

Autor: **Francisco Alfonso Ferrándiz Manjavacas**

Título: **Algunas cuestiones relativas a la eficacia del Sistema sanitario público en España**

Resumen: *El presente trabajo trata sobre algunas cuestiones que inciden sobre la eficacia, la eficiencia y la equidad del Sistema Sanitario Público en España. El tema elegido es de por sí lo suficientemente amplio como para exceder lo que se puede entender como el ámbito usual de un trabajo de estas características. Por lo tanto, no se pretende tanto el dar una visión exhaustiva del tema planteado, como el de centrarse en los aspectos más relevantes.*

---

Autor: Teléfonos de contacto: 478 19 30 (mañanas)

479 76 19 (tardes y noches)

---

## INDICE

### Página

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. LOS CONCEPTOS DE EFICACIA Y EFICIENCIA	
1. Concepto de eficacia.....	5
2. Concepto de eficiencia.....	6
III. LA EFICACIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA	
1. El marco institucional.....	8
2. Objetivos del Sistema Sanitario Público en España.....	10
2.1. Universalización de la cobertura	
2.1.1. Evolución de la cobertura sanitaria pública en España.....	11
2.1.2. Situación actual de la cobertura sanitaria.....	13
2.1.3. Cobertura y equidad.....	14
2.2. La equidad en la asistencia sanitaria pública.....	15
2.2.1. Equidad en las prestaciones recibidas.....	15
2.2.2. Equidad en el acceso a los recursos sanitarios:	

desigualdades territoriales y desigualdades socio- nitarias.....	16
2.2.3. Las listas de espera.....	19
2.2.4. El copago por los servicios sanitarios o ticket moderador.....	21
2.3. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades.....	23
2.4. Financiación pública del Sistema.....	26
3. Conclusiones sobre la eficacia del Sistema Sanitario.....	27
IV. LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL. ESPECIAL REFERENCIA AL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD	
1. La evolución del gasto sanitario publico en España.....	29
2. La evolución reciente del presupuesto del INSALUD.....	31
3. El problema de las desviaciones presupuestarias.....	34
Las modificaciones de crédito.....	36
4. Hacia un modelo de presupuestación prospectiva.....	38
4.1. La utilización de la UPA.....	41
4.2. Elaboración del presupuesto.....	44
4.3. Conclusiones sobre el modelo de presupuestación prospectiva en el INSALUD.....	45
5. El cálculo del coste por proceso.....	46
6. De la eficiencia tecnológica a la asignativa.....	48
7. Conclusiones sobre la eficiencia.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	53

## INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

### CUADROS:

Página

1. Cuadro nº 1: Evolución de de la población protegida por la sanidad pública en España, años 1945-1991..... 12
2. Cuadro nº 2: Población protegida por aseguramiento sanitario público en España, año 1991..... 13
3. Cuadro nº 3: Mortalidad y Morbilidad según desarrollo económico en 1987..... 17
4. Cuadro nº 4: Mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal en España, años 1960-1984..... 24
5. Cuadro nº 5: Esperanza de vida en España, años 1960-1980.... 25
6. Cuadro nº 6: Financiación de los presupuestos del INSALUD, años 1995 y 1996..... 27
7. Cuadro nº 7: Factores explicativos del gasto en sanidad en España, años 1980-1993..... 31
8. Cuadro nº 8: Evolución de las cifras de presupuestos iniciales y liquidados del INSALUD, años 1987-1996..... 32
9. Cuadro nº 9: Presupuesto del INSALUD inlciales y liquidados sin incluir operaciones de saneamiento, años 1987-1996..... 33
10. Cuadro nº 10: Modificaciones de crédito en el INSALUD según tipología, años 1991-1995..... 36
11. Cuadro nº 11: Distribución de las modificaciones de crédito según categorías económicas, años 1991-1995..... 37

## **GRAFICOS:**

1. Gráfico nº 1: Evolución del gasto sanitario respecto al PIB en España, la Unión Europea y la OCDE, años 1990-1993..... 3
2. Gráfico nº 2: Participación sobre el PIB del gasto sanitario y proporción del gasto sanitario de carácter público, OCDE 1993.. 4
3. Gráfico nº 3: Distorsión en el consumo provocada por la provisión gratuita de la asistencia sanitaria..... 21

---

## **ALGUNAS CUESTIONES RELATIVAS A LA EFICACIA Y EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA**

## I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre algunas cuestiones que inciden sobre la eficacia, la eficiencia y la equidad del Sistema Sanitario Público en España. El tema elegido es de por sí lo suficientemente amplio como para exceder lo que se puede entender como el ámbito usual de un trabajo de estas características. Por lo tanto, no se pretende tanto el dar una visión exhaustiva del tema planteado, como el de centrarse en algunos aspectos que considero más relevantes.

Cuando se pregunta a los ciudadanos por medio de las habituales encuestas cuales son los asuntos que más les preocupan, la sanidad es uno de los suelen centrar sus inquietudes y preferencias. No en vano gozar de un estado de salud aceptable es una de las necesidades básicas y primarias de los individuos, estando éste íntimamente ligado al derecho fundamental de todo ser humano a la vida. Pero esta preocupación por la salud no sólo tiene una trascendencia individual. El nivel de salud de un individuo no sólo le afecta a él, también tiene suma importancia para el entorno familiar y social del sujeto. Y esta incidencia se desdobra principalmente en dos ámbitos: de una parte el coste económico de la atención sanitaria, que habría de ser soportado inicialmente por el individuo o su familia si no existiera una cobertura pública de la misma; por otra, la distorsión que se introduciría en los procesos productivos y mercantiles si el nivel de salud de la población no fuera el adecuado. Por todo ello, el interés por el goce de un adecuado nivel de salud no es solo una preocupación individual sino también de carácter social que incumbe a los poderes públicos.

Tradicionalmente la provisión de cuidados sanitarios ha tenido, y actualmente continúa teniendo en parte, las características de bien privado suministrado por el mercado y financiado vía precios: principio de exclusión, rivalidad en el consumo y consumo individual. Si el mercado de cuidados sanitarios funciona adecuadamente sería posible alcanzar una situación de óptimo en el sentido de Pareto. Pero los mercados competitivos no siempre conducen a la eficiencia, no alcanzando necesariamente una asignación óptima, especialmente cuando se da alguna o varias de las siguientes circunstancias:

- \* Rendimientos decrecientes a escala.
- \* Existencia de bienes públicos.
- \* Aparición de externalidades en la producción o el consumo.
- \* Ausencia de un mercado real.
- \* Información imperfecta y/o costosa para los agentes que intervienen en el mismo.

Algunos de los defectos antes apuntados muestran su presencia en un mercado sanitario de provisión exclusivamente privada. Por ello, los países económicamente avanzados, con un estado del bienestar consolidado, incorporaron la sanidad dentro de los bienes de provisión pública, justificándolo en las siguientes razones (Barea et al, 1994):

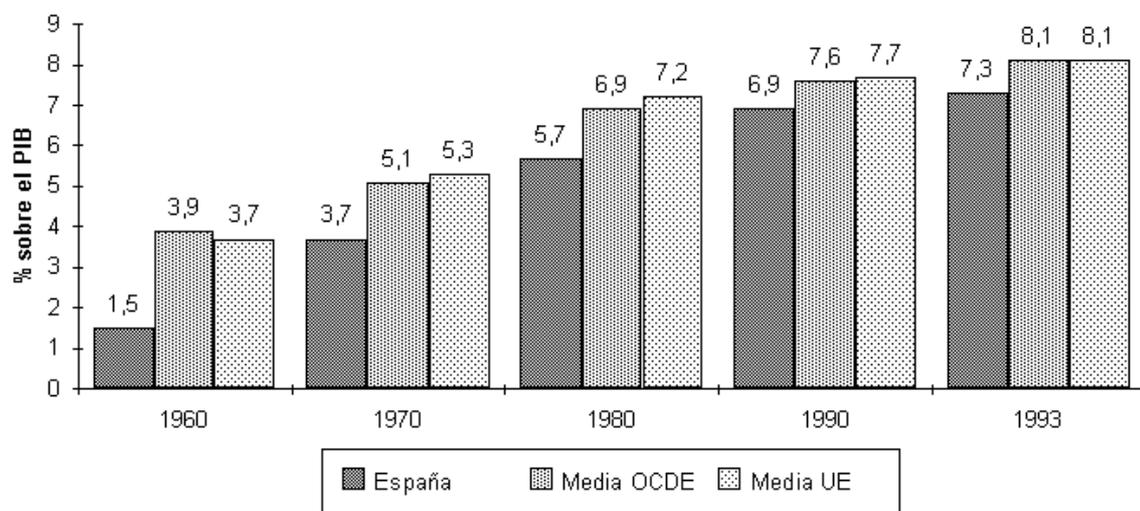
- \* Existen gastos de salud pública (p.e. vacunaciones de enfermedades infecciosas) que generan no sólo beneficios individuales, sino generales para el conjunto de la comunidad. Se produce una economía externa en el consumo, por lo que los beneficios sociales son muy superiores a los individuales, al reducirse la incidencia colectiva de la enfermedad. En este caso, las autoridades sanitarias suministran gratuitamente la vacuna, convirtiendo la misma en un bien público puro.
- \* Ya que los consumidores pueden tomar decisiones que sean contrarias a su propio interés desde el punto de vista de asistencia sanitaria, las autoridades sanitarias imponen un determinado nivel de consumo al margen de las preferencias individuales, convirtiendo la asistencia sanitaria en lo que se denomina "bien preferente". En la satisfacción de estas necesidades preferentes el mercado puede fallar, al no valorar correctamente el individuo los beneficios derivados de una correcta asistencia sanitaria, siendo provista por el mercado la asistencia sanitaria a nivel inferior al óptimo de no intervenir los poderes públicos.
- \* Otros estudios señalan que los mercados sanitarios no satisfacen plenamente las condiciones convencionales de los mercados competitivos, a saber: competencia perfecta, maximización de beneficios, mercancías homogéneas y compradores bien informados. En estos mercados se establece una relación entre los consumidores y el servicio o producto a adquirir denominada "de agencia", ya que las personas contratadas para proveer los cuidados -personal médico- son

los que determinan cualitativa y cuantitativamente el servicio a consumir, en lugar de hacerlo el propio consumidor.

\* Hay también una razón de equidad que justifique la intervención pública, ya que confiar exclusivamente a las fuerzas del mercado la producción y provisión de la asistencia sanitaria puede originar situaciones de inequidad, expulsando de este mercado a los individuos de bajo nivel de renta. El derecho a la salud no puede dejarse en manos del mercado.

El gasto sanitario ha tenido una evolución creciente en las últimas décadas, tanto en España como en los países de nuestro entorno. Este crecimiento puede observarse en el Gráfico 1, en el que se recogen la evolución del gasto sanitario entre 1960 y 1993 para la media de la Unión Europea, los países de la OCDE y España:

**GRAFICO Nº 1: Evolución del gasto sanitario sobre el PIB en España, la Unión Europea y la OCDE, años 1960-1993**



Fuente: OCDE. (1995):

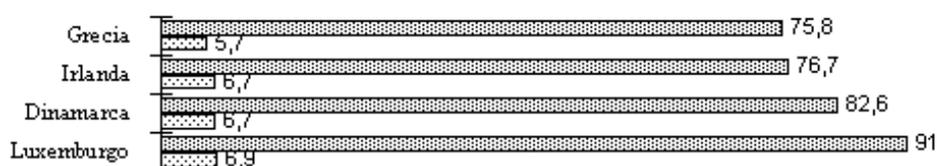
Health Data 1995

Como puede observarse del Gráfico 1, la tendencia creciente en el gasto sanitario está consolidada en las últimas décadas. España, que partía de unos niveles de gasto sanitario muy inferiores a los de la Unión Europea y el conjunto de la OCDE, ha acertado notablemente las distancias, si bien todavía el nivel de gasto en 1993 continuaba siendo inferior a las medias referidas.

Esta evolución del gasto ha preocupado notablemente a los responsables políticos y gestores sanitarios de los países analizados. Un porcentaje mayoritario del gasto sanitario global de estos países es provisto con recursos financiados desde las Administraciones públicas, con el lógico efecto que el mismo tiene sobre el crecimiento del déficit. La participación del gasto público sobre el gasto sanitario global está recogido en el Gráfico nº 2.

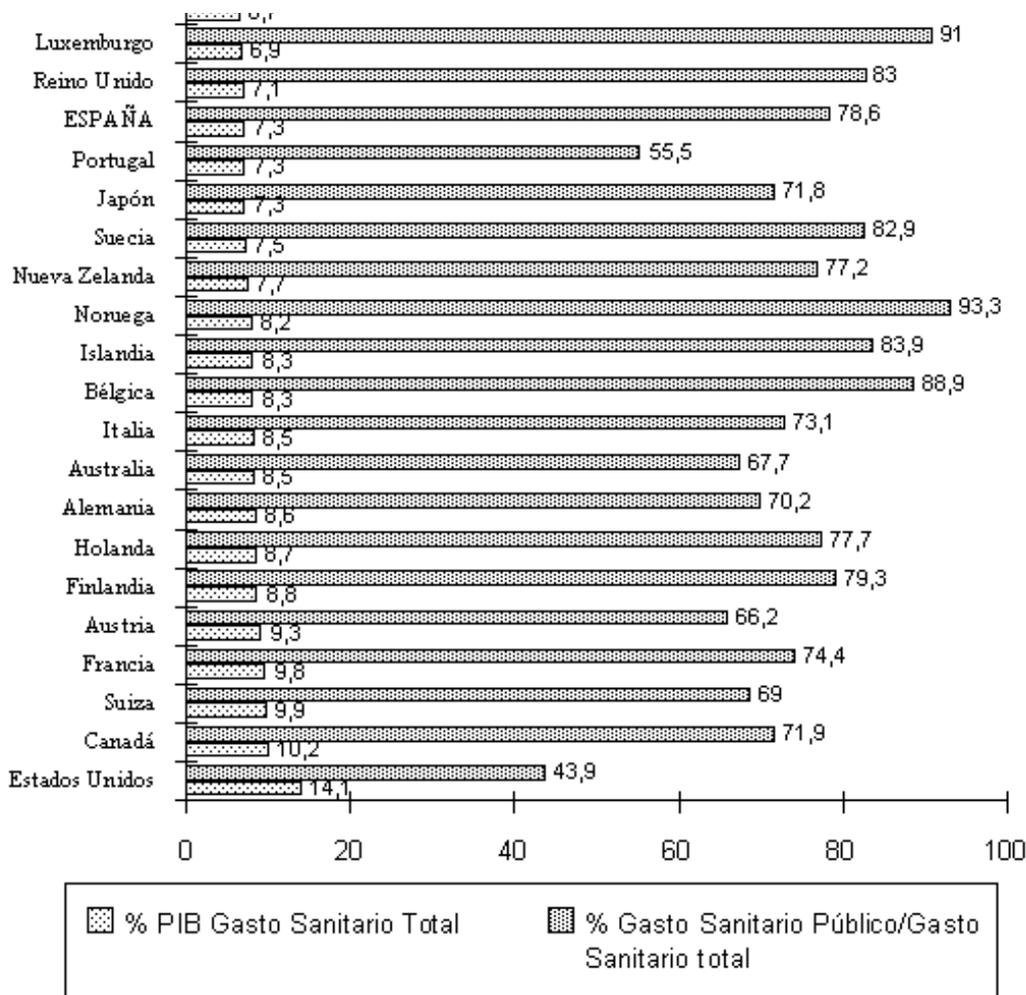
Como puede observarse en el Gráfico nº 2, España se mantiene en los últimos lugares dentro de la OCDE en cuanto a porcentaje del PIB dedicado a la sanidad, con un 7,3%, siendo la media del conjunto de los países recogidos del 8,32%. Sin embargo el porcentaje del gasto sanitario que tiene un origen público es del 78,6%, lo cual le coloca por encima de la media, que es del 75,42%.

**Gráfico Nº 2: Participación sobre el PIB del gasto sanitario y proporción del gasto sanitario de carácter público, OCDE 1993**



Fuente: OCDE. (1995): Health Data 1995

Además de preocupar la evolución del gasto sanitario



público, los sistemas sanitarios públicos occidentales adolecen de otros problemas, como son la incapacidad crónica para atender una demanda que crece por encima de la oferta, la falta de equidad en la distribución, asignación y acceso a los recursos sanitarios o la insatisfacción por la atención médica recibida. A estos problemas no es en modo alguna ajena la situación general en que se encuentra el Sistema Sanitario Público español.

Lo que pretende este trabajo es estudiar el papel desempeñado por la Sanidad Pública en España, intentando responder en parte a algunos interrogantes: ¿se trata de un sistema sanitario eficaz en la consecución de los objetivos que se le han marcado?, ¿es equitativa la asignación de recursos efectuada?, ¿se combinan

eficientemente los recursos productivos disponibles?. Para ello, la primera parte del mismo se ocupará de los objetivos del Sistema Sanitario Público en España y el grado de eficacia de éste en su consecución, relacionándolos asimismo con la equidad de los recursos asignados. Posteriormente, la segunda parte estudiará algunas cuestiones a considerar para la medida de la eficiencia del gasto sanitario público.

## II. LOS CONCEPTO DE EFICACIA Y EFICIENCIA

El importante nivel de recursos que han exigido en las últimas décadas las políticas de gasto público ha originado que la atención de políticos y ciudadanos se haya dirigido hacia la adecuada utilización de los fondos públicos necesarios para su desarrollo. Esta crítica del gasto público se ha dirigido tanto hacia el cuestionamiento del mismo en sí, y de los objetivos por él perseguidos, como hacia la puesta en duda de capacidad de las administraciones públicas como agentes eficientes en la producción de bienes y servicios. Por tanto, las críticas hacia el papel del gasto público se han centrado en la carencia de un comportamiento eficaz y eficiente del mismo.

### 1. Concepto de eficacia

Eficacia y eficiencia son dos conceptos que no por ser de utilización corriente, incluso al nivel del ciudadano de a pie, no resultan en numerosas ocasiones confundidos o mal utilizados. Siguiendo a Albi (1992), la eficacia es *el logro de un objetivo propuesto*. Si se alcanza un objetivo en su totalidad se puede entender que se ha actuado con eficacia, entendiéndose que el grado de consecución de aquél determinará el nivel de eficacia alcanzado. Aplicando este concepto al gasto público, la eficacia del mismo estará determinada por la consecución de los objetivos perseguidos en cada política de gasto. Es de destacar que costes o beneficios no intervienen en la valoración de la eficacia, ya que ésta se mide exclusivamente por la consecución del objetivo. Por tanto, la dificultad en la medición de la eficacia estará centrada en una adecuada utilización de indicadores que reflejen fielmente si los objetivos últimos son alcanzados.

## 2. Concepto de eficiencia

El concepto de eficiencia, a diferencia de lo que veíamos para la eficacia, sí que tiene en cuenta los costes del proceso productivo. Se trata de que *el objetivo propuesto sea alcanzado al coste mínimo o que con unos recursos determinados se obtenga la máxima productividad*. La idea de eficiencia así expresada puede tener dos acepciones:

\* **Eficiencia técnica**, que es el de uso más frecuente como eficiencia económica. La eficiencia técnica se logra si se alcanza el coste mínimo de obtener un nivel dado de producción o servicio con una combinación concreta de factores de producción. Existe ineficiencia técnica si se puede reducir al menos el consumo de un factor sin que se incremente el uso de otros factores -que se combinan en una proporción dada- y sin que varíen las cantidades producidas. Dicho de otra forma, la ineficiencia técnica existe si se puede aumentar al menos una producción sin que disminuyan otras producciones y sin que aumente el consumo de los factores que se usan en una proporción dada. En definitiva, se parte de una proporción concreta de factores -o tecnología- cuyo coste se minimiza o cuya producción se maximiza. Por tanto, la eficiencia técnica es un proceso tecnológico que se concentra básicamente en los procesos productivos y en la organización de tareas.

Una forma particular de ineficiencia técnica es la denominada por Leibenstein (1966) como *ineficiencia X*. Con este nombre se está refiriendo a la ineficiencia técnica que no tiene causas tecnológicas o de organización del proceso productivo sino que su fundamento reside en los individuos que forman parte de la organización económica estudiada. Estos, en lugar de minimizar los costes maximizan su propia utilidad, bien limitando su esfuerzo o utilizando más factores de producción de los necesarios. La eficiencia X se centra por tanto en la conducta de las personas que participan en el proceso productivo, cuyos comportamientos condicionan el volumen de factores de producción empleados. Sin duda alguna, este tipo de conductas tiene especial relevancia en el ámbito del sector público de la economía, especialmente influido por el proceso burocrático, tanto en la toma de decisiones como en el proceso productivo de los bienes y servicios. Este tipo de ineficiencia tiene especial interés en lo relativo al funcionamiento del Sistema Sanitario Público español.

\* La otra acepción de eficiencia es la denominada **eficiencia asignativa**, la cual se persigue cuando se intenta alcanzar el coste mínimo de producir un nivel dado de producto o servicio modificando las proporciones de los factores de producción utilizados, de acuerdo a sus precios y productividades marginales. La eficiencia asignativa implica obtener un máximo de producción, manteniendo el coste, a través del reajuste de los factores de la producción según sus costes de uso.

Definidos los conceptos de eficacia y eficiencia, resulta conveniente analizar la aplicación del mismo al ámbito del Sector Público de la economía, y más en concreto a las Administraciones Públicas. Así como en los mercados privados competitivos el objetivo de la maximización de los beneficios está claro para cuantos participan en el mismo como oferentes, en el caso de los bienes públicos o de los bienes privados provistos públicamente, la delimitación de los objetivos se hace más compleja. En este sentido, la fijación de los mismos tiene en gran medida un componente legislativo e institucional, esto es, son los poderes públicos los que mediante los mecanismos del voto y decisión burocrática determinan los objetivos de la políticas públicas. En consecuencia, la eficacia tendrá que medirse en función del logro de esos objetivos. Por otra parte, al tener la condición de recursos públicos aquellos que financian las políticas de gastos, éstos están sujetos a una serie de normas y controles en su utilización, de tal manera que la combinación de factores queda condicionada a restricciones que no están presentes en los agentes privados. Esto es, la medición de la eficiencia técnica en el ámbito público es propia y particular de él, admitiendo difícilmente comparaciones con el sector privado.

Lo hasta aquí comentado sirve para perfilar cuales van a ser las líneas conductoras de este trabajo. De esta manera, el estudio de la eficacia del Sistema Sanitario Público se realizará bajo la óptica de la protección que las normas jurídicas españolas otorgan al derecho a la salud y que determinan los objetivos de los agentes encargados de su custodia. El estudio de la eficiencia se centrará en dos vertientes: macroeconómica y microeconómica. En el ámbito macroeconómico se estudiará el nivel de gasto público sanitario centrándose especialmente en sus presupuestos. En el marco microeconómico se analizarán las características de los agentes proveedores de cuidados sanitarios, la función de producción utilizada y el problema de la medición del producto sanitario.

Asimismo se desea hacer una precisión metodológica. En la provisión de la asistencia sanitaria pública en España intervienen diversos agentes. De una parte está el Sistema Nacional de Salud, definido por el artículo 44.2 de la Ley General de Sanidad como "el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas", el cual aglutina la mayor parte de los recursos humanos y asistenciales. Por otra parte están las mutualidades de funcionarios -Muface, Mugeju y el Isfas- las mutuas de accidentes de trabajo, así como diversos servicios sanitarios prestados por ayuntamientos y diputaciones. Por razones de dificultades en la localización

de los datos así como de economía de medios, este trabajo se centra básicamente en el Sistema Nacional de Salud, y preferentemente dentro del mismo, a lo gestionado directamente por el INSALUD que se encuentra todavía sin transferir a las Comunidades Autonomas.

### III. LA EFICACIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

#### 1. El marco institucional

El art. 43.1 de la Constitución Española (en adelante CE) "reconoce el derecho a la protección de la salud". El legislador quiso determinar la tutela de este derecho, estableciendo en el art. 43.2 que "compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes al respecto".

Precisando más en el contenido del art. 43 de la CE, obtenemos de él las siguientes notas caracterizadoras (Ferrándiz, 1993):

\* El apartado 1º del art. 43 reconoce el derecho a la protección de la salud. Está, por tanto, extendiendo a todos los ciudadanos la protección de la salud, estableciéndose el principio de universalización de este derecho a todos los españoles.

El principio de universalización significa una ruptura respecto a la situación preexistente hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, norma que ha sido la encargada de desarrollar el mandato constitucional. Cabe recordar que hasta entonces, la protección de la salud venía vinculada al sistema sanitario de la Seguridad Social, concibiéndose la misma como una prestación más del sistema. Si a esto añadimos el acusado carácter contributivo que tenía el ámbito de protección del sistema de la Seguridad Social en España, se comprenderá el escaso desarrollo que tenía el derecho a la protección a la salud como derecho subjetivo universal.

\* Pero la materialización del derecho a la salud precisa de una serie de normas de desarrollo y de acciones precisas por parte de los poderes públicos. A ello remite el apartado 2º del art. 43, al establecer las obligaciones de los poderes públicos en el marco de la salud pública:

- Organización y tutela de la sanidad.
- Instrumentación de las medidas preventiva y servicios necesarios.
- Establecimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos en relación a la salud.

Por otra parte, en lo relativo al tipo de tutela otorgado al derecho a la protección de la salud, cabe señalar que el art. 43 se encuentra inserto en el Capítulo Tercero del Título I de la CE, respecto del cual el art. 53.3 determina que los derechos recogidos en el mismo únicamente podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria, de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen. Consecuentemente, los ciudadanos solamente pueden exigir el cumplimiento del derecho a la protección de la salud dentro del marco fijado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y sus normas de desarrollo, que han sido las encargadas de desarrollar este derecho.

La Ley General de Sanidad (en adelante LGS) declara en su art. 1.1 que "la presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43 y concordantes de la CE".

El art. 1.2 de la citada norma proclama la universalización del derecho a la salud, al declarar como titulares del derecho a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio español.

Los objetivos generales del sistema sanitario se definen en el art. 3, al establecer que "los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades". En este sentido, el art. 6 señala que las actuaciones de las Administraciones Públicas estarán orientadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria de la población, prevención de las enfermedades, garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud y la rehabilitación y reinserción del paciente

El art. 3.2 precisa el carácter público del sistema sanitario al señalar que "la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española". Asimismo, determina las condiciones de la prestación al establecer que "el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva". Esta preocupación por la equidad se encuentra reforzada en el art. 3.3 que señala: "la política de salud está orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales".

Del marco descrito en la LGS se delimitan perfectamente los objetivos del Sistema Sanitario Público, que seguidamente se exponen.

## **2. Objetivos del Sistema Sanitario Público en España**

Lo hasta aquí expuesto permite definir cuales son los objetivos que el legislador ha marcado en el derecho a la protección de la salud:

- a) Universalización del derecho a todos los españoles.
- b) Equidad de la cobertura, tanto en el contenido de las prestaciones como en la distribución social y territorial.
- c) Carácter público de la asistencia sanitaria, orientada no sólo a la curación sino a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La LGS crea en el art. 44 una estructura física encargada de dar alcance a esos objetivos al que denomina Sistema Nacional de Salud, que es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, y en el cual se integran todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud.

En el Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) se integran todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la LGS, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Aismismo, tal y como establece el art. 46 de la LGS, el SNS hace suyos los tres objetivos señalados anteriormente, añadiendo un cuarto: la financiación mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.

Por lo tanto, ya tenemos delimitados los objetivos del Sistema Sanitario Público en España, cuyo grado de consecución nos servirá para analizar la eficacia de éste. Por otra parte, de la propia definición del Sistema Nacional de Salud hemos observado que hablar de éste es referirse al Sistema Sanitario Público de España.

Seguidamente se analiza la eficacia del SNS en la consecución de los cuatro objetivos comentados.

### **2.1. Universalización de la cobertura**

La universalización de la asistencia sanitaria pública ha debido de partir de la realidad existente en España, donde la cobertura pública de la prestación sanitaria la desempeñaba fundamentalmente la Seguridad Social y su red de instituciones sanitarias. Por ello, el mecanismo previsto en la LGS para la universalización de la cobertura fue el de extender la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a todas las personas y colectivos no incluidos en la misma, si bien la disposición transitoria 5ª disponía su aplicación de forma progresiva condicionándola a la financiación. Asimismo, la disposición adicional 2ª establecía que el gobierno, en un plazo de 18 meses procedería a la armonización y refundición de diferentes sistemas públicos de cobertura sanitaria.

#### **2.1.1. Evolución de la cobertura sanitaria pública en España**

Para describir cual ha sido la evolución de la cobertura sanitaria pública en España, seguiremos a Freire (1993). Desde la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 se ha producido en España un paulatino aumento de la cobertura pública. Esta extensión ha estado vinculada al propio desarrollo del sistema español de Seguridad Social, que ha tenido en sus orígenes un marcado carácter profesional. En este proceso se ha desarrollado en tres etapas:

\*Ampliación de los titulares de los distintos regímenes del Sistema.

\*Ampliación de los beneficiarios (personas que deben sus derechos a la dependencia familiar respecto a titulares) que tienen derecho a las prestaciones.

\* Incorporación de colectivos no relacionados con la Seguridad Social, como la beneficencia sanitaria (prestada por las Corporaciones Locales) y personas en situación de necesidad económica y sin cobertura por otro título (R.D. 1088/89).

Estas etapas han tenido el siguiente desarrollo cronológico:

1. Del Seguro Obrero de Enfermedad a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (1944-1966).
2. Expansión de la Asistencia Sanitaria de la S.S. (1966-1978), etapa de construcción de los grandes establecimientos sanitarios.
3. Desarrollo del SNS (desde 1978 a los momentos actuales).

En términos de población protegida la evolución se muestra en el Cuadro nº 1:

### CUADRO Nº 1: Evolución de la población protegida por

#### la sanidad pública, años 1945-1991

año	nº de asegurados	población protegida
1945	5.912.000	22,06%
1950	8.180.600	29,40%
1955	9.380.800	32,30%
1960	13.292.000	43,30%
1965	16.475.000	51,30%
1970	21.371.669	63,78%
1975	28.989.823	81,41%
1980	31.107.450	83,10%
1985	36.929.922	95,40%
1990	39.452.805	98,01%
1991	38.788.595	99,54%

*Fuente: Freire (1993) y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales(1996): Informe Económico-Financiero Presupuestos de la Seguridad Social ejercicio 1997.*

*Elaboración propia*

El R.D. 1088/89, de 8 de septiembre extiende con carácter de norma básica para toda España la cobertura sanitaria, en virtud del mandato del art. 9.3 de la Ley 37/1988 de presupuestos generales del Estado para 1989. Este RD constituye la norma final que ha cerrado la regulación real de la universalización de la Asistencia Sanitaria en España con cobertura pública.

La población que resultó ser beneficiada con este real decreto no ha sido fácil de cuantificar. Según los datos elaborados por Freire fueron de 237.596 personas, significando un 0,611 de la población total de España en el momento de la entrada en vigor.

### 2.1.2. Situación actual de la cobertura sanitaria

Según datos del Ministerio de Sanidad, en 1991 el 99,54% de la población española estaba cubierta por alguno de los dos sistemas de aseguramiento público -Seguridad Social o Mutualismo Administrativo-, como puede verse en el Cuadro nº 2:

**CUADRO Nº 2: Población protegida con aseguramiento sanitario público en 1991**

<b>Entidad Gestora</b>	<b>Población</b>	<b>tasa de</b>
<b>o Mutualidad</b>	<b>protegida</b>	<b>cobertura</b>
Instituto Nacional de la Salud	36.109.883	92,67%
Instituto Social de la Marina	301.938	0,77%
<b>Total Seguridad Social</b>	<b>36.411.821</b>	<b>93,44%</b>
Mutualidad Func. Admón Civil	1.348.338	3,46%
Mutualidad Func. Admón Local	308.369	0,79%
Mutualidad Func. Admón Justicia	54.138	0,14%
Instituto Social de las Fuerzas Armadas	665.929	1,71%
<b>Total Mutualismo Administrativo</b>	<b>2.376.774</b>	<b>6,10%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38.788.595</b>	<b>99,54%</b>
Población de derecho en 1991	38.966.098	--
Población sin cobertura sanitaria	177.503	--

*Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales(1996): Informe Económico-Financiero Presupuestos de la Seguridad Social ejercicio 1997.*

*Elaboración propia*

Del cuadro anterior se obtienen las siguientes conclusiones:

- \* El Sistema sanitario de la Seguridad Social cubre el 93,44% de la población, siendo por tanto mayoritario.
- \* El sistema de protección específico para funcionarios públicos únicamente cubre al 6,10% de la población.
- \* Queda fuera del sistema un reducido grupo de población, el 0,46%, que en 1993 eran 177.503 personas, que por niveles elevados de renta quedan fuera de los sistemas de cobertura públicos.

Por tanto, se puede hablar de una universalización de hecho en la asistencia sanitaria pública. Resulta cuando menos peculiar la forma en que se ha alcanzado esta universalización, ya que en lugar de proceder a dictar una sola norma que extendiera la universalización conforme a la CE y al LGS, se ha preferido ir incorporando colectivos de forma paulatina, de tal forma que el derecho a la asistencia sanitaria pública se ejerce por la inclusión del sujeto en alguno de estos colectivos. En España existe una universalización de hecho, ya que no existe norma legal que haya dado carta efectiva a este derecho vinculándolo exclusivamente a la condición de ciudadano español.

### 2.1.3. Cobertura y equidad

Aunque los aspectos relativos a la equidad se analizarán en el epígrafe siguiente, bajo la práctica universalización de la asistencia sanitaria pública se esconden ciertos elementos de inequidad. Algunos de éstos son los siguientes (Freire, 1993):

- 1.- Las diferencias en las prestaciones que otorgan los distintos regímenes de la Seguridad Social.
- 2.- Las diferencias establecidas por ser titular o beneficiario del derecho, fruto de la subsistencia de la cartilla sanitaria. La extensión de la Tarjeta Sanitaria Individual eliminará este problema.
- 3.- La existencia del sistema de empresas colaboradoras, que en 1992 protegía a un colectivo de 238.277 personas.
- 4.- La exigencia de acreditar situación de pobreza para aquellas personas sin recursos suficientes.
- 5.- Sistemas de protección de funcionarios: MUFACE, ISFAS y MUGEJU, con prestaciones cualitativamente y cuantitativamente distintas a las de la Seguridad Social.
- 6.- Colectivos sin cobertura sanitaria por niveles de renta que escapan al ámbito de protección de la Seguridad Social o del Real Decreto de personas sin recursos.

En resumen, y en lo que respecta al objetivo de la universalización, se puede afirmar que el mismo se ha logrado, si bien por la vía de hecho que no de derecho, y sin alcanzar la plena equidad, al proceder el derecho a la asistencia sanitaria por la inclusión del ciudadano en algún colectivo con derecho a la misma, y existir en cada uno de éstos una contingencias protegidas y unas prestaciones diferentes, tanto desde el punto cualitativo como cuantitativo.

## **2.2. La equidad en la asistencia sanitaria pública**

Habíamos visto que el segundo de los objetivos que la LGS proponía para el SNS es de la equidad en la cobertura de las prestaciones sanitarias. A mi modo de ver, la materialización de la equidad en materia de prestaciones sanitarias públicas ha de sustentarse en cuatro elementos:

- 1.- Toda la población protegida tiene derecho a las mismas prestaciones sanitarias frente a idénticas contingencias sanitarias.
- 2.- Se produce un ejercicio efectivo del derecho a las prestaciones antes señaladas, al no existir diferencias o dificultades significativas en cuanto al acceso a los recursos sanitarios.
- 3.- No hay racionamiento en la provisión de las prestaciones sanitarias, de forma que no existen listas de espera. Las listas de espera "expulsan" del sistema sanitario público a aquellos pacientes que pueden financiarse una asistencia privada sin esperas, produciéndose una selección adversa de éstos según niveles de renta: estarán forzados a esperar aquéllos que no disponen de recursos para dirigirse al sector privado.
- 4.- No existe "ticket moderador" que obligue a los pacientes a financiar los costes de la atención recibida.

Seguidamente pasaremos a analizar cada uno de estos puntos.

### **2.2.1. Equidad en las prestaciones recibidas**

Cuando estudiábamos la universalización de la cobertura se comentaba la existencia de desigualdades en las contingencias protegidas y en las prestaciones recibidas según el título que daba derecho a recibir la asistencia sanitaria pública. Esas desigualdades existen, y se dan fundamentalmente entre la cobertura proporcionada por el INSALUD o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y las provistas por el Mutualismo Administrativo. Es bastante cuestionable porque los funcionarios tienen esa cobertura especial, y quizás los únicos motivos puedan deberse a razones históricas y corporativas. Evidentemente, si se quiere ahondar en la equidad de la asistencia sanitaria pública, deberá corregirse algún día esta situación.

### **2.2.2. Equidad en el acceso a los recursos sanitarios**

Comparados con otros países de la OCDE según el *Health Data File* de 1987, España destaca por su baja morbilidad y

también baja mortalidad (Jordi Cais et al, 1993). El grado de desarrollo económico de los países indica la disponibilidad de mayores recursos sanitarios, que obviamente se utilizan, pero esto no quiere decir que repercutan en una bajada significativa de la mortalidad y tampoco en una subida espectacular de la esperanza de vida. Los países anglosajones, de familias nucleares, utilizan más los hospitales, pero esto no se refleja automáticamente en las tasas de mortalidad. España destaca por su baja tasa de población hospitalizada, además de una estancia media-baja, lo cual indica que pese al desarrollo del sistema de salud, España no progresa en la atención hospitalaria de la morbilidad. Estos datos se reflejan en el Cuadro nº 3.

## Las desigualdades territoriales

Del análisis efectuado por Cais et al (1993) y Urbanos (1996) con los datos de las Encuestas de morbilidad hospitalaria de 1989 y 1993 se obtienen algunas conclusiones:

- \* El norte de España presenta unas tasas de hospitalización mayores que las del sur.
- \* En la zona centro en torno a Madrid, se observa un desierto de hospitalización por la falta de camas, con desigual posibilidad de hospitalización.
- \* Cuando la provincia no es demasiado rica, pero presenta altas tasas de hospitalización, en porque poseen Facultades de Medicina importantes, como Granada o Salamanca.

### CUADRO Nº 3 : Mortalidad y Morbilidad según

#### desarrollo económico en 1987

Países	PIB per	Esperanza de vida	% de la población	nº días estancia
	cápita	al nacer (mujeres)	hospitalizada	me- dia hospitalización
Luxemburgo	14.705 \$	77,9	18,8 (b)	20,0 (a)
Dianamarca	13.329 \$	77,6	20,5	9,1
Alemania	13.323 \$	78,4	21,1	17,1
Francia	12.803 \$	80,3	21,2	12,5
Gran Bretaña	12.340 \$	77,6	15,8	15
Italia	12.254 \$	78,1	15	11
Holanda	12.252 \$	80,1	11	34,8
Bélgica	11.802 \$	76,8	14,5 (b)	16,9 (a)
ESPAÑA	8.681 \$	80	9,1 (b)	12,1 (a)
Irlanda	7.541 \$	75,6	16,9	8,3
Grecia	6.363 \$	76,6	12,1	11
Portugal	6.297 \$	76,9	9,3	12,4
Estados Unidos	18.338 \$	78,3	14,7	- -
Japón	13.182 \$	81,4	7,5	52,9
Australia	12.612 \$	79,5	21,6	6,1

Fuente: OCDE (1990): *Health Care Systems in Transition*

(a): 1985, (b): 1985

Elaboración propia

- \* En cada Comunidad Autónoma hay casi siempre una provincia que destaca con una tasa

mayor de hospitalización, absorbiendo la misma pacientes de provincias colindantes de la propia Comunidad Autónoma, posiblemente por tener una infraestructura hospitalaria mejor. Esto sucede para Barcelona respecto a Cataluña, Zaragoza respecto a Aragón, o Madrid respecto a las provincias limítrofes.

\*Las CC.AA. uniprovinciales presentan características diferenciadas entre ellas: Asturias y Rioja tienen altas tasas de hospitalización, mientras que Cantabria y Murcia la tienen relativamente bajas.

\* No obstante, las desigualdades dependen más de los recursos sanitarios que no de las pautas de morbilidad.

\* La gente no enferma más o menos dependiendo de la región en la que reside; pero sí que se hospitaliza más o menos dependiendo de la oferta de servicios hospitalarios de su región de residencia. La demanda hospitalaria se acomoda a la oferta.

\* En cuanto a la accesibilidad, las diferencias personales y territoriales en los tiempos de llegada a consulta -tanto de Atención Primaria como Especializada- son prácticamente insignificantes, observándose por tanto una buena ubicación de los Centros de Salud y consultorios médicos. No se observa relación directa entre el tiempo medio de acceso y el porcentaje de consultas efectivas ante situaciones de necesidad similar.

\* Con las esperas hospitalarias, que aumentan en el intervalo de años entre las dos encuestas, se aprecian diferencias destacables a favor de los individuos de mejor posición social.

\* La equidad que existe en el acceso a Consultorios, Centros de Salud, Ambulatorios, etc, no parece que sea extensible a la atención hospitalaria pública.

\* El consumo de servicios no hospitalarios ante situaciones de necesidad similar resulta ser más intensivo para las clases sociales más desfavorecidas.

\* Las disminuciones en la estancia media observadas entre una y otra encuesta, sin embargo, no se traducen en listas de espera menores, ya que ha aumentado el índice de rotación enfermo/cama.

A modo de resumen de las anteriores conclusiones se puede decir que existen desigualdades significativas entre CC. AA., de tal forma que la mayor dotación de recursos de carácter hospitalario determina una mayor demanda de los mismos y una mayor morbilidad hospitalaria. De alguna forma, la oferta de servicios sanitarios condiciona la demanda de este tipo de cuidados. Como además está comprobada empíricamente la elasticidad superior a la unidad entre demanda de asistencia sanitaria y nivel de renta, las CC.AA. de mayor nivel de renta, y por tanto con mayores recursos sanitarios, manifiestan una demanda más acusada de atención sanitaria, que al final redundará en la exigencia de mayores recursos sanitarios adicionales.

## **Desigualdades sociosanitarias**

Mortalidad y morbilidad están asociadas con desarrollo económico y social. Los países más ricos duplican prácticamente sus tasas de población hospitalizada entre los años 1965 y 1987. La estructura individualista de la familia anglosajona produce una proporción mayor de personas en los hospitales porque la familia cumple menos con la función de cuidar a los ancianos y familiares enfermos. Pero estas desigualdades no se reflejan en las tasas de mortalidad, ni negativamente ni positivamente. A determinados niveles de desarrollo la esperanza de vida de la población correlaciona poco con el crecimiento económico, e incluso con el gasto sanitario.

Las desigualdades dependen más de los recursos sanitarios que no de las pautas de morbilidad. La gente no enferma más o menos dependiendo de la región en que reside; pero sí que se hospitaliza de forma variable dependiendo de la oferta de servicios hospitalarios de su región de residencia. Las pautas de desigualdad regional por hospitalización calcan exactamente las pautas de desigualdad socioeconómica.

Las desigualdades sanitarias no son sólo consecuencia de otras desigualdades sociales previas, sino además generadoras de todo tipo de desequilibrios, asociándose a dependencia, calidad de vida mínima, y sobre todo morbilidad

crónica y deteriorante. España en su conjunto mantiene un nivel excelente de salud, pero con una baja calidad de vida.

### **2.2.3. Las listas de espera**

Frente al exceso de demanda en la atención sanitaria, los proveedores sanitarios públicos pueden recurrir a dos alternativas: el racionamiento de los servicios mediante listas de espera o el cobro de una parte del coste del servicio suministrado.

El racionamiento se aplica de hecho en la sanidad pública española, al existir las listas de espera para las pruebas complementarias, el diagnóstico y los tratamientos quirúrgicos. Las listas de espera imponen el coste del tiempo de espera al consumidor. Si estos costes de espera son inferiores al coste que le supondría la atención sanitaria en el sector privado, el paciente asumirá la espera, de lo contrario recurrirá a la sanidad privada. En este último caso, la lista de espera servirá para expulsar de la provisión pública a un conjunto de pacientes. La utilización de las listas de espera en España ha servido en parte de elemento de control del gasto público sanitario al imponer un racionamiento sobre el consumo de servicios sanitarios.

Las listas de espera constituyen uno de los mayores problemas en un sistema sanitario público que pretenda alcanzar la equidad en la asignación de sus recursos. Además, la existencia de las mismas introducen un doble elemento de insatisfacción: por un lado, en el paciente, el cual observa que su problema no puede ser solucionado en un tiempo razonable, por otro lado, en los profesionales sanitarios, sobre los que planea permanentemente la sospecha o acusación de falta de productividad y voluntad para resolver el problema.

Este problema ha adquirido especial relevancia en los últimos años, convirtiéndose en un foco permanente de críticas hacia la sanidad pública, que señalan las listas de espera como el paradigma de la ineficacia del Sistema Nacional de Salud para cumplir con los objetivos que tiene encomendados.

Las causas de las listas de espera son complejas, pero obedecen básicamente a dos grupos de razones. De una parte está la incapacidad del Sistema para absorber el crecimiento de la demanda en los últimos años, inducida ésta por el fuerte crecimiento de la población protegida a partir de la aprobación de la Ley General de Sanidad y el consiguiente proceso de universalización de la asistencia sanitaria. Además, no sólo ha aumentado el colectivo protegido, sino que éste ha manifestado un progresivo envejecimiento que se hace acreedor de mayores cuidados médicos. Por otra parte, existen elementos de ineficiencia en la utilización de los recursos disponibles, tanto humanos como materiales, que por las rigideces estructurales del SNS muestran fuertes resistencias a la corrección.

Los datos señalan que a 31 de diciembre de 1996, existían, solamente en el territorio de las diez Comunidades Autónomas gestionadas por el INSALUD, 165.730 pacientes en espera de una intervención quirúrgica. Resulta especialmente significativo que de esta cifra, 2.624 personas llevan esperando más de un año.

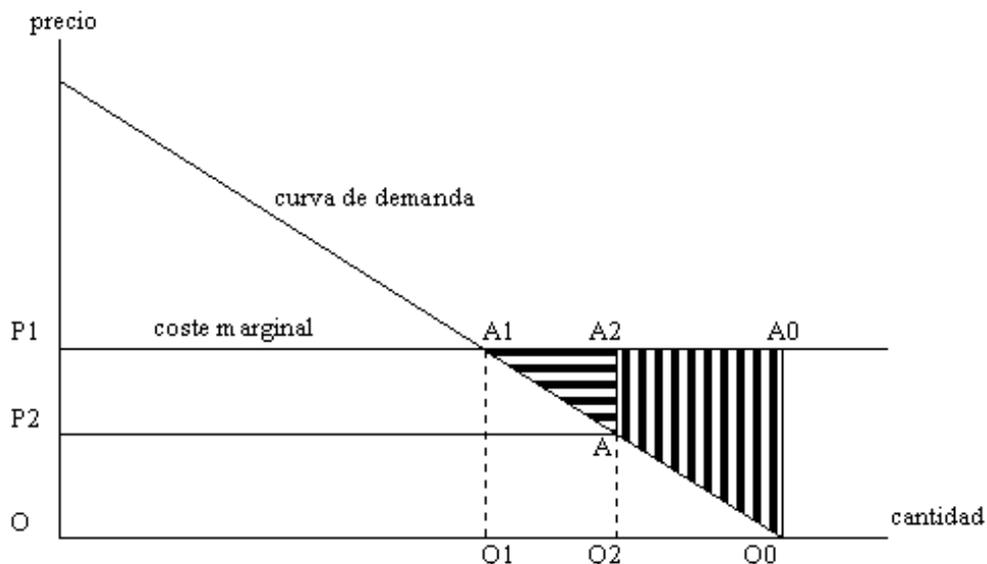
Durante 1996 se ha aplicado un plan de choque en el INSALUD para reducir las listas de espera, cuyo objetivo ha sido eliminar las listas quirúrgicas superiores a un año. Según los responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha conseguido eliminar en un 95% la espera quirúrgica de más de un año, así como disminuir en un 11% el número de pacientes a la espera de ser intervenido. La espera media ha sido reducida durante ese año de siete meses a cuatro y medio.

### **2.2.4. El copago por servicios sanitarios o ticket moderador**

Tanto el artículo 46 como el 79 de la Ley General de Sanidad explicitan que una de las fuentes de financiación del Sistema Nacional de Salud, además de las aportaciones de los presupuestos de las Administraciones Públicas y las cotizaciones a la Seguridad Social, son las tasas por la prestación de determinados servicios. Es esta vía de financiación donde tiene encaje jurídico la posibilidad de implantar tickets moderadores o copagos en el SNS.

Como es sabido, la sanidad es una prestación de carácter gratuito en España. Únicamente los usuarios que tienen la condición de activos en los distintos regímenes de la Seguridad Social pagan una parte del consumo de medicinas. Desde un punto de vista teórico, esta gratuidad de la sanidad tiene efectos sobre el nivel de consumo, los cuales se reflejan en el Gráfico nº 3 (Barea et al, 1993):

### GRAFICO Nº 3: DISTORSIÓN PROVOCADA POR LA PROVISIÓN GRATUITA DE LA ASISTENCIA SANITARIA



OP1 = precio de mercado  
OQ1 = cantidad demandada

provisión gratuita = precio cero  
OQ0 = cantidad demandada  
triángulo A1A2Q0 = distorsión provocada por exceso de consumo

OP2 = ticket moderador  
OQ2 = cantidad demandada  
Q2Q1 = demanda reducida por el ticket  
triángulo A1A2A = distorsión provocada por exceso de consumo

Cuando el consumidor no tiene que pagar por el consumo de servicios sanitarios que son gratuitos, se produce una gran distorsión en la cantidad consumida de aquellos. Al ser gratuitos, el consumidor continúa demandando servicios hasta que el beneficio marginal que le proporcionan los mismos sea cero, pese a que el coste marginal de los servicios suministrados no es cero. En el Gráfico 3 esta distorsión aparece reflejada como el triángulo  $A_1A_0Q_0$ , que corresponde a las dos zonas rayadas.

El otro mecanismo de control de la demanda de servicios sanitario es la implantación del ticket moderador. En el Gráfico 3 se pueden apreciar los efectos del establecimiento del ticket moderador OP2. Como puede observarse, continúa existiendo un consumo distorsionado en exceso, que se puede cuantificar como el triángulo  $A_1A_2A$ , pero esta distorsión es menor que cuando no existe ningún ticket moderador.

La implantación de tickets moderadores plantea dos tipos de problemas. De una parte está la determinación de su cuantía, calculando el mismo de tal forma que sus efectos se ajusten a las necesidades reales de los usuarios al objeto de acercarnos lo más posible a una provisión lo más cercana al óptimo paretiano. En este sentido determinar la cuantificación más adecuada no deja de ser una tarea complicada.

Por otra parte, la principal crítica que se hace de los ticket moderadores es su incidencia sobre la equidad, al limitar la igualdad de acceso que en principio brinda la no existencia de éste. Para algunos, su utilidad se puede aceptar como fórmula parcial de financiación, pero no como mecanismo que mejore la eficiencia en la asignación de los recursos. Experiencias empíricas realizadas con la implantación del copago en la provisión sanitaria han revelado que efectivamente disminuyen el consumo, si bien a costa de pérdidas en el reparto equitativo. En este sentido, la disminución de la utilización o el retraso en el tratamiento puede desembocar en un estatus sanitario inferior en comparación con los efectos beneficiosos sobre la salud que tendría el uso de los servicios sanitarios. Se puede plantear que las posibles pérdidas de equidad son compensadas con el logro de una mayor eficiencia al eliminar excesos de consumo superfluos, pero es difícil de determinar si el copago únicamente estaría eliminando la demanda excedente o por el contrario se estaría afectando la demanda básica de servicios de salud, repercutiendo negativamente en el estado

de salud de los consumidores de menores rentas. Frente a esto último existen alternativas, como modular el ticket conforme a la renta familiar de los consumidores, pero esto también plantearía dificultades de gestión nada desdeñables, incrementando los costes y anulando la capacidad de financiación del copago. En resumen, es un tema controvertido en el que existe una gran divergencia de opiniones, y que dada su trascendencia social y económica, periódicamente surge en España las posibilidades de su implantación.

### 2.3. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades

El tercer gran objetivo que la LGS marca para el Sistema Nacional de Salud es la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. En el año de su creación (1946), la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como un estado general de bienestar físico y mental. Este concepto también ha evolucionado con el tiempo, de tal forma que el énfasis ha ido pasando de los aspectos puramente curativos a los preventivos. En este sentido es donde debemos contemplar el mandato de la LGS al incidir en el papel de prevención de las enfermedades.

Si el objetivo de la política de gasto público en sanidad es mejorar el estado de la salud de la población, medir éste último resulta problemático, ya que en la definición de salud intervienen elementos subjetivos y multicausales. La subjetividad está en la valoración que tanto el individuo como la sociedad haga de su propio estado de salud. La multicausalidad obedece a que el estado de salud individual y colectivo está ligado a factores socioeconómicos, medioambientales, biológicos, genéticos, hábitos y estilos de vida, etc.. Es decir, que alcanzado un nivel de desarrollo socioeconómico y cultural, la utilización de mayores recursos sanitarios no es el factor determinante del estado de salud de la población. Por lo tanto, resulta extremadamente complejo valorar hasta que punto es eficaz la actuación del sistema sanitario en el mantenimiento del nivel de salud.

Ante estas dificultades, la OCDE propone que se siga midiendo el estado de salud de la población a través de la mortalidad y morbilidad como indicador para obtener las necesidades de asignación presupuestaria de recursos sanitarios. Estos indicadores se muestran seriamente limitados, pero las alternativas que se ofrecen a los mismos no son suficientemente válidas (Barea et al, 1994).

En esta línea, los indicadores a utilizar como medida del estado de salud en España son los de mortalidad infantil, mortalidad perinatal y esperanza de vida.

El Cuadro nº 4 muestra la evolución de estos indicadores desde 1960:

**CUADRO Nº 4: Mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal, España 1960-1984:**

<i>años</i>	<i>mortalidad</i>	<i>mortalidad</i>	<i>mortalidad</i>	<i>mortalidad</i>
	<i>infantil</i>	<i>neonatal</i>	<i>postneonatal</i>	<i>perinatal</i>
1960	41,91	18,44	23,47	36,64
1965	35,87	18,05	17,83	30,91
1970	26,31	15,63	10,68	25,48
1975	18,88	12,57	6,32	21,09
1980	12,34	8,50	3,84	14,35
1984	9,87	6,71	3,15	11,24

*Fuente: INE (1991): Tablas de mortalidad población española*

*Elaboración propia*

Puede observarse de la información del cuadro 4 que la mortalidad infantil ha disminuido desde 41,91 niños por 1.000 nacidos vivos a 9,87 para el período observado. No obstante, ha sido la mortalidad postneonatal la que mayor disminución relativa ha experimentado para los indicadores estudiados, ya que la misma ha disminuido desde 23,47 a

3,15 al final del período. Esto es especialmente significativo por cuanto que la mortalidad postneonatal es más sensible al nivel de recursos sanitarios utilizados que la mortalidad neonatal, más influenciada esta última por aspectos exógenos de difícil prevención y control, tales como malformaciones congénitas y afecciones propias del período perinatal.

Se puede afirmar que la mortalidad infantil ha tenido hasta ahora una alta sensibilidad para reflejar la situación socioeconómica de la población española y de su estado de salud. Modelos de regresión aplicados a la relación entre mortalidad infantil y gasto sanitario aplicados a los períodos 1960-1984, 1960-1975 y 1975-1984 ofrecen unos coeficientes de correlación bastante aceptables de  $R^2 = 0,88, 0,92$  y  $0,76$  respectivamente, con valores para la T de Student y la F de Snedecor estadísticamente significativos del ajuste realizado. En definitiva, el gasto sanitario ha sido uno de los factores de disminución apreciables en la mortalidad infantil (Barea et al, 1994).

Otro de los indicadores con tradición utilizado para medir el estado de salud de la población ha sido la esperanza de vida, medida que señala el número medio de años que le quedan por vivir a un individuo que alcanza una edad determinada si estuviese sometido a las tasas de mortalidad del período considerado. El Cuadro nº 5 recoge los valores de estos indicadores para España:

**CUADRO Nº 5: Evolución de la Esperanza de Vida en España, años 1960-1980**

	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1975</b>	<b>1980</b>
Población total	69,85	72,36	73,34	75,62
Varones	67,40	69,57	70,40	72,52
Mujeres	72,16	75,06	76,19	78,61

*Fuente: INE (1991): Tablas de mortalidad población española*

*Elaboración propia*

Como puede observarse, el incremento de la esperanza de vida al nacer ha sido significativo para el período estudiado, siendo todavía más notable para las mujeres. Durante el período 1960-1980 la esperanza de vida al nacimiento en las mujeres aumentó 6,45 años (8,93%), lo que supone 0,32 años de incremento medio anual. En los varones, en el mismo período, el aumento fue de 4,12 años (7,60%) con 0,25 años de incremento medio.

Correlacionando el gasto sanitario en pts constantes desde 1970 y la esperanza de vida, Barea y Gómez Ciria (1994) obtienen los siguientes resultados, siendo **y** la esperanza de vida y **x** el gasto en sanidad:

$$y = 0,0012x + 68,6647$$

$$r^2 = 0,94$$

Como se puede observar, el resultado es estadísticamente significativo, al alcanzar el coeficiente de correlación casi el 95%.

La conclusión inmediata de la correlación anterior pudiera ser excesivamente simplista. Sin duda que Barea y Gómez Ciria demuestran el efecto que un mayor gasto sanitario puede tener sobre la esperanza de vida. Pero hemos comentado anteriormente que sobre el nivel y calidad de vida influyen de una forma muy importante otras variables, sobre todo en los países desarrollados. Como además el incremento del gasto en las últimas décadas en otras políticas públicas ha tenido una evolución creciente, se pueden obtener también correlaciones positivas entre esperanza de vida y gasto de educación, vivienda, comunicaciones, etc.. Por lo tanto, identificar el peso específico que el gasto sanitario tiene en la esperanza de vida de la población requeriría un estudio más complejo y profundo que considerara las interdependencias existentes entre las diferentes políticas públicas de gasto social.

## 2.4. Financiación pública del Sistema

El cuarto y último gran objetivo marcado para el SNS es el de la financiación pública del Sistema.

La financiación de la Asistencia Sanitaria prestada por medio del INSALUD fue modificada por la Ley 37/1988, de Presupuestos Generales del Estado para 1989. Hasta esa Ley, el INSALUD se financiaba con el presupuesto de recursos del Sistema de la Seguridad Social, que se nutría fundamentalmente de las cotizaciones a la Seguridad Social de empresarios y trabajadores y de transferencias del presupuesto del Estado. La Ley 37/1988 cambió este marco, de manera que a partir del presupuesto del INSALUD para 1989 éste pasó a financiarse principalmente por una aportación finalista del Estado y por cotizaciones sociales, justificándose éstas última por la asistencia sanitaria que recibían los trabajadores cotizantes a la Seguridad Social.

El carácter universalista que la Asistencia Sanitaria pública tiene en España ha reforzado la participación de las transferencias en la financiación, de tal forma que año tras año la parte del presupuesto así cubierta ha ido incrementándose en detrimento de las cotizaciones sociales. Por otra parte, este mayor peso de la financiación estatal se ha visto incrementado por las desviaciones que se producen en la liquidación del presupuesto del INSALUD, que son cubiertas exclusivamente con la aportación estatal, de forma que en estos últimos años ésta se ha incrementado todavía más sobre lo previsto al haberse producido cuantiosas desviaciones.

El Cuadro nº 6 nos ilustra sobre las fuentes de financiación de los presupuestos del INSALUD en los años 1995 y 1996:

**CUADRO Nº 6 : Financiación de los presupuestos del  
INSALUD, años 1995 y 1996 (en miles de pts)**

Concepto	1995	%	1996	%	D 96/95
<b>Aportación finalista del Estado</b>	2.501.541.626	77,35%	2.885.816.910	82,82%	15,36%
<b>Aportaciones específicas (Minis-terios de Sanidad y Justicia) ..</b>	4.104.732	0,13%	3.497.194	0,10%	-14,80%
<b>Cotizaciones</b>	658.738.367	20,37%	519.492.762	14,91%	-21,14%
<b>Aportaciones FEDER</b>	0	0,00%	7.000.000	0,20%	- -
<b>Ingresos por servicios prestados</b>	61.822.675	1,91%	61.411.522	1,76%	-0,67%
<b>Ingresos Fondo Sanitario</b>	7.860.600	0,24%	7.203.536	0,21%	-8,36%
<b>TOTAL</b>	<b>3.234.068.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.484.421.924</b>	<b>100,00%</b>	<b>7,74%</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1996): Presupuesto INSALUD 1996, Cifras y Datos.

Elaboración propia.

Como puede observarse del Cuadro anterior, la participación de las transferencias en la financiación se ha incrementado entre los años 1995 y 1996, aumentando su porcentaje de participación de un 77,35% a un 82,82%. Esta línea de evolución se acentuará en los siguientes ejercicios, ya que una de las directrices del Pacto de Toledo en materia de prestaciones económicas de la Seguridad Social es la de lograr que las prestaciones sanitarias se financien exclusivamente con las transferencias de los presupuestos de las Administraciones Públicas.

### 3. Conclusiones sobre la eficacia del Sistema Sanitario Público

Como corolario de todo lo visto hasta ahora, se puede concluir que el Sistema Sanitario Público, y fundamentalmente el Sistema Nacional de Salud, verifica un aceptable nivel global de eficacia. No obstante, se aprecian algunas insuficiencias en lo relativo a la equidad, especialmente en el acceso efectivo a las prestaciones en unos territorios respecto a otros, así como por la existencia de listas de espera. Si políticos y gestores son capaces de resolver en los próximos años estos dos problemas, colocando a su vez en una cifras manejables el crecimiento de las necesidades de financiación, el

Sistema Nacional de Salud se consolidará como una de las piedras angulares en el sostenimiento del Estado del Bienestar. Esta última cuestión se ha hecho crucial en los últimos años, ya que las mejoras del Sistema en modo alguno pueden suponer un incremento de las cargas financieras públicas que pongan en cuestión su propia viabilidad futura. Se impone, por tanto, un manejo eficiente de los recursos disponibles, aspecto éste que será tratado en la segunda parte de este trabajo.

#### **IV. LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL. ESPECIAL REFERENCIA AL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD**

El comienzo del presente trabajo se definían los conceptos de eficacia y eficiencia. Posteriormente se ha realizado un repaso global del grado de eficacia que muestra el Sistema Sanitario Público en la consecución de los objetivos que tiene marcados. Ahora llega el momento de relacionar los costes con los objetivos, ya que éste es el contenido del análisis de eficiencia.

El análisis de la eficiencia pública en general, y del sistema sanitario en particular, tropieza con diferentes problemas. En primer lugar, y como hemos podido comprobar por lo hasta aquí visto, los objetivos de la sanidad pública son ciertamente amplios y complejos: no sólo abarcan la producción de servicios sanitarios, sino que la universalización de la cobertura, los equilibrios territoriales, la equidad y el tipo de financiación del que se nutre conforman una multiplicidad de metas que además son interdependientes entre sí. En segundo lugar nos enfrentamos ante el problema de la valoración del producto. El Sistema Nacional de Salud, principal agente del Sistema Sanitario Público, provee los servicios de atención sanitaria de forma gratuita, no existiendo por tanto precio de venta. En consecuencia, la valoración del producto sanitario tropieza con las dificultades de carecer de precio y de mercado. Este problema obliga a que, como alternativa más al alcance de la mano, se recurra a la medición de los inputs empleados en el proceso productivo como forma de medición de sus costes.

La función de producción del SNS combina bienes y servicios adquiridos en su mayor parte en mercados privados con el factor trabajo del personal a su servicio, el cual goza de vínculos laborales de carácter cuasifuncionario. Esta producción pública de servicios sanitarios requiere de técnicas que sirvan para la medida de su eficiencia, tanto técnica como asignativa. Para ello, una vez fijados los objetivos, se hace preciso establecer un sistema de presupuestación acorde con lo mismos, con la correspondiente batería de indicadores que sirvan para su medida. Los programas de gasto así fijados precisan de técnicas de evaluación que permitan relacionar recursos utilizados con output obtenidos. De entre éstas destaca el análisis coste-beneficio como la técnica más potente de valoración, sin olvidar el análisis coste-eficacia cuando no es posible o deseable realizar una valoración económica de los objetivos alcanzados, sustituyéndose los mismos por otro tipo de índices o indicadores. Esta última técnica puede resultar especialmente apropiada en la evaluación de la provisión de bienes de carácter social, como es la sanidad.

No obstante, dada la modestia de las intenciones de este trabajo, no se va a realizar un análisis coste-beneficio o coste-efectividad del SNS. Me conformo con analizar la situación actual en cuanto a elaboración y gestión del presupuesto, así como en la medición del producto sanitario, que el INSALUD ofrece actualmente desde la perspectiva de hacer posible un análisis de eficiencia.

En los siguientes epígrafes se analizará la evolución del presupuesto del INSALUD en los últimos años así como el tipo de técnicas presupuestarias empleadas en su confección y gestión. Se continuará con los procedimientos que se están empleando actualmente en esa entidad para la medición del producto sanitario. Por último, se estudiarán las características de los agentes productores del INSALUD y la función de producción empleada.

##### **1. La evolución del gasto sanitario público en España.**

Los Gráficos 1 y 2 situados al comienzo de este trabajo proporcionaban los datos sobre la evolución en el período 1960-1993 del gasto sanitario público. Se observaba que España partía de una situación especialmente desventajosa en la participación de estos gastos respecto al PIB, que se ha recuperado en gran parte en los últimos años, si bien todavía en 1993 nos encontrábamos 0,8 puntos del PIB por debajo de la media de la Unión Europea y de la OCDE.

La conclusión que ofrecen estas cifras es doble. De una parte ha existido un crecimiento acelerado del gasto sanitario público en los últimos años. Por otra, todavía cabe esperar que este gasto se incremente aún más si se desea alcanzar las cifras de los países de nuestro entorno económico y social.

Analizando las causas del crecimiento del gasto sanitario, Fernández Dodero (1996) realiza un estudio de los componentes del crecimiento del gasto. De entre los factores que inciden en el crecimiento del gasto de las prestaciones

sociales destaca los siguientes:

- El precio de la prestación
- Factor demográfico
- Tasa de cobertura
- Prestación real media

La incidencia de estos factores durante el período 1980-1994 se puede medir de la siguiente forma:

$$GPSn = Fp \cdot Fd \cdot TC \cdot PRM; \text{ donde:}$$

**GPSn:** tasa media anual de variación del gasto en la función correspondiente de protección social en términos nominales.

**Fp:** tasa media anual de variación del índice de precios de la prestación correspondiente.

**Fd:** tasa media anual de variación de la población que potencialmente puede acceder a la prestación correspondiente.

**TC:** variación media anual de la tasa de cobertura.

**PRM:** tasa media de variación de la prestación real por beneficiario. Este factor constituye la incógnita a despejar de la identidad.

El Cuadro nº 7 recoge la incidencia de los factores considerados sobre el gasto público en sanidad durante el período 1980-1993.

El gasto en su conjunto aumentó en términos nominales un 13,5%, que en términos reales supuso un 4,2% una vez deflactado por el correspondiente índice de precios. De entre los factores determinantes de este incremento destaca el aumento de la prestación real por beneficiario, cuya tasa de crecimiento fue del 2,39%.

Un aumento de la prestación real media representa una mayor utilización de los servicios sanitario así como un uso más intensivo de los mismos por parte de los usuarios. Detrás de este incremento en el consumo de servicios sanitarios están factores como el envejecimiento de la población, el tratamiento de nuevas patologías, la introducción de la nuevas tecnologías en el diagnóstico y tratamiento y las exigencias de los usuarios de libertad de elección y mejora de las condiciones hosteleras en la prestación del servicio.

El incremento de la tasa de cobertura, con una media de 1,39% durante el período estudiado es la consecuencia de la universalización de hecho de la cobertura sanitaria durante este período.

**CUADRO nº 7: Factores explicativos del gasto en sanidad 1980-1993**

<i>Gasto en sanidad y</i>	<i>tasa de variación media</i>
<i>factores explicativos</i>	<i>anual 1980-1993 (%)</i>
Gasto nominal en sanidad	13,52
Precios de la prestación	8,96
Gasto real en sanidad	4,19
Factor demográfico	0,35
Tasa de cobertura	1,39

Prestación real media

2,39

Fuente: Marta Fernández Dodero (1996): "La protección social en España"

## 2. La evolución reciente del presupuesto del INSALUD

A continuación se va a analizar la evolución del presupuesto del INSALUD a lo largo del decenio 1987-1996, tanto en lo que respecta a la evolución de sus cifras más significativas como en su procedimiento de elaboración.

Como puede apreciarse de las cifras del Cuadro nº 8, el presupuesto inicial del INSALUD muestra unos fuertes incrementos interanuales durante el período analizado. Salvo en los años 1994 y 1996, el resto de los ejercicios nunca ha bajado su aumento del 10% interanual, lo cual arroja un 13,11% de incremento medio anual para el período. Si ya es notable la trayectoria fuertemente incrementalista de los créditos iniciales, el análisis de las cifras de liquidación muestra también una evolución muy característica: hasta 1992 son años de fuertes incrementos interanuales que culminan ese año con un aumento del 25,93% sobre la liquidación del año anterior. Sin embargo, a partir de 1992 disminuye el ritmo de crecimiento, manteniéndose el mismo durante el trienio 1993-1995 en tasas más moderadas, por debajo del diez e incluso el cinco por ciento. No obstante ese punto de inflexión en 1992, el incremento medio para el período 1988-1995 ha sido de un acusado 12,56%.

**CUADRO Nº 8: Evolución de las cifras de presupuestos iniciales y liquidados de INSALUD años 1987-1996 (en millones de pts)**

<i>año</i>	<i>presupuesto inicial (1)</i>	<i>incremento anual (2)</i>	<i>presupuesto liquidado (3)</i>	<i>incremento anual (4)</i>	<i>% (5)=(3)/(1)</i>	<i>incremento (6)=(1)/(3)</i>
1987	1.155.019	--	1.307.647	--	13,21%	--
1988	1.350.682	16,94%	1.497.547	14,52%	10,87%	3,29%
1989	1.574.005	16,53%	1.795.841	19,92%	14,09%	5,11%
1990	1.851.144	17,61%	2.065.984	15,04%	11,61%	3,08%
1991	2.108.863	13,92%	2.259.351	9,36%	7,14%	2,08%
1992	2.389.141	13,29%	2.845.265	25,93%	19,09%	5,74%
1993	2.671.321	11,81%	2.991.052	5,12%	11,97%	-6,11%
1994	2.845.480	6,52%	3.225.516	7,84%	13,36%	-4,87%
1995	3.234.068	13,66%	3.314.456	2,76%	2,49%	0,27%
1996	3.484.422	7,74%	--	--	--	5,13%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1996): "Presupuesto INSALUD 1996, datos y cifras"

Elaboración propia.

Otro aspecto destacado de las cifras del Cuadro nº 8 es el incremento del presupuesto liquidado respecto al inicial, recogido en la columna (5). Para el período 1987-1995, únicamente bajó del 10% en los años 1991 y 1995, habiendo ejercicios, como 1992, en que éste alcanzó el 19,09%. No obstante, a partir de ese año parece existir un mayor control de las desviaciones, ya que en 1995 el presupuesto liquidado sólo superó al inicial en un 2,76%

Esta evolución de los presupuestos liquidados e inicial del INSALUD no podría explicarse adecuadamente si no se consideran las operaciones de saneamiento de deudas pendientes de ejercicios anteriores que se han realizado desde 1992, las cuales han introducido distorsiones en las cifras de liquidación de obligaciones que corresponden exclusivamente al ejercicio corriente. Esta depuración de las cifras es la que se encuentra recogida en el Cuadro nº 9, que recogen los presupuestos liquidados del INSALUD sin considerar las cifras de obligaciones que corresponden a ejercicios anteriores e incluidas en el Plan de Saneamiento.

El Plan de Saneamiento del INSALUD tiene su origen en 1992, cuando ante la insuficiencia crónica en la

presupuestación de la entidad se había originado un déficit no declarado como obligaciones contraídas de más de medio billón de pts. La ejecución de los presupuestos hasta ese año se hacía en numerosas ocasiones sin respetar el principio de anualidad, de forma que ante la insuficiencia del presupuesto del ejercicio corriente se trasladaban las obligaciones al ejercicio siguiente, con lo que este presupuesto, ya de por sí también insuficiente, se utilizaba en parte para pagar obligaciones de los ejercicios anteriores. Esto produjo un efecto acumulativo de "bola de nieve" que afloró en 1992, cuando se impartieron instrucciones por parte de la Dirección General del Insalud a todos los centros de gasto exigiendo la aplicación de los créditos de dicho ejercicio a pagar obligaciones que exclusivamente se hubieran generado en ese año.

**CUADRO Nº 9: Presupuestos del INSALUD iniciales y liquidados sin incluir saneamiento, años 1987-1996 (en millones de pts)**

<i>ejercicio</i>	<i>presupuesto inicial (1)</i>	<i>presup. liquidado sin saneamiento(2)</i>	<i>diferencia (2)-(1)</i>	<i>% (2)/(1)</i>
1987	1.155.019	1.307.647	152.628	13,21%
1988	1.350.682	1.497.547	146.865	10,87%
1989	1.574.005	1.795.841	221.836	14,09%
1990	1.851.144	2.065.984	214.840	11,61%
1991	2.108.863	2.259.351	150.488	7,14%
1992	2.389.141	2.564.707	175.566	7,35%
1993	2.671.321	2.850.770	179.449	6,72%
1994	2.845.480	2.940.525	95.045	3,34%
1995	3.234.068	3.256.570	22.502	0,70%
1996	3.484.422	--	--	--

*Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1996): "Presupuesto INSALUD 1996, datos y cifras"*

*Elaboración propia.*

La liquidación de la deuda resultante, 561.122 millones de pts, se realizó en los años 1992, 1993 y 1994, a razón del 50% el primer año y el 25% cada uno de los dos años siguientes. No obstante, como los créditos iniciales continuaron presupuestándose por debajo del gasto real también durante los años 1992 y 1993, en los que se generaron saldos de obligaciones pendientes de 140.772 y 149.893 millones de pts, respectivamente, fué necesario también sanear esa deuda, lo cual se ha realizado durante los ejercicios 1994, 1995 y 1996. En conjunto, las operaciones de saneamiento de deudas pendientes hasta el 31 de diciembre de 1993 han supuesto la necesidad de dotar créditos extraordinarios por importe de 763.717 millones de pts..

Como puede apreciarse en las cifras del Cuadro nº 9, las operaciones de saneamiento han tenido como resultado su mayor realismo en la ejecución del presupuesto a partir de los años 1994 y 1995, reduciéndose las desviaciones entre presupuesto inicial y liquidado a cifras desconocidas en los años anteriores.

### **3. El problema de las desviaciones presupuestarias**

Como se puede observar en los Cuadros 8 y 9, en la última década las diferencias entre presupuesto inicial y liquidado han sido muy notables. Una parte de la explicación de estas desviaciones está en el saneamiento de ejercicios anteriores, pero aún así, como observábamos en el Cuadro 9, si descontábamos los créditos correspondientes a obligaciones de ejercicios anteriores, las desviaciones también eran significativas.

Conforme al sistema de contabilidad presupuestaria vigente, las cifras de los presupuestos liquidados recogen las obligaciones que están reconocidas a 31 de diciembre del ejercicio correspondiente, no siendo posible, por imperativo legal de la Ley General Presupuestaria en su art. 60, contraer obligaciones que no estén presupuestadas. Es decir, que como no existe crédito suficiente no se contrae a nivel contable la obligación, pero sí que se realiza la compra o contratación del servicio, ya que por la propia naturaleza de las instituciones sanitarias, las mismas no pueden correr el

riesgo de verse paralizadas por cortes en los suministros o en los servicios. De esta forma, se genera una obligación encubierta, no contabilizada presupuestariamente, que bien imputándola al ejercicio siguiente o bien aflorándose mediante operaciones de saneamiento, al final se tiene que reconocer y asumir su pago. A esta forma de gestión del presupuesto es lo que se ha denominado en términos coloquiales "facturas guardadas en los cajones". Mediante esta práctica, los proveedores de bienes y servicios del Sistema Nacional de Salud se convierten en financiadores del mismo, con un elevado coste económico y social.

Una de las justificaciones que podemos encontrar a estas desviaciones presupuestarias es la insuficiente dotación de los créditos para asumir los costes reales de prestación de los servicios. Como se comentaba en el epígrafe anterior, en los años ochenta se produjo un aumento muy significativo de población protegida como consecuencia de la universalización de la atención sanitaria, además de realizarse una utilización más intensiva de los recursos disponibles. Junto a estas razones, Sanfrutos (1993), aporta otros motivos:

- \* Modelo burocrático de gestión.
- \* Control de legalidad del gasto, en lugar del control de eficacia y eficiencia.
- \* Falta de profesionalización de la gestión.
- \* Aumento de los costes y precios de los inputs, especialmente en las nuevas tecnologías.

Merece también un comentario el modelo de financiación de las Comunidades Autónomas con Servicios de Salud transferidos. La Ley General de Sanidad establece el derecho de estas CC.AA. a participar en las desviaciones presupuestarias que experimentara la parte del INSALUD que todavía permanezca sin ser transferida. Además, el mecanismo mediante el cual esta participación se ha materializado ha sido perverso, por cuanto que las desviaciones producidas en el presupuesto del INSALUD no transferido no se repercutían en el presupuesto de las CC.AA. transferidas hasta el ejercicio siguiente, produciéndose un retraso de éstas últimas en disponer de la necesaria financiación de sus obligaciones contraídas. Los efectos negativos de este peculiar sistema de financiación eran los siguientes (Espadas et al, 1996):

- Las CC.AA. con servicios de salud transferidos carecían de certidumbre de cuál era su presupuesto final para atender sus gastos hasta que el INSALUD no cerraba el ejercicio (aproximadamente hacia el 31 de enero del ejercicio siguiente).

- Si esas CC.AA. deseaban mantener un volumen de gasto similar al del INSALUD en el ejercicio corriente, se veían forzadas a financiar a su costa ese nivel de gasto, incurriendo en importantes costes financieros. Se producía por tanto una situación de discriminación entre el INSALUD no transferido y las CC.AA. con servicios de salud transferidos.

- No obstante la anterior discriminación, como contrapartida, las CC.AA. transferidas resultaban beneficiadas de la mala gestión presupuestaria que pudiera realizar el INSALUD no transferido.

- Se rompía el principio de anualidad de los presupuestos, de tal forma que la liquidación del presupuesto del ejercicio no recogía los gastos reales correspondientes exclusivamente en dicho ejercicio, sino que se imputaban al mismo obligaciones originadas en el ejercicio anterior.

Este sistema de financiación fue modificado por los Acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera relativos a la financiación autonómica de la sanidad para el cuatrienio 1994-1997. Uno de los contenidos de los mismos ha sido el hacer partícipe a las CC.AA. transferidas de forma automática de cualquier modificación del gasto en el INSALUD no transferido de carácter incrementalista.

Otra cuestión significativa a considerar en las desviaciones del gasto del INSALUD es el origen de los recursos para financiar las mismas. A partir de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, el INSALUD pasó a financiarse de manera mayoritaria por medio de la aportación del Estado vía transferencias de crédito de carácter finalista, resultando minoritaria la financiación vía cotizaciones de la Seguridad Social. A título de ejemplo, la aportación estatal a la financiación de la asistencia sanitaria en el presupuesto del INSALUD para 1994 era de 1.998.268 millones de pesetas, lo que suponía un 70,63% del presupuesto inicial, situándose finalmente en 2.391.536 millones de pesetas, con un porcentaje sobre la financiación definitiva del 74,14%.

## Las modificaciones de crédito

La evolución de las modificaciones de crédito entre los años 1991 y 1995 ha sido la siguiente:

**CUADRO Nº 10: Modificaciones de crédito en el INSALUD según la tipología, años 1991-1995 (en millones de pts)**

<i>año</i>	<i>incorpor.</i>	<i>ampliación</i>	<i>suplement.</i>	<i>generación</i>	<i>cred. extr.</i>	<i>total</i>
<b>1991</b>	0	161.841	0	1.618	0	163.459
<b>1992</b>	1.613	174.803	2.621	2.529	280.558	462.124
<b>1993</b>	995	178.956	147.547	2.817	0	330.315
<b>1994</b>	0	252.996	140.282	3.136	0	396.414
<b>1995</b>	0	91.756	10.000	3.187	0	104.943
<b>total</b>	2.608	860.352	300.450	13.287	280.558	1.457.255
<b>% partic.</b>	0,18%	59,04%	20,62%	0,91%	19,25%	100,00%

Fuente: Espadas et al (1996): "El presupuesto del INSALUD."

Como puede apreciarse del Cuadro nº 10, las ampliaciones de crédito, con un porcentaje de participación del 59,04%, junto a los suplementos, con el 20,62% de participación, son las modificaciones que mayor importancia han tenido en el período. Los créditos extraordinarios, pese a la importancia absoluta que tienen, solamente han sido empleados en 1992. Hay que destacar que los suplementos de crédito y los créditos extraordinarios son los que recogen el saneamiento de la deuda anterior a 1992, por lo que únicamente las incorporaciones, las ampliaciones y la generación de créditos reflejan insuficiencias presupuestarias del ejercicio corriente.

Por otra parte, la distribución de esas modificaciones según el tipo de gasto a que han sido destinadas se muestra en el Cuadro nº 11:

**CUADRO Nº 11: Distribución de las modificaciones de gasto según categorías económicas, años 1991-1995 (en millones de pts)**

<i>año</i>	<i>personal</i>	<i>compras</i>	<i>conciertos</i>	<i>CC.AA.</i>	<i>farmacia</i>	<i>otros</i>	<i>total</i>
<b>1991</b>	8.751	9.126	6.134	75.439	63.000	1.009	163.459
<b>1992</b>	138.483	3.023	22.198	245.220	53.200	0	462.124
<b>1993</b>	17.806	52.312	17.467	219.856	21.906	968	330.315
<b>1994</b>	4.310	74.800	35.646	244.785	32.536	4.337	396.414
<b>1995</b>	7.447	15.714	6.394	68.182	4.347	2.859	104.943
<b>total</b>	176.797	154.975	87.839	853.482	174.989	9.173	1.457.255
<b>% partic.</b>	12,13%	10,63%	6,03%	58,57%	12,01%	0,63%	100,00%

Fuente: Espadas et al (1996): "El presupuesto del INSALUD."

Como puede observarse en el Cuadro nº 11, las CC.AA. han sido las que mayor volumen de modificaciones han absorbido, con el 58,57%, siguiéndolas en importancia los gastos de personal, la farmacia y las compras de bienes y servicios, con el 12,13%, 12,01% y 10,36%, respectivamente. No obstante, y conforme se observa en el Cuadro nº 10, si se excluyen los créditos extraordinarios y suplementos de crédito destinados a financiar las obligaciones de deudas pendientes, las ampliaciones pasan a suponer un 98,19% del total de las modificaciones del período analizado. Dentro de este bloque, las ampliaciones por farmacia-recetas médicas suponen el 20,16% y las transferencias a las CC.AA., el 61,55%.

La definición de qué créditos tienen el carácter de ampliables se establece en el art. 149 del texto refundido de la Ley General Presupuestaria, correspondiendo esta calificación a los pagos de productos farmacéuticos procedentes de recetas médicas.

Por otra parte, las leyes de presupuestos de cada ejercicio amplían la consideración de créditos ampliables a otro tipo de gastos, como lo son en los Presupuestos de 1997 los siguientes:

- Cuotas de la Seguridad Social.
- Trienios derivados del cómputo del tiempo de servicios realmente prestados a la Administración.
- Créditos que se regulan en función de la recaudación obtenida y doten conceptos específicos en el presupuesto de gastos.
- Créditos que sean necesario en los programas de gastos del INSALUD para reflejar las repercusiones que en los mismos tengan las modificaciones de los créditos que figuran en el estado de transferencias entre subsectores de los Presupuestos Generales del Estado.

Por otra parte, el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social establece que los ingresos que obtengan las instituciones sanitarias por la prestación de servicios a personas que no tengan cobertura sanitaria pública así como por la venta de desechos, no tendrán la consideración de recursos de la Seguridad Social, generando los mismos crédito para aumentar las dotaciones financieras de los centros de gasto de origen. No obstante, la ley establece que no podrán aumentar las dotaciones de los créditos de personal. En el ejercicio de 1995 generaron un total de 12.270 millones de pts, lo que supone una cifra significativa en términos absolutos. De cualquier forma, esta posibilidad de financiación extrapresupuestaria no se encuentra desarrollada en toda su potencialidad y una gestión más eficaz de la misma podría proporcionar resultados más notables.

A modo de conclusión sobre el análisis de las magnitudes presupuestarias del INSALUD en los últimos años, se puede afirmar que la evolución del gasto y la gestión presupuestaria realizada hasta el año 1992 anulaba la capacidad del presupuesto como herramienta de gestión eficiente de recursos, al no respetar dos de sus principios básicos: el carácter limitativo de los créditos y el principio de anualidad en la imputación de obligaciones. Se hacía por tanto imprescindible introducir mecanismos correctores que fueran capaces de introducir un cierto orden, ajustando las evolución del gasto del Sistema Nacional de Salud a un crecimiento sostenible.

#### 4. Hacia un modelo de presupuestación prospectiva

Un paso importante en la dirección antes apuntada fue el Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, por el que se determina la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Por medio de esta norma, se establecía la separación de funciones de autoridad sanitaria y provisión de servicios, introduciéndose el concepto de aseguramiento en el ámbito sanitario público, cuyo objetivo último es garantizar el derecho a la salud.

Las funciones que se reserva la autoridad sanitaria, en los países donde se han desarrollado reformas similares son:

- \* Asegurar un acceso universal.
- \* Determinar el volumen global de recursos.
- \* Regular los aspectos distributivos.
- \* Establecer las reglas que operan en la compra y provisión de servicios.
- \* Garantizar la adecuación y transparencia de la información.

La función de autoridad se la reserva el Ministerio de Sanidad, asignando al INSALUD las funciones relativas a la provisión de la asistencia sanitaria, bien produciendo este último los servicios necesarios a través de sus Instituciones Sanitarias o bien recurriendo a la concertación con otras entidades privadas o públicas.

Este proceso de cambio se puso al servicio de dos objetivos (Elola Somoza et al, 1993):

- \* Aumento de la **equidad**, confrontando el gasto que corresponde a cada Comunidad Autónoma en el ámbito del INSALUD, en base a criterios capitativos, con el asignado históricamente debido a circunstancias estructurales. Las diferencias se deberían de ajustar progresivamente.

\* La **eficiencia**, negociando y estableciendo un presupuesto limitativo en cada centro de gestión, vinculado a unos objetivos específicos de actividad.

Desde un punto de vista teórico, existen tres posibles formas de financiación de las Instituciones Sanitarias, independientemente del tipo de agencia u organismo financiador:

\* Reembolso retrospectivo de los gastos en que se ha incurrido por la realización de la actividad. Este procedimiento no supone ningún incentivo para mejorar la eficiencia, favoreciendo el incremento progresivo de los costes. Este es el procedimiento seguido en el INSALUD hasta el año 1992, basado en el gasto histórico, perpetuando las ineficiencias y malas asignaciones de recursos.

\* El pago prospectivo. Se puede realizar de dos formas:

- Pago por producto a un precio predefinido, sin establecer techo de actividad. Puede inducir mecanismos no deseados, siendo el más evidente el incremento de actividad, en forma de un aumento de los ingresos rentables, además de favorecer la prolongación o no reducción de la estancia media. El incremento de actividad contrarrestaría el efecto de la fijación de precios, impidiendo la reducción o control de los precios.

- Presupuestación global prospectiva, ligando la financiación al cumplimiento de objetivos previstos de producción de servicios. Es el método que más fehacientemente ha demostrado su capacidad para controlar los costes hospitalarios, además de ser adecuado para la distribución de recursos de los Servicios Nacionales de Salud. Este es el procedimiento iniciado por el Ministerio de Sanidad.

\* La facturación en base a precios generados por mecanismos de mercado. Esto plantea varios problemas:

- Puede no ser posible inducir un nivel de competencia suficiente para que resulte una reducción efectiva de los costes, especialmente en aquellas zonas geográficas donde no existe un número suficiente de instituciones sanitarias.

- Puede redundar en detrimento de la calidad técnica de la atención prestada, además de obligar a los financiadores a un riguroso control cualitativo de los servicios prestados.

Seguindo a Somoza et al, (1993), la **presupuestación prospectiva** significa estimar previamente la producción de servicios sanitarios a realizar por el centro, la cual multiplicada por la o las tarifas definidas determina la financiación a obtener.

Para definir la producción, es necesario disponer una unidad de medida, a la cual asignar una tarifa, vinculando presupuesto a actividad. De esta forma, el presupuesto se vincula a **objetivos de actividad**, posibilita el **seguimiento del presupuesto**, y la **localización de desviaciones**.

La determinación de una unidad de medida válida ha sido una de las preocupaciones de la asistencia sanitaria pública. Tradicionalmente, la actividad asistencial se ha medido por estancias, nº de intervenciones quirúrgicas, nº de camas ocupadas, índice de rotación enfermo/cama, etc.. Sin embargo, estos indicadores no miden adecuadamente el producto sanitario, ya que los mismos no reflejan los productos finales de la actividad asistencial, que no es conseguir estancias o intervenciones quirúrgicas, sino que es atender patologías hasta su curación. Esta es una cuestión importante a la hora de realizar un análisis de eficiencia, ya que para realizar una adecuada valoración e imputación de costes se debe tener correctamente identificado el producto final.

#### 4.1. La utilización de la UPA

Con esta finalidad el Ministerio de Sanidad ha elaborado la **UPA**, Unidad Ponderada de Asistencia. Para ver las características de esta herramienta y la forma en que se ha calculado seguiremos a partir de ahora a Sevilla Pérez et al (1993).

La UPA, tiene sus antecedente en la UBA, Unidad Básica Asistencial, utilizada desde para fijar tarifas de conciertos en el Servicio Catalán de Salud. El informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud recomendó utilizar la UBA como herramienta de medición de los productos intermedios de los hospitales.

Los problemas que presentaba la UBA -escasa diferenciación de los distintos productos hospitalarios y no contemplar las variaciones en la complejidad de los hospitales- aconsejó desarrollar una nueva unidad de medida que cumpliera los siguientes requisitos:

- \* Consideración de los distintos tipos de actividad hospitalaria, con diferencias relevantes en cuanto a costes.
- \* Debería ponderar las distintas actividades de forma adecuada de acuerdo con sus diferentes consumos de recursos.
- \* Ser compatible con las posibilidades que ofrece el actual sistema de información.
- \* Debería tener en cuenta las características que diferencian unos hospitales de otros.

Para el diseño de la UPA por el parte del Ministerio de Sanidad y Consumo se desarrolló un trabajo de campo que comprendía cinco hospitales del INSALUD seleccionados según su distinta complejidad, ubicación geográfica y con sistemas de proceso de la información suficientemente desarrollados. El proceso de elaboración de la UPA es descrito por Bestard et al (1993).

El procedimiento utilizado consistió en imputar los gastos corrientes de funcionamiento de 1990 a las actividades definidas, mediante la aplicación del modelo clásico de análisis de costes, basado en el establecimiento de ciclos de coste y utilización de criterios de imputación de los mismos. Hubo una serie de actividades que se extrajeron del anterior cálculo de los costes, determinándose mediante el consumo de recursos efectuado ese año. El coste de cada actividad a ponderar se expresó mediante un coeficiente que representaba el cociente entre el coste promedio de dicha actividad y el coste promedio de la estancia media en el mismo hospital.

Los coeficientes de ponderación obtenidos de cada uno de los cinco hospitales inicialmente seleccionados se aplicaron posteriormente a 64 hospitales del INSALUD, obteniéndose el nº de UPAS realizadas por cada uno de ellos. Multiplicando éstas por el coste de las actividades extraídas se obtuvo un gasto teórico para cada hospital y combinación de coeficientes. Se calcularon en cada caso las desviaciones del gasto real de 1990 al gasto teórico, la media de las desviaciones porcentuales absolutas de todos los hospitales y la varianza de las desviaciones porcentuales. Estos resultados se compararon con los obtenidos aplicando la UBA, para validar la mejora conseguida con la nueva unidad.

Los coeficientes de uno de los cinco hospitales seleccionados al principio eran los que proporcionaban menores desviaciones respecto al gasto real. Estos coeficientes se sustituyeron por la media de los cinco hospitales en los casos en que dicha sustitución suponía una mejora según los criterios de validación. El resto de coeficientes se redondearon en dirección a la media.

Los coeficientes de equivalencia obtenidos fueron los siguientes:

**Línea de producción Equivalencia en UPAS**

Estancias:

Médicas: 1

Quirúrgicas: 1,5

Obstétricas: 1,2

Pediátrica: 1,3

Neonatólogica: 1,3

UCI 5,8

Consultas:

Primera consulta: 0,25

Consulta sucesiva: 0,15

Urgencia no ingresada: 0,30

Cirugía ambulatoria: 0,25

(procesos no extraídos)

Las actividades que se extrajeron del cálculo de la UPA fueron:

- Trasplantes de órganos
- Extracciones de órganos
- Hemodinámica
- Diálisis
- Docencia
- Cirugía ambulatoria

El gasto por UPA varía ampliamente entre los hospitales estudiados para el año 1990 (mínimo 19.200 pts y máximo 50.058 pts), con una media de 28.446 pts y una desviación estándar de 5.883 pts.

Utilizando un análisis de regresión se observó que las siete variables significativas en la desviación eran: UPAS/cama, plantilla/cama, médicos/cama, servicio de oncología, camas de UCI, estancia media y escala (nº de camas). Las dos primeras variables explican por sí solas el 73,8% de la varianza del gasto por UPA. La adición de las cinco restantes mejora la explicación hasta el 84,8%.

Comparando los resultados obtenidos, las ventajas de la UPA respecto de la UBA son:

- \* Fijación directa de tarifas de determinados procedimientos.
- \* Consideración de un mayor número de actividades, y diferentes tipos de estancia.
- \* Ponderación actualizada de las actividades.

No obstante, la UPA es un instrumento de medición intermedia. Lo deseable sería poder medir los productos finales: diagnósticos que originan los ingresos o estancias de los pacientes. Pero las limitaciones en la información disponible en los hospitales de INSALUD dificultan esto. Por ello ha sido necesario recurrir a esta herramienta para que agregue los procesos y permita asignar la financiación.

Las diferencias obtenidas entre el gasto real del hospital y el previsto por el modelo puede interpretarse como referente de la eficiencia de cada hospital.

Los resultados obtenidos hablan de tres propulsores del coste en los hospitales del INSALUD:

- El nivel de actividad en relación con la capacidad.
- La escala del hospital.
- Complejidad del hospital, medible mediante indicadores indirectos: plantilla /cama, médicos/ cama, porcentaje de camas de UCI, servicio de oncología, estancia media.

## 4.2. Elaboración del presupuesto

Una vez que se disponía de la UPA como elemento de medida intermedio de la producción, la elaboración del presupuesto del hospital se sustentaría en los siguientes pasos:

- 1.- Asignación de un presupuesto limitativo a cada Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta sus antecedentes de presupuestos históricos y el presupuesto capitativo. Hay que tener en cuenta, conforme se ha visto en páginas anteriores, que históricamente no ha habido una asignación equitativa territorial de los recursos asistenciales, por lo que uno de los objetivos actuales del Sistema Nacional de Salud es la reducción progresiva de estos desequilibrios. En el presupuesto capitativo se tienen en cuenta mecanismos correctores: a la población mayor de 65 años se la asigna un gasto 3 veces superior, y en farmacia la población pensionista se pondera 8,5 veces respecto de los activos (Elola Somoza et al, 1993).
- 2.- Establecido el presupuesto a cada Comunidad Autónoma, comienza la fase de asignación a cada Área de Salud su respectivo presupuesto, para lo cual se establece la cartera de servicios que oferta el hospital y las actividades que va a desarrollar, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, la actividad histórica y la optimización de indicadores como la estancia media, el índice de ocupación y otros indicadores de productividad.
- 3.- Fijación de objetivos mediante negociación, estableciendo pactos por línea de producción: hospitalización: minimización de ingresos, estancia media máxima; en consultas externas: nº de primeras consultas y relación sucesivas/ primeras. Estos pactos se traducen en su equivalencia a nº de UPAS.
- 4.- La suma del número de UPAS resultante, así como de las actividades extraídas multiplicadas por sus respectivas tarifas, configuran el presupuesto del centro, al que se añaden las amortizaciones y la inversión.

Las tarifas de las actividades extraídas se fijan anualmente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, teniendo en cuenta la evolución de los costes.

Las tarifas de la UPA son fijadas para cada hospital teniendo en cuenta la capacidad de financiación global y la producción total del sistema, junto con las características específicas pactadas para cada hospital y su gasto histórico.

- 5.- La última fase corresponde al análisis entre la adecuación del presupuesto asignado, el gasto histórico y el correspondiente por actividad y complejidad, sin exceder globalmente la capacidad de financiación.

## 4.3. Conclusiones sobre el modelo de presupuestación prospectiva en el INSALUD

La utilización de presupuestos prospectivos se ha articulado desde el año 1992 por medio del denominado Contrato Programa, que la Dirección del INSALUD firma con cada Gerencia de Atención Especializada y Atención Primaria. El Contrato Programa significa un sistema de presupuestación prospectiva por objetivos, ya que liga la financiación asignada presupuestariamente con unos objetivos asistenciales y unos indicadores de calidad. La experiencia adquirida en estos años con el Contrato Programa permite obtener unas conclusiones (Sevilla Pérez et al, 1993):

- 1.- Es necesario dotar a cada hospital de una mayor autonomía de gestión, sujeta al logro de los objetivos pactados y al techo presupuestario.
- 2.- Asignación equitativa de la financiación disponible, de forma que se evite tanto el presupuesto excesivo favorecedor de ineficiencia como la insuficiencia presupuestaria generadora de déficit.
- 3.- La UPA facilita esas acciones como unidad de medida, siendo complementaria en cuanto a herramienta de

presupuestación de otras técnicas. No obstante, la utilización de esta herramienta está vinculada al progresivo desarrollo organizativo y de introducción de mejoras en la gestión.

4.- Es necesario continuar avanzando en el proceso de medición económica del producto sanitario, determinando una herramienta que permita medir los costes de productos asistenciales finales.

## 5. El cálculo de los costes por proceso

Como señalábamos en el último párrafo, es necesario proceder a la medida de los costes de los procesos atendidos en las Instituciones Sanitarias. Con los Contratos Programas se ha dado el paso de vincular presupuestación con objetivos asistenciales, utilizando como medida económica de los objetivos las UPAS. Pero la UPA no deja de ser una unidad intermedia, ya que lo deseable es conocer los costes que suponen las patologías atendidas de cada paciente. Estas patologías es posible agruparlas por **Grupos Relacionados por el Diagnóstico, GRDs**, sistema de medición suficientemente ensayado y generalizado en diferentes países europeos y Norteamérica.

Los GRDs clasifican a los pacientes en grupos de isoconsumo de recursos: los pacientes de un mismo grupo consumen una cantidad similar de recursos hospitalarios, y pueden ser reconocidos por los médicos como tributarios de cuidados similares. Las características básicas que definen el esquema de clasificación de los pacientes en estos grupos de isoconsumo son las siguientes:

- Estancias medias similares dentro de cada grupo.
- Costes similares dentro de cada grupo.
- Número de grupos resultantes no excesivamente grande.
- Coherencia en el significado médico de los grupos.
- Validez estadística de los grupos.

El cálculo de los costes por proceso de los pacientes hospitalizados se ha realizado en 1995 para hospitales del INSALUD, utilizando los datos del año 1993 (Proyecto Coste por Proceso, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995). Cabe señalar que no se ha podido incluir en el cálculo de los mismos a todos los hospitales del INSALUD, ya que es preciso para ello disponer de la siguiente información:

- Datos clínico asistenciales, recogidos mediante el Conjunto Mínimo Básico de Datos de las altas hospitalarias, CMBD, que no todos los hospitales tenían con el suficiente grado de fiabilidad, lo cual era motivo de su exclusión.
- Desarrollo de la contabilidad analítica según el modelo SIGNO homologado.

El resultado de aplicar el coste por proceso permite obtener una relación de pesos relativos o coeficientes de cada tipo de GRD, los cuales indican la proporción existente de costes entre todos ellos. Por ejemplo, los resultados obtenidos con los datos antes señalados establecen que el GRD nº 480, trasplante hepático, tiene un peso de 34,9309; mientras que el GRD nº 232, artroscopia, tiene un peso de 0,4844. La aplicación de estos pesos relativos a todos los GRDs de cada hospital, permite obtener el **Índice de Case Mix, ICM**, el cual se obtiene como promedio ponderado de sus pesos:

$$ICM = \frac{\sum (Altas_n \cdot \text{Peso}_n)}{\sum Altas}$$

El ICM explica la casuística de altas de cada hospital. Cuanto mayor sea el mismo significa que el hospital en cuestión atiende casos más complejos en proporción a los menos complejos, lo que obviamente impulsará al alza los costes. De esta forma, el ICM se convierte en una herramienta a tener en cuenta en el proceso de presupuestación, ya que la financiación a asignar a cada hospital, si se quiere hacer de forma equitativa, debe de considerar la complejidad de los casos atendidos.

No obstante, la presupuestación de los hospitales no debería hacerse exclusivamente considerando el coste por proceso, so pena de incentivar los ingresos de acuerdo no con las necesidades sanitarias de la población protegida, sino con la

rentabilidad diferencial de las líneas de producción del hospital.

Según proponen los autores del "El proyecto coste por proceso", publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo (1995), "para calcular el presupuesto global se partiría de un pacto con cada hospital sobre el número de camas, de efectivos, de altas, y el índice de case-mix para el siguiente año. A partir de la capacidad de financiación global del sistema, de los pactos con todos los hospitales y de los coeficientes de regresión (ajustados de forma que no se produzcan incentivos perversos) se calcularía la tarifa por alta teórica para cada hospital, del mismo modo propuesto para la presupuestación por UPAs. Esta tarifa se multiplicaría por el número de altas pactadas para obtener el presupuesto teórico para la hospitalización, al que deberá sumarse el presupuesto para la actividad externa".

La implantación de esta forma de presupuestación habría de hacerse paulatinamente, para evitar cambios bruscos de pasar de un año para otro del presupuesto histórico al nuevo. Asimismo, no debe perderse de vista en ningún momento la calidad asistencial, que requeriría la vigilancia permanente sobre los indicadores de calidad seleccionados.

## 6. De la eficiencia tecnológica a la asignativa

El modelo de presupuestación prospectiva y la aplicación al mismo de los costes por proceso son técnicas conducentes a una asignación más eficiente de los recursos presupuestarios que financian los hospitales del INSALUD. Se obtienen así mejoras de eficiencia sin que el marco jurídico, organizativo y estructural de los hospitales se vea básicamente alterado. Los hospitales públicos son unidades productoras de servicios que combinan dos factores de producción: el trabajo y los bienes y servicios, combinándolos de acuerdo a una tecnología. Al tratarse los hospitales de órganos indiferenciados de la Seguridad Social sin personalidad jurídica, ya que ésta solamente la tiene el INSALUD, su funcionamiento interno ha de adecuarse a las normas que regulan la actividad de las Administraciones Públicas. Es decir, que la tecnología o combinación de factores de producción de estos hospitales es de carácter *administrativa-burocrática*, y esto significa importantes restricciones en cuanto a la utilización eficiente de los recursos disponibles.

Desde el punto de vista de las normas que restringen la utilización eficiente de los factores de producción, las diferencias que existen entre los hospitales del INSALUD y los de carácter privado son notables. Las más importantes son las determinadas por el marco jurídico al que están sometidos estos hospitales:

1.- En lo relativo a la financiación, se les aplica plenamente la Ley General Presupuestaria, lo cual implica que la gestión de los créditos presupuestarios es sumamente rígida. Los créditos tienen carácter vinculante, por lo que los mismos se encuentran afectos a determinados tipos de gasto, estando limitadas las posibilidades de transferir dotaciones de unos capítulos a otros. Asimismo, la gestión eficiente del presupuesto se penaliza con la anulación de los remanentes sobrantes o la transferencia de los mismos a otros hospitales.

2.- Respecto a la contratación de los factores productivos existen las siguientes limitaciones en su acceso a los mercados privados:

\* La mayor parte de su personal no se encuentra sujeta al Derecho Laboral común, sino a una normas específicas denominadas "Estatutos de Personal", que son tres, y alguno de los cuales supera incluso los treinta años de antigüedad. Estas normas configuran un marco de relaciones laborales de carácter funcional, muy rígido y en nada adecuado a las necesidades de una empresa de servicios, como es un hospital, que utiliza intensivamente el factor trabajo. También la contratación del personal está regulada por normas que determinan que la misma ha de hacerse acorde con los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, lo cual obliga a procedimientos de selección vía concurso-oposición que resultan largos y costosos. Además, estos procedimientos selectivos redundan posteriormente en una escasa movilidad del personal.

\* La adquisición y contratación de bienes y servicios se encuentra regulada por la Ley de Contratos en las Administraciones Públicas, aprobada en 1995. Esta Ley resultó fruto de una etapa de la vida pública española muy concreta, endureciendo los requisitos de publicidad y libre competencia, dando lugar a que los procedimientos de contratación se prolonguen durante varios meses hasta su adjudicación, además de requerir una considerable infraestructura administrativa para su tramitación. En esta Ley prima el principio de legalidad en la contratación sobre cualquier otro planteamiento de eficacia y economía de costes. El respeto a la Ley siempre es importante cuando se manejan fondos públicos, pero en el caso de los hospitales, que desarrollan una notable actividad mercantil de adquisición de bienes y servicios, significaría el bloqueo de su actividad si siguieran una observancia estricta de la misma.

3.- En la gestión de los pagos, las Instituciones Sanitarias se encuentran totalmente limitadas, ya que el pago material de las obligaciones es realizado por la Tesorería de la Seguridad Social, a propuesta de cada Centro de Gasto, que son las propias Instituciones Sanitarias. Como la Tesorería condiciona los pagos a sus Planes de Disposiciones de Fondos, pueden transcurrir varios meses desde que se realiza la propuesta de pago por el Centro de Gasto hasta que los proveedores ven satisfechas sus facturas. Esto significa para las Instituciones Sanitarias un encarecimiento de las compras, al tener que asumir los costes financieros por los retrasos en los pagos, además de limitar seriamente cualquier política de reducción de costes basada en el pronto pago.

4.- Asimismo, otro aspecto a considerar en la actual gestión hospitalaria es el grado de profesionalización de los directivos de las mismas. Actualmente, en el marco del INSALUD el procedimiento de selección y nombramiento de los directivos de las Instituciones Sanitarias se realiza por libre designación sin la práctica exigencia de ningún requisito previo de experiencia y aptitud profesional. En este sentido, este tipo de nombramientos se encuentran supeditados a ciertos condicionantes no estrictamente profesionales, lo que evidentemente no es bueno para la gestión de la Institución. Aunque esto no siempre es así, y resulta evidente que dada la dificultad y responsabilidad de los puestos a desempeñar quien ha de nombrarlos ha de designar personas que sean de su confianza, sería un elemento de refuerzo de una gestión más profesionalizada e independiente el que se introdujeran elementos de publicidad y capacidad en las designaciones, además de un sistema objetivo de la valoración de la gestión realizada que incluyera medidas incentivadoras y penalizadoras reales.

El marco de gestión antes expuesto condiciona en gran medida el alcance de medidas que busquen profundizar la eficiencia. En definitiva, ese marco determina la forma de combinar los factores de producción, conformando en realidad una "tecnología" de gestión. Si se entiende que la búsqueda de la eficiencia no puede estar constreñida a este entorno, se han de introducir reformas estructurales y jurídicas que permitan diseñar un nuevo modelo de gestión.

El Real Decreto-Ley 10/96, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión, se ha dirigido en esa dirección, posibilitando que las Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud cambien de marco jurídico y puedan ser gestionadas mediante fórmulas que, al menos teóricamente, permitan una utilización de los mecanismos del mercado privado. Al amparo de este Decreto-Ley se han constituido dos fundaciones, las de los hospitales de Alcorcón (Madrid) y Manacor (Baleares), cuyos estatutos tienen las siguientes notas caracterizadoras:

- \* Las fundaciones creadas tienen personalidad jurídica propia.
- \* Las nuevas fundaciones de carácter sanitario no estarán sujetas a la Ley General Presupuestaria, pudiendo acceder a otras formas de financiación, además de las dotaciones que les asignen los presupuestos públicos, incluso recurriendo a los mercados financieros.
- \* En su actividad económica no están sometidas a la Intervención Previa, sino al Control Financiero de la Intervención General de la Seguridad Social.
- \* Tampoco lo estarán a la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, teniendo sus contratos el carácter de privados.
- \* El personal a su servicio tendrán la condición de laboral, sometido al Estatuto de los Trabajadores y demás normas concordantes.

Este Real Decreto-Ley ha sido modificado en su posterior convalidación parlamentaria, ampliándose las nuevas formas de gestión no sólo a las Fundaciones sino también a las Empresas Públicas y consorcios.

La idea subyacente a la creación de estas nuevas figuras es la de que los hospitales estén plenamente desvinculadas del papel de provisión de servicios sanitarios que tiene encomendado el INSALUD. Esto es, el INSALUD como entidad provisoría contrata la producción de los servicios sanitarios con estos nuevos entes. Como además estos últimos no se encuentran sujetos a las limitaciones que han sido expuestas para los hospitales tradicionales, se supone que el comportamiento de éstos será más eficiente. Por añadidura, la eficiencia sería estimulada mediante la creación de un mercado interno en el que las instituciones sanitarias públicas competirían entre sí en la captación de pacientes y, por tanto, de recursos para financiarse. De cualquier forma, este modelo no se encuentra exento de críticas, siendo quizás las más importantes las relativas a cuestiones como los efectos sobre la equidad o si el futuro de los hospitales que demostraran una contrastada ineficiencia sería la de estar abocados al cierre.

## 7. Conclusiones sobre la eficiencia

La principal conclusión que se puede hacer sobre el grado de eficiencia del comportamiento económico del INSALUD es que a esta entidad todavía le resta un camino muy importante por recorrer a la búsqueda de una mayor optimización en la aplicación de los recursos. Si bien se han introducido cambios en las técnicas de presupuestación y en el modo de gestionar la ejecución del presupuesto, estos cambios no parecen ser suficientes para lograr un comportamiento plenamente eficiente en las instituciones sanitarias. La crítica ya no se dirige únicamente hacia la forma de utilizar el presupuesto administrativo como herramienta de gestión, sino que se hace más profunda, y llega a cuestionar la existencia misma de ese presupuesto y sus limitaciones legales como instrumento mínimo de gestión. Como alternativa más inmediata se plantea crear un nuevo marco de gestión, caracterizado por el sometimiento de la institución sanitaria al ámbito de derecho privado tanto en sus relaciones con terceros como en la forma de contratar y combinar los factores de producción. Este es el objetivo perseguido con la creación de fundaciones, empresas públicas o consorcios en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

La inmediatez de los cambios introducidos en esta dirección impiden realizar una valoración objetiva que no se sustente en juicios de valor apriorísticos. Una cuestión sí que deseo señalar, y es la idea de que los cambios han de ser globales para todo el Sistema Nacional de Salud, además de abarcar integralmente todos los aspectos de la gestión de sus instituciones sanitarias. Con esto me estoy refiriendo a que los nuevos modelos de gestión no tienen viabilidad si no se implantan a todos los hospitales, tanto nuevos como antiguos. Caso contrario la inercia de la gestión administrativa ineficiente probablemente arrastrará a los nuevos hospitales donde se les haya aplicado las reformas, convirtiéndoles en islas azotadas por el temporal en medio de un océano de hospitales gestionados de forma menos ineficiente. Se impone, por tanto, realizar las reformas rápidamente y en toda la extensión del Sistema.

No obstante, y mientras los imprescindibles cambios a mayor escala llegan, es necesario seguir avanzando en el desarrollo de los instrumentos de gestión actualmente disponibles en la mayor parte de los hospitales -presupuestación prospectiva, contabilidad analítica y costes por proceso- como resortes que contribuyen a una más eficiente asignación de los siempre limitados recursos disponibles.

Madrid, 25 de abril de 1998

## BIBLIOGRAFÍA

\* ALBI, E. (1992): "Evaluación de la eficiencia pública (el control de la eficiencia del Sector Público)", *Hacienda Pública Española*, nº 120/121.

\* ARCOS, J.; TURIEL, F. (1996): "El control y la contabilidad en la Seguridad Social" en La elaboración de los

## presupuestos de la Seguridad Social.

- \* ARGENTE, M. (1993): "El presupuesto y el control del gasto", *Presupuesto y Gasto Público*, nº 10.
- \* BAREA, J.; GÓMEZ, A. (1994): El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad.
- \* BESTARD, J.J.; SEVILLA, F.; CORELLA, I.; ELOLA, F. (1993): "La Unidad Ponderada Asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria", *Gaceta Sanitaria*, noviembre-diciembre 1993.
- \* CAÏS, J; CASTILLA, E.; DE MIGUEL, J. (1993): "Desigualdad y Morbilidad", en I Simposio sobre desigualdad y distribución de la renta y la riqueza, Fundación Argentaria.
- \* COMISIÓN EUROPEA (1996): La protección social en Europa.
- \* ELOLA, F.; SEVILLA, F.; ESPADAS, L. (1993): "Aseguramiento como Gestión del Sistema Nacional de Salud. Actividades y resultados en INSALUD gestión directa, 1992", *Presupuesto y Gasto Público*, nº 10.
- \* ESPADAS, L.; NAVARRO, C.; SÁNCHEZ, F.; TRUYOL, I. (1996): "El Presupuesto del INSALUD" en La elaboración de los presupuestos de la Seguridad Social.
- \* FERNÁNDEZ DODERO, M. (1996): "La protección Social en España" en La elaboración de los presupuestos de la Seguridad Social.
- \* FERRANDIZ, F. (1993): Estructura y Administración Sanitaria Pública en España.
- \* FREIRE, J. (1993): "Cobertura sanitaria y equidad en España" en I Simposio sobre desigualdad y distribución de la renta y la riqueza, Fundación Argentaria.
- \* GAVILANES, E. (1993): "La financiación de los hospitales en el ejercicio de 1993: el Contrato-Programa", *Presupuesto y Gasto Público* nº 10.
- \* INE (1991): *Tablas de mortalidad población española..*
- \* INSALUD (1995): Proyecto coste por proceso, Hospitales del INSALUD.
- \* INSALUD (1996): Memoria 1995.
- \* LOBO, F. (1993): "Las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud Español", *Presupuesto y Gasto Público* nº 10.
- \* LÓPEZ CASASNOVAS, G.; WAGSTAFF, A. (1988): "La combinación de factores productivos en el hospital: una aproximación a la función de producción", *Investigaciones Económicas* volumen XII, nº 2.
- \* LÓPEZ CASASNOVAS, G.; IBERN, P. (1995): "Algunas consideraciones para comprender la evolución de las cifras del gasto sanitario", *Hacienda Pública Española* nº 134.
- \* MERCK, SHARP & DOHME ESPAÑA, S.A. (1996): Sistema gráfico de información sanitaria en España.
- \* MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1995): Presupuesto INSALUD 1995, Datos y Cifras.
- \* MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1996). Presupuesto INSALUD 1996, Datos y Cifras.
- \* MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (1996): Liquidación del ejercicio de 1995 de la Seguridad Social.
- \* MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (1996): Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social, ejercicio 1997. Informe Económico- Financiero.

- \* MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (1996): Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social, ejercicio 1997.
- \* OCDE (1995): *Health Data 1995.*
- \* OCDE (1990): *Health Care Systems in Transition..*
- \* MUÑOZ, R.; FONTENLA, J. (1993): "Consideraciones sobre el análisis de eficiencia en los hospitales del INSALUD" *Presupuesto y Gasto Público* nº 10.
- \* SANFRUTOS, N. (1993): "El presupuesto sanitario en el contexto de la Seguridad Social", *Presupuesto y Gasto Público* nº 10.
- \* SEVILLA, F.; CORELLA, I.; BESTARD, J.J.; ELOLA, F. (1993): "Presupuestación Prospectiva en los hospitales del INSALUD", *Presupuesto y Gasto Público* nº 10.
- \* STIGLITZ, J.(1986): Economics of the Public Sector.
- \* URBANOS, R. (1996): "Evolución de la desigualdad de acceso y utilidad en la sanidad pública española: 1987-1993", *Documento de trabajo nº 9616, Facultad de CC. EE. y EE., Universidad Complutense de Madrid.*