde el punto de vista de la producción, es imprescindible el análisis del valor añadido por cada uno de los agentes y las compras generadas hacia otros sectores, lo cual permitirá conocer el efecto de "arrastre" del sector y ver en qué medida la producción de servicios sanitarios afecta a la producción de otros sectores. La sanidad, por tanto, no puede verse sólo como "*un pozo sin fondo absorbedor de recursos"* (Clavera, 1992).

## ASPECTOS SOBRE OFERTA Y DEMANDA SANITARIA

Los criterios propios del mercado no pueden resolver cuestiones tan básicas como la redistribución, la equidad o el grado de solidaridad, pero pueden jugar un papel en la mejora de la producción del sistema sanitario público.

Actualmente, el elemento clave de la discusión sobre la futura viabilidad del sector se centra en el grado de eficiencia en la provisión del servicio (Poullier, 1990), pues dada la creciente factura del gasto sanitario en todos los países, se plantea cómo se puede limitar la parte del producto nacional que se destina al mismo.

Si se adopta una visión empresarial del sistema sanitario (Trigo, 1992) los servicios sanitarios presentan una caracterización económica múltiple. Por un lado, son *bienes superiores*, puesto que los aumentos en el nivel de renta van acompañados de aumentos de mayor proporción en el gasto en Sanidad, tanto pública como privada, y a la vez, son *bienes de mérito*, es decir, la disposición a pagarlos es superior al consumo directo que se hace de ellos, en la medida que se considera que es conveniente que todas las personas accedan a un nivel determinado de prestaciones sanitarias, bien sea por motivos de solidaridad, equidad, o porque se espera una repercusión positiva en todos los contribuyentes, como resultado del efecto *externalidad.*

Los productos y servicios que configuran la prestación sanitaria son *bienes de prescripción*, y su eficacia depende de la prestación conjunta del bien y el servicio, de manera que el usuario último desconoce los aspectos materiales y el resultado esperado del consumo que realiza. Por ello, en el caso del producto no hay posibilidad de comparar calidades y composiciones, ni de tener en cuenta diferencias de precio o de cantidades que se han de consumir. El usuario se limita a lo que le recomienda el prescriptor en esa situación de información asimétrica que comentábamos y donde la ***selección adversa*** (tendencia a aceptar sólo los casos "rentables" por parte del proveedor) es un resultado posible e indeseable.

Tanto en la demanda como en la oferta de estos servicios hay aspectos particulares que configuran su mercado. Considerando la prestación de servicios sanitarios por entidades públicas, en las que el paciente no satisface un precio (o al menos un precio completo), hay una propensión a una demanda superior a la que correspondería a una demanda de mercado. Esta demanda se sostiene en un marco cultural en el que expresiones tales como "*la salud no tiene precio*" o "*la salud es lo que importa*", evidencian la propensión a una demanda elevada y creciente.

En relación a la oferta, las características técnicas de la prestación del servicio tienden a llevarlo más allá de lo que es estrictamente imprescindible, ya sea porque no hay restricciones de coste para el prescriptor, o porque este coste se hace recaer sobre un tercero.

La mayor parte de la oferta de servicios sanitarios públicos la realizan instituciones en las que la responsabilidad política es consciente de la dimensión electoral de la asignación de recursos a esta función, y al mismo tiempo, el colectivo de

profesionales de la sanidad, altamente cualificado, conoce los mecanismos a su disposición para incrementar la oferta de servicios. A todo ello hay que añadir que la expresión del *desajuste entre oferta y demanda* se hace recaer sobre el usuario en forma de *largas esperas* que, aunque no comporten un pago dinerario, tienen un ***coste de oportunidad*** importante. En este contexto no es raro que el peso del gasto asignado a Sanidad crezca y que, al mismo tiempo, crezca la insatisfacción respecto al sistema (Barsky, 1988). La primera cuestión es contrastable y la segunda deriva de las encuestas sistemáticas a la población (Blendon, Leitman, Morrison y Donelan, 1990) y a los profesionales del sector (Aranaz y Mira, 1988; Aranaz, Mira y Rodríguez, 1988; Buil et al., 1992; Mira et al., 1992; Mira et al. 1994).

## EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA: ORIGENES Y ESTRUCTURA ACTUAL

Sin ser objeto de este trabajo profundizar en la génesis del sistema sanitario español (SSE) cuya primera Ley de Sanidad se promulgó en 1855 (Muñoz, 1995), señalaremos algunos antecedentes relevantes del mismo.

En 1942 se implanta en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) como sistema de protección social que pasó a ser gestionado por el antiguo Instituto Nacional de Previsión (INP) dependiente del Ministerio de Trabajo. En principio, las prestaciones sanitarias eran modestas (Medicina General, prestación farmacéutica, algunas especialidades quirúrgicas ambulatorias) y su cobertura alcanzaba a trabajadores asalariados y sus familias (beneficiarios). El sistema se financiaba mediante cuotas de trabajadores y empresarios. Se trataba por tanto de un sistema tipo Seguros Sociales (*modelo Bismark*).

Posteriormente, y sobre todo en la década de los 70, se produce una enorme expansión del seguro (Seguridad Social) llegando a cubrir al 80% de la población española al final de esa década, así como el gran alcance que tomaron sus prestaciones (Libro Blanco de la Seguridad Social, 1977) (Ministerio de Trabajo. Subsecretaria de la Seguridad Social, 1977).

Los aspectos de tipo preventivo y de salubridad pública quedaban bajo la regulación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944.

El Decreto 2766/1967, sobre Ordenación de servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, reguló aspectos de organización y gestión de recursos del sistema, estableciéndose tres niveles asistenciales:

- Nivel **primario**: Medicina general y Pediatría
- Nivel **secundario**: Especialidades de cupo en los Ambulatorios
- Nivel **terciario**: Hospitales (Residencias y Ciudades Sanitarias).

El instrumento básico de planificación era un sistema de asignación poblacional basado en ***"cupos"*** de titulares de documentos de ASSS (Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social), vulgarmente conocidos como "*cartillas*", los cuales eran adscritos a los médicos de cabecera, percibiendo éstos sus retribuciones según el cupo. En cuanto a la asistencia hospitalaria existían criterios de planificación territorial (Hospitales comarcales, provinciales y regionales) y jerarquización asistencial en los hospitales (Departamentos, Servicios y Secciones). La relación jurídica laboral del personal sanitario y no sanitario en estos centros era, y es, estatutaria, y la retribución, de tipo salarial.

El sistema sanitario español estuvo sujeto de forma casi permanente por aquélla época a sucesivas tentativas de reforma, cuyo alcance venía a afectar todo lo más a aspectos de reorganización de recursos, análisis de la tecnoestructura, marcos competenciales, etc..., como fueron los estudios y propuestas de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (1975) y los del Libro Blanco de la Seguridad Social (1977).

En 1977, por primera vez desde la II República, la Sanidad (en este caso junto a Seguridad Social) adquiere en España rango de Ministerio, y a partir de diciembre de 1981 se crea el Ministerio de Sanidad y Consumo, cuando la gestión de la asistencia sanitaria ya venía siendo desempeñada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) desde 1978.

En la *Constitución Española* de 1978 se recoge el marco competencial de los poderes públicos respecto a la sanidad (art. 43.1, 43.2 y 44). Posteriormente, la *Ley General de Sanidad* (LGS), de 25 de abril de 1986, supuso el nuevo marco para las reformas que se habían comenzado a trazar por el primer Gobierno de la Administración socialista. Por otra parte, y a partir de 1981, había comenzado una larga etapa, todavía hoy no concluida, de transferencias sanitarias a las CC.AA. (hasta la fecha se han transferido competencias a Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias). Este reparto de competencias entre el Estado y las CC.AA. constituye el verdadero mecanismo de descentralización de nuestro sistema sanitario y viene establecido en la Constitución y en los respectivos Estatutos de cada Autonomía, pues todas aquéllas competencias que la LGS no reserve expresamente al Estado se entenderán atribuidas a dichas Comunidades. De esta forma, el Sistema Nacional de Salud se constituye como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los de las CC.AA., integrados estos últimos, a su vez, por los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos o cualquier otra administración territorial intracomunitaria, que serán gestionados por cada Comunidad Autónoma, estableciéndose el Area de Salud como estructura territorial básica del sistema.

La LGS vino a recoger aspectos básicos en la trayectoria de nuestro actual sistema sanitario:

- Universalización de la asistencia sanitaria pública, mediante la progresiva extensión de la cobertura del seguro.
- Financiación vía impuestos, cotizaciones y tasas.
- Adopción de un modelo de "Sistema Nacional de Salud" (SNS) en el que se integran las prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos. Este sistema lo componen los recursos de la Administración del Estado, de las CC.AA. y las Corporaciones Locales.
- Creación de las Areas de Salud, como pieza clave de la gestión de los recursos del sistema en su descentralización territorial.
- Reforma de la Atención Primaria, basada en el modelo preconizado por la OMS (Alma-Ata, 1978).
- Reordenación de Niveles asistenciales, pasando a configurarse en dos: *Atención Primaria* (Centros de Salud) y *Asistencia Especializada* (Hospitales y Centros de Especialidades).
- Posibilidad de imponer tasas por determinados servicios.
- Persisten las fórmulas de gestión privada de la asistencia y los conciertos con el sector privado.
- Se recogen los Derechos de los pacientes.
- Se regula el marco de la Participación comunitaria, a través de los Consejos de Salud del Area.

A continuación, siguiendo a Barea (Barea, 1992), resumimos a grandes rasgos el panorama que actualmente ofrece el Sistema Sanitario Español:

***Cobertura***

Prácticamente universal (99%)
Cobertura Seguros privados: 6 millones de ciudadanos (17% de la población )
Catálogo de prestaciones amplio (Real Decreto de 20 de enero de 1995)

***Financiación***

| | | |
|---|---|---|
| Pública | 78% | (73% impuestos, 27% cuotas) |
| Privada | 22% | |

***Provisión***

| | |
|---|---|
| Pública | 67% |
| Privada | 33% |

***Gasto sanitario/p.i.b.***

| | | |
|---|---|---|
| Público | 5,6% | (4,14 billones pts. estim. 1995) |
| Privado | 1,6% | (1,20 billones pts. estim. 1995) |

***Ticket moderador***

40% del precio de medicamentos para asegurados laboralmente activos.

***Médicos per capita***
3,6 por mil h. (mayor ratio de la OCDE)

***Ratio enfermeria/cama***
1,1 (muy inferior a ratio OCDE)

***Camas hospital***
4,5 por mil h. (menor ratio de la OCDE)

***Presupuesto publico***
El 75% corresponde a gastos de personal
El 20% corresponde a farmacia.

***Causas mas frecuentes de mortalidad***

| | |
|---|---|
| Enfermedades cardiovasculares | 45% |
| Cáncer | 24% |
| Enfermedades Ap. respiratorio | 8% |
| Enfermedades Ap. digestivo | 6% |
| Accidentes | 5% |

***Opinión de los ciudadanos*** (Blendon, Donelan, Jovell, Pellisé, y Costas, 1991)

21% opinan que el SSE funciona bastante bien.

77% creen que se requieren cambios importantes o muy importantes en el sistema.

## LAS TENSIONES EN EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO. REFORMAS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA

Existe práctica unanimidad acerca de qué ha motivado las reformas emprendidas en los sistemas sanitarios de la mayoría de los países de nuestro entorno:

- El continuo incremento del gasto sanitario, por encima del crecimiento anual de la economía.
- La paralela insatisfacción de usuarios y profesionales que acompaña con frecuencia al fenómeno anterior.

Pero las raíces y primeras causas de la crisis de la Sanidad arrancan de situaciones previas que se han ido gestando a lo largo de todo este siglo.

Los Estados de los países occidentales desarrollados, con economías libres de mercado, han asumido progresivamente la responsabilidad de garantizar una serie de prestaciones. Entre ellas los servicios sanitarios. El sistema sanitario ha escapa-

do del mercado y no está regulado por el *mecanismo de formación de precios* (Cullis y West, 1979), sino que la sanidad pública se considera un derecho venido de la mano del Estado del bienestar. Pero éste, a su vez, viene padeciendo una crisis cuyas dimensiones alcanzan a la Sanidad (Rosanvallon, 1982).

Una de sus facetas es la crisis financiera por el incremento de los gastos sanitarios (Griffiths, 1981; OIT, 1985; OCDE, 1987). Entre las causas de estos gastos crecientes nos encontramos:

- El alcance y cobertura progresiva de los servicios sanitarios a la población.
- Las nuevas tecnologías.
- El envejecimiento de la población, que requiere más servicios y de mayor intensidad.
- El aumento de la duración de la vida de los gravemente incapacitados y terminales.
- Los cambios en el patrón epidemiológico (p.e. enfermedades crónicas y degenerativas, cáncer, sida)
- La mayor especialización profesional y el fuerte coeficiente de mano de obra del sector.
- El progresivo incremento de recursos (hospitales, actos médicos y pruebas diagnósticas y terapéuticas).
- Mayores expectativas de la población en la mejora de su salud mediante la utilización de los servicios sanitarios.
- La deficiente aplicación de las técnicas modernas de Organización en los subsistemas de prestación de la asistencia médica.

Actualmente, hay autores que estiman que los factores relacionados con la gestión de la oferta de servicios (nuevas tecnologías) son tan importantes como el resto de factores en su conjunto, a la hora de ponderar las causas determinantes del crecimiento de los gastos sanitarios (McFarlan y Oxley, 1995).

No obstante, superada ya una primera etapa de políticas de mera contención del gasto sanitario en todos los países, actualmente la preocupación se centra en alcanzar la ***eficiencia económica***. Es decir, asociar los beneficios marginales que se obtienen al crecimiento de los gastos sanitarios que originan. Ello conduce a la necesidad de realizar un esfuerzo para gestionar mejor el sistema sanitario.

Pero por otro lado, también subyace en los sistemas sanitarios públicos una ***crisis de legitimación*** (Habermas, 1987; Elola, 1989) que estaría sustentada (al margen del soporte ideológico que explique el análisis de su origen) en el extrañamiento del sistema por parte de los individuos a los que supuestamente atiende, y en el desarrollo de un aparato burocrático que altera radicalmente la relación clásica entre el médico y el paciente. Se producen así discrepancias en relación con los

objetivos que debe alcanzar el sistema y sobre los medios a emplear para alcanzar esos objetivos. El síntoma principal de la crisis de la sanidad es el aumento del malestar, que se traduce en una insatisfacción creciente, junto a incrementos progresivos de la demanda y utilización de los mismos. Por eso es tan importante establecer las condiciones que permitan el trato personalizado, el cambio de mentalidad en la cultura de la organización que considere a pacientes y usuarios como clientes y la adopción de las modernas estrategias del Marketing Sanitario (Varios autores, 1988; Lamata, Conde, Martínez y Horno, 1994; Rodríguez, 1994; Mira et al., pendiente publicación) que permitan generar una nueva relación de confianza.

En los sistemas sanitarios públicos tipo SNS (Reino Unido, Suecia, o Italia) además de la necesidad común de un mayor control del gasto público en sanidad, se han sumado críticas como el carácter burocrático de estos servicios, la escasa atención que prestan a las peculiaridades de los individuos y la existencia de listas de espera (DHSS, 1989; Saltman y Von Otter, 1989). En estos sistemas la financiación, al igual que en los sistemas basados en el modelo de Seguros sociales, es pública, mientras que la provisión también lo es en los primeros, pero no en los segundos, en los que suele ser más bien privada (ej. Alemania, Bélgica, Francia).

En la década de los 80 se han iniciado estudios y reformas en varios sistemas sanitarios europeos, siendo objetivos comunes en casi todos ellos los siguientes (Hurst, 1991):

- Igualdad en el acceso a dichos servicios.
- Protección de los ingresos.
- Eficiencia macroeconómica.
- Eficiencia microeconómica, incluyendo:
  - Maximización de los servicios prestados
  - Maximización del grado de satisfacción de los pacientes
  - Minimización de costes
- Libertad de elección de los usuarios.
- Adecuada independencia de quienes prestan los servicios.

que se resumen en la meta de lograr servicios sanitarios adecuados para todo el mundo.

Varios países europeos parecen haber atravesado tres fases en la evolución de sus sistemas sanitarios:

- Universalización de la cobertura mediante seguro público.
- Contención de costes por la cobertura presupuestaria externa o por la regulación gubernamental centralizada de precios y volúmenes.

- Intentos para aumentar la eficacia y la eficiencia a través de la introducción de incentivos de mercado y competencia, y la regulación descentralizada de sus sistemas públicos.

En general, se puede decir que las reformas basadas en la *gestión* intentan atraer mecanismos de carácter empresarial para hacer los sistemas más eficientes, mientras que las basadas en la *competición* tratan de crear mecanismos de mercado en la oferta o en la demanda de los servicios.

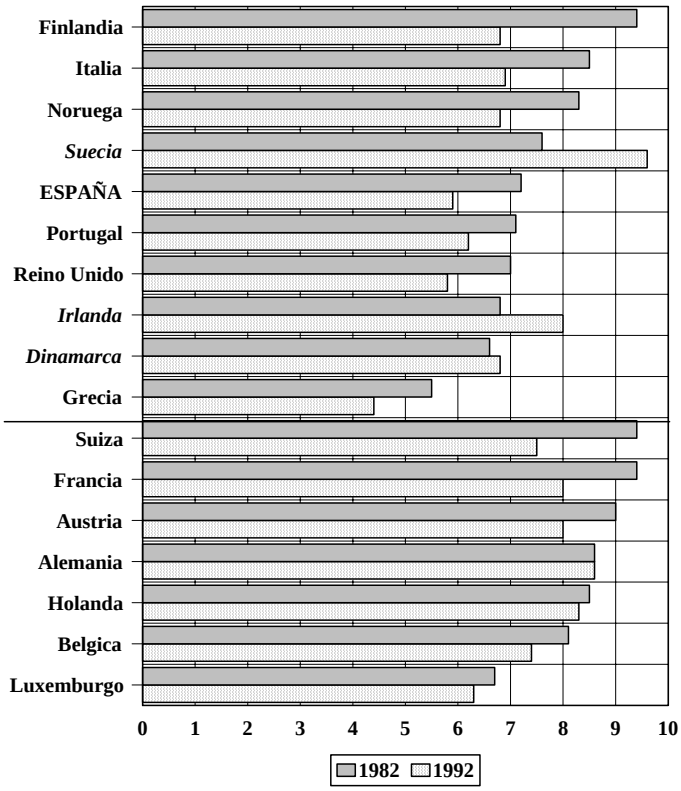
Los sistemas sanitarios de dirección pública en el norte de Europa han adoptado como base para su reorganización dos modelos diferentes. Por un lado, el ***modelo de Competencia pública***, creando un mercado interno entre instituciones públicas y que se ha experimentado en Suecia. Por otro lado, el ***modelo de Mercado mixto*** (Enthoven y Kronick, 1989) donde, en el marco del mercado, los proveedores públicos compiten con los privados. Este modelo ha sido adoptado en el Reino Unido y alguno de los aspectos que ha llevado aparejados son una mayor autonomía de gestión en los hospitales públicos (Hospital Trust) y la capacidad de establecer *contratos* de servicios por parte de los Distritos y los GP "Fundholders" (médicos de cabecera que gestionan un presupuesto).

El eje de las reformas se ha situado en la separación entre la *financiación* y la *provisión*, y se centran, sobre todo, en dar respuesta a la siguiente cuestión: *¿quién va a producir mejor los servicios, el sector público o el privado?*.

En los países europeos la mayoría de la financiación es pública, vía impuestos y/o seguros sociales. Las reformas no se cuestionan esta predominancia, con la relativa excepción de Holanda (Quintana e Infante, 1993) donde la reforma contempla un nivel básico de prestaciones obligatorio y la introducción de un nivel complementario voluntario a cubrir por compañías aseguradoras públicas y privadas en competencia (Informe Dekker), similar a como ocurre con las "Health Maintenance Organizations" (HMO's) en EE.UU.

Si bien en los últimos años se aprecia una contención del gasto sanitario en Europa, sobre todo en los paises del norte (Evans, 1992), no existen todavía suficientes evidencias acerca de los resultados de las reformas (San José, 1994; Bohígas, 1995a; 1995b; Durán, 1995). De todos modos hay cuestiones en las que hay coincidencia, como es el caso que ya apuntábamos anteriormente respecto a que las reformas persiguen la mejora de la satisfacción del usuario y la orientación de la organización sanitaria hacia el "cliente", cosa que hasta ahora no ocurría (Maynard, 1988; Costas, 1992) y una nueva forma de gestión sanitaria de tipo empresarial que incluye el denominado ***Managed Care*** (Asistencia sanitaria gestionada) de origen estadounidense, donde se desarrolla un entorno de elección competitiva (Andersen Consulting, 1993; Coopers y Lybrand, 1995).

## Tendencias en el gasto en países UE




Fuente: OCDE, CREDES, 1995
En cursiva los países que han invertido la tendencia de gasto.

## EL "INFORME ABRIL" Y LAS REFORMAS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal prestan unos servicios "sin límites naturales" con unos recursos "limitados por naturaleza". Por otra parte, también se han discutido los límites del análisis económico aplicado a la medición del "producto" de estos servicios (Klein, 1990). De ahí, como ya hemos apuntado, la proliferación de numerosas propuestas e informes para las reformas en muchos paises (Informe Dekker en Holanda; Griffiths y Working for Patients en Reino Unido; Plan Enthoven e Informe Pepper en EE.UU.; Informe modelo Dalla en Suecia, etc...) y desde luego, también en España (Comisión de Análisis y Evalua-

ción del Sistema Nacional de Salud, conocido como Informe Abril, al haber sido Fernando Abril Martorell, ex-vicepresidente del Gobierno con la UCD, quien presidió los trabajos de dicha Comisión) (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991).

La Comisión se forma en junio de 1990 por mandato del Pleno del Congreso de los Diputados y concluyen sus trabajos en julio de 1991. El Informe, amplio y profundo, se planteaba genéricamente los siguientes propósitos:

1. Conseguir mayor responsabilidad de los gestores, y con ello una mayor eficiencia del sistema.
2. Aportar mayor grado de satisfacción al usuario y capacidad de elección.
3. Promover una conciencia de "coste" de los servicios.
4. Flexibilidad y autonomía para gestionar presupuestos.
5. Mayor participación y motivación del personal sanitario.

Los aspectos más relevantes de las Recomendaciones del Informe se centraban en tres grandes áreas:

- Organización
- Gestión
- Financiación

Entre los correspondientes a la **Organización**, por citar algunos, se proponían medidas de descentralización, potenciación del Consejo Interterritorial, creación de un Instituto de Estudios económico-sanitarios, separación financiación-provisión, relevancia del Gerente del Area de Salud, creación de Sociedades Estatales de servicios sanitarios sometidas al Derecho privado, establecimiento de parte de las retribuciones del personal ligadas a cumplimiento de objetivos, establecimiento de incentivos, etc...

En cuanto a la **Gestión** se destacaba la necesidad de medir el producto, realizar análisis económicos, Plan General de Contabilidad, implicar a los médicos en la gestión, factura "sombra" para el usuario, mejorar la calidad, etc...

En la **Financiación** se insistía en que el sistema debía nutrirse sobre todo de los Presupuestos Generales del Estado, pero también manteniendo la aportación de la Seguridad Social, establecer unas prestaciones básicas y otras complementarias, evaluación de tecnologías, participación del usuario en el coste de medicamentos, desagregar los costes sociales del sistema, mejorar las listas de espera, plantear estrategias de salud intersectoriales, promoción y prevención, etc...

Posteriormente, algún trabajo sobre el SSE ha llegado a incluir un estudio Delphi sobre desarrollo y tendencias (Vivas y Sánchez Ruano, 1993).

Un protagonismo especialmente relevante en la discusión sobre las reformas en el SSE ha sido el desarrollado por un sector importante de economistas de la salud,

planteando en ocasiones propuestas y estrategias viables y selectivas (Ortún y López Casasnovas, 1993), sin perder de vista los grandes objetivos del sistema sanitario:

i) conseguir unos buenos indicadores de salud;
ii) proporcionar satisfacción a la población y
iii) controlar el gasto.

Estas propuestas plantean acciones concretas sobre aspectos de promoción y prevención, efectividad, capitación, competencia, eficiencia clínica, presupuestación, y un grupo o "estuche" de medidas de acción selectiva que se refiere a la satisfacción del usuario, como son:

- Participación de la comunidad
- Elección, aunque con limitaciones
- Confianza en el sistema
- Amabilidad, orientando hacia el usuario todo el ejercicio profesional sanitario.

De todos modos, y a pesar del virtual consenso y la insistencia acerca de la necesidad de inyectar eficiencia en el sistema (Segura, 1994), no falta la opinión de quienes limitan y previenen sobre un excesivo triunfalismo del papel que puede jugar la eficiencia en un sistema de cobertura universal, con prestaciones prácticamente ilimitadas y reduciendo costes al mismo tiempo (Costas, 1994), o sobre fórmulas de reorganización como la competencia (Le Grand, 1994; Aranaz y Buil, 1996), o la separación entre financiación y provisión de los servicios, que podrían amenazar o debilitar, mediante fisuras en la equidad y la solidaridad social, las bases sobre las que asienta el Estado del Bienestar (Navarro, 1995).

## REFERENCIAS

Alavedra M: *El sector de la Sanidad como sector de servicios.* I Jornadas de Economía, Empresa y Sanidad. Conferencia inaugural. Fulls econbmics del sistema sanitari. MonografRes, 3. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat y Seguretat Social. Barcelona, 1992.

Andersen Consulting: *El futuro de la sanidad en Europa.* Informe de resultados para EspaZa. Madrid, 1993.

Aranaz J y Buil JA: Gestión Sanitaria: Acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Medicina Clínica,* 1996, 106: 182-184.

Aranaz J y Mira J: Cuestionario FONT ROJA: Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*, 1988, 52: 63-66.

Aranaz J, Mira JJ y Rodríguez J: La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *Todo Hospital*, 1988; 47: 53-60.

Arrow KJ: Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 1963, 5: 941-973.

Barea J: *La Sanidad: criterios de mercado frente a la planificación pública.* Ciclo: Problemas y perspectivas de la economía española. Valencia: BANCAJA, 1992.

Barea J: *Análisis económico de los gastos públicos en Sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo.* Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1992.

Barea J: *Perspectivas en la gestión de los servicios sanitarios.* Conferencia de clausura del Master en Economía de la salud. Facultad de CC.EE. Universidad de Alicante, Mayo, 1995.

Barsky AJ: The paradox of health. *The New England Journal of Medicine*, 1988, 318: 414-418.

Blendon RJ, Leitman R, Morrison I and Donelan K: Satisfaction with Health System in Ten Nations. *Health Affairs*, 1990, 9: 185-192.

Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellis JL and Costas E: Spain's Citizens Assess Their Health Care System. *Health Affairs*, 1991, 10(3): 216-228.

Bohígas L: Curso *Análisis de Organizaciones y Políticas.* Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pdblica. Valencia, Mayo, 1995a.

Bohígas L: Público y Privado. *Todo Hospital*, 1995b 121: 7-10.

Bueno E: La Planificación estratégica en hospitales. *Papeles de Gestión Sanitaria*, Marzo, 1994, 3-6.

Bueno E y Morcillo P: *Fundamentos de Economía y Organización Industrial.* Madrid: Mc Graw-Hill, 1993.

Buil JA, Aranaz J, Mira J, Herrero J, Vitaller J y Benavides F: Satisfacción y estrés laboral de los profesionales del medio hospitalario. En: *El Sistema Nacional de Salud de los 90 (Estrategia de Salud, Planificación y Mercado)*, 319-25. XI Jornadas de Economía de la Salud. AES-Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum. Valencia, 1992.

Cabasés JM: El perfil del consumidor de servicios sanitarios. La influencia de la industria. *Economía y Salud*, 1994, 1, 18.

Clavera J: *El cálculo del producto sanitario y la relación con otros sectores económicos.* Fulls económics del sistema sanitari. Monografíes, 3: El sector de la sanidad como sector de servicios. G.C. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Barcelona, 1992.

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud: *Informe y Recomendaciones*. Madrid, Julio 1991 (mimeo).

Coopers & Lybrand: *European healthcare trends: towards managed care in Europe*. Informe. Madrid, 1995.

Costas E: La revolución tranquila: Crisis de los sistemas de salud. *Quaderns CAPS*, 1992, 18: 38-46.

Costas E: La gestión de la sanidad pública: pasión por la eficiencia sanitaria. *Diario El País*, sábado 24 de diciembre de 1994, p. 30.

Cullis JG y West P: *The economics of health.* Oxford: Martin Robertson, 1979.

DHSS: *Working for Patients (The white paper).* Secretary of State for Health. HMSO. Londres, 1989.

Durán A: *Nuevas tendencias de los servicios sanitarios en Europa.* Curso: Políticas y Estrategias de Salud para el cambio de siglo. Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública. Valencia, Junio, 1995.

Elola J: Democracia y sistema sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 1989, 13: 472-475.

Elola J: *Crisis y Reforma de la asistencia sanitaria pública en España, 1983-1990.* Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1991.

Enthoven AC y Kronick R: A consumer health plan for the 1990's. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy. *N Eng J Med*, 1989, 320: 29-37.

Evans RG: Tension, Comprension and Shear: Directions, Stress and Outcomes of Health Care Cost Control. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992, 15: 101-128.

Griffiths A: *Health economics and financing of health services.* Health services in Europe. Copenhague: OMS, 1981.

Habermas J: *Ciencia y técnica como ideología.* Madrid: Tecnos, 1987.

Hurst JW: Reforming Health Care in Seven European Nations. *Health Affairs*, 1991, 10(3): 7-21.

Klein R: El papel de la economía sanitaria. Parece que Rosencrantz será el Hamlet de la Medicina. *Br Med J*, 1990, 5(2): 7-9.

Lamata F, Conde J, Martínez B y Horno M: *Marketing Sanitario.* Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1994.

Le Grand J: Internal market rules OK. New rules take account of market behaviour. King's Fund Institute. London W2, 4HT. *Br Med J*, 1994, 309: 1596-1597.

Maynard A: Incentives for cost-effective physician behaviour. *Health Policy*, 1987, 7(2): 189-204.

Maynard A: Financing Health Care. Centre for Health Economics. University of York. *Newsletter*, 1988, 1: 3.

McFarlan M and Oxley H: Reforming Health Care. *The OECD Observer*, 1995, 192: 23-26.

Mechanic D: El crecimiento de la tecnología y burocracia médicas: implicaciones en la asistencia médica. En: De Miguel JM, (comp.): *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid: C.I.S., 1978.

Ministerio de Trabajo: *Libro Blanco de la Seguridad Social*. Madrid:. Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977.

Mintzberg H: *The structuring organizations*. New York: Prentice-Hall, 1979. (Traducido al español en Ariel).

Mintzberg, H. 1983. *Power in and around organizations*. Prentice-Hall. New York.

Mira JJ et al.: Absenteeism as a symptom of occupational ill-health in hospitals and its repercussion on quality assurance. *Quality Assurance in Health Care*, 1992, 4: 273-287.

Mira JJ et al.: Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Atención Primaria*, 1994, 14(10): 1135-1140.

Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Gosalbez C, Herrero J y Martínez J: Calidad Corporativa Hospitalaria. ¿Qué transmite la prensa escrita?. *Todo Hospital* [remitido para publicar].

Muñoz S: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

Navarro V: El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado del Bienestar y su relevancia para España. *Gaceta Sanitaria*, 1995, 9: 202-209.

OCDE: *Financing and delivering health care*. París, 1987.

OIT: *La Seguridad Social en la perspectiva del año 2000*. Ginebra, 1985.

Ortín V y López Casasnovas G: *La reforma del Sistema Sanitario Español: radicalismo selectivo*. Hacienda Pública Española, I: 15-32. Madrid: Ministerio de EconomRa y Hacienda, 1993.

Poullier J: El afán por la eficiencia. Una perspectiva internacional. *ICE*, 1990, 681-2: 7-25.

Quintana O e Infante A: Reformas sanitarias en Europa. *Gaceta Sanitaria*, 1993, 7: 95-98.

Rodríguez JR: Marketing hospitalario y comunicación. En: J Cuervo, J Varela, R Belenes: *Gestión de Hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vicens Vives, 1994.

Rosanvallon P: Les trois crises de l'Etat-providence. *Aujourd-hui*, 1982, 57: 29-40.

Saltman RB y Von Otter C: Public competition versus mixed markets. An analytic comparison. *Health Policy*, 1989, 11: 43-55.

San José P: *Reformas sanitarias en Europa y la elección del usuario.* Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1994.

Segura J: Conferencia magistral del Acto académico del X Aniversario del Consorcio Hospitalario de Catalunya. *Revista del CHC*, 1994, 21: 12-17.

Trigo J: *Una visión empresarial del sistema sanitario.* Fulls económics del sistema sanitari. Monografíes, 3. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Barcelona, 1992.

Varios autores: Marketing sanitario. *Todo Hospital. Monográfico*, 1988, 47: 17-68.

Vivas D y Sánchez Ruano E: *Informe Delphi: El Sistema Sanitario Español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo.* Valencia: Papeles de Gestión Sanitaria. Monografía I-93, 1993.

**Agradecimientos**

Al Prof. Lluis Bohigas (Fundación Avedis Donabedian, Barcelona) por las valiosas sugerencias aportadas en la realización de este artículo.

**Notas**

1.- Artículo elaborado durante la realización del proyecto de investigación FIS 94/0495.