

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA REFORMA SANITARIA (*)

Vicente Ortún Rubio - C.E. ESADE, Economista, M.S.I.A.

Resumen. Este trabajo contempla, sin entrar en su consideración detallada, los debates públicos recientes habidos sobre reforma sanitaria para pasar a detallar dos estrategias alternativas de evaluación de una reforma sanitaria y a recomendar una de ellas, la que da mayor protagonismo a la Administración y acompaña: a) las medidas de racionalización y mejora, b) la distribución de competencias entre poder central y poderes regionales, y c) el desarrollo de sistemas de información sanitaria. Esto permite dar paso a la creación de comités ad hoc sobre los que se consideran los temas clave de la reforma sanitaria.

Palabras clave: Reforma sanitaria, Evaluación, Métodos, Sistemas.

Resum. Aquest treball contempla, sense fer-ne consideracions detallades, els debats públics recents sobre reforma sanitària; a continuació descriu àmpliament dues estratègies alternatives d'avaluació de la Reforma Sanitària, una de les quals recomana, la que dóna més protagonisme a l'Administració i coordina: a) les mesures de racionalització i millora; b) la distribució de competències entre poder central i poders regionals; i c) el desenvolupament de sistemes d'informació sanitària. Aquesta opció permet donar pas a l'establiment de comitès ad hoc sobre els quals s'estableixen els temes clau de la reforma sanitària.

Paraules clau. Reforma sanitària, Evaluació, Mètodes, Sistemes.

Debates públicos recientes sobre Reforma Sanitaria

Son fundamentalmente dos: el que dió paso a las Propuestas de Reforma Sanitaria aprobadas por el Congreso en Mayo de 1980 (1) y el surgido a raíz del punto V.2. del Acuerdo Nacional de Empleo, que tuvo lugar a finales de 1981 y principios de 1982.

Propuestas Reforma Sanitaria aprobadas por el Congreso en Mayo 1980

La elaboración fue larga y constituyó un ensayo general de debate parlamentario con fuerte presencia de la izquierda. El producto, las propuestas de resolución, carece tanto de fuerza normativa como de carácter jerárquico. Las propuestas tampoco fueron, a la postre, desarrolladas por el Gobierno de UCD.

Comisión Seguridad Social derivada del punto V.2. del Acuerdo Nacional sobre Empleo, de Junio de 1981, firmado por Sindicatos, Empresarios y Gobierno

El punto V.2. del A.N.E. establecía que dado que las partes signantes habían coincidido en la necesidad de examinar el sistema de Seguridad Social de cara a su mejora y racionalización, la Administración elaboraría una propuesta que serviría de base para que una Comisión -integrada por representantes de la propia Administración, CEOE, UGT y CCOO- llegara a unas propuestas conjuntas con anterioridad al 31 de Enero de 1982. Ni los acuerdos se produjeron, pese a que las coincidencias no eran pocas, ni el tema era el de la reforma sanitaria. No obstante, la importancia del debate, así como el que la reforma sanitaria en España sea inseparable de la reforma de la Seguridad Social aconsejan que conside-

remos aquí los "Documentos sobre Reforma de la Seguridad Social" (2). Comentaremos dos extremos de los mismos: a) la distinción entre mejora y racionalización, por un lado, y reforma, por otro; b) lo que sobre reforma sanitaria se escribió.

a) *Mejora y racionalización versus reforma.* El documento de base presentado por la Administración se reordenó para efectuar precisamente esta distinción:

- Las medidas de racionalización y mejora en materia de asistencia sanitaria propuestas por la Administración (3) sirvieron de base, en mayor medida que sus homólogas del *Documento de Síntesis* presentado por la Presidencia de la Comisión (4), al "Programa de Mejora y Racionalización de la Seguridad Social" que el Gobierno comunicó al Congreso en Marzo de 1982 (5). Este programa incorpora alguno de los elementos de la "Reforma Sanitaria" de Mayo de 1980 (fortalecimiento de la medicina preventiva y refor-

(*) Adaptación de la 2ª parte de la ponencia "Estructura y política económica de los servicios sanitarios en España. Métodos de evaluación de la reforma sanitaria", presentada en las IJas. Jornadas de Economía de la Salud celebradas en Madrid del 17 al 19 de Febrero de 1983.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA REFORMA SANITARIA (*)

Vicente Ortún Rubio - C.E. ESADE, Economista, M.S.I.A.

Resumen. Este trabajo contempla, sin entrar en su consideración detallada, los debates públicos recientes habidos sobre reforma sanitaria para pasar a detallar dos estrategias alternativas de evaluación de una reforma sanitaria y a recomendar una de ellas, la que da mayor protagonismo a la Administración y acompaña: a) las medidas de racionalización y mejora, b) la distribución de competencias entre poder central y poderes regionales, y c) el desarrollo de sistemas de información sanitaria. Esto permite dar paso a la creación de comités ad hoc sobre los que se consideran los temas clave de la reforma sanitaria.

Palabras clave: Reforma sanitaria, Evaluación, Métodos, Sistemas.

Resum. Aquest treball contempla, sense fer-ne consideracions detallades, els debats públics recents sobre reforma sanitària; a continuació descriu àmpliament dues estratègies alternatives d'avaluació de la Reforma Sanitària, una de les quals recomana, la que dóna més protagonisme a l'Administració i coordina: a) les mesures de racionalització i millora; b) la distribució de competències entre poder central i poders regionals; i c) el desenvolupament de sistemes d'informació sanitària. Aquesta opció permet donar pas a l'establiment de comitès ad hoc sobre els quals s'estableixen els temes clau de la reforma sanitària.

Paraules clau. Reforma sanitària, Evaluació, Mètodes, Sistemes.

Debates públicos recientes sobre Reforma Sanitaria

Son fundamentalmente dos: el que dió paso a las Propuestas de Reforma Sanitaria aprobadas por el Congreso en Mayo de 1980 (1) y el surgido a raíz del punto V.2. del Acuerdo Nacional de Empleo, que tuvo lugar a finales de 1981 y principios de 1982.

Propuestas Reforma Sanitaria aprobadas por el Congreso en Mayo 1980

La elaboración fue larga y constituyó un ensayo general de debate parlamentario con fuerte presencia de la izquierda. El producto, las propuestas de resolución, carece tanto de fuerza normativa como de carácter jerárquico. Las propuestas tampoco fueron, a la postre, desarrolladas por el Gobierno de UCD.

Comisión Seguridad Social derivada del punto V.2. del Acuerdo Nacional sobre Empleo, de Junio de 1981, firmado por Sindicatos, Empresarios y Gobierno

El punto V.2. del A.N.E. establecía que dado que las partes signantes habían coincidido en la necesidad de examinar el sistema de Seguridad Social de cara a su mejora y racionalización, la Administración elaboraría una propuesta que serviría de base para que una Comisión integrada por representantes de la propia Administración, CEOE, UGT y CCOO- llegara a unas propuestas conjuntas con anterioridad al 31 de Enero de 1982. Ni los acuerdos se produjeron, pese a que las coincidencias no eran pocas, ni el tema era el de la reforma sanitaria. No obstante, la importancia del debate, así como el que la reforma sanitaria en España sea inseparable de la reforma de la Seguridad Social aconsejan que conside-

remos aquí los "Documentos sobre Reforma de la Seguridad Social" (2). Comentaremos dos extremos de los mismos: a) la distinción entre mejora y racionalización, por un lado, y reforma, por otro; b) lo que sobre reforma sanitaria se escribió.

a) *Mejora y racionalización versus reforma.* El documento de base presentado por la Administración se reordenó para efectuar precisamente esta distinción:

- Las medidas de racionalización y mejora en materia de asistencia sanitaria propuestas por la Administración (3) sirvieron de base, en mayor medida que sus homólogas del Documento de Síntesis presentado por la Presidencia de la Comisión (4), al "Programa de Mejora y Racionalización de la Seguridad Social" que el Gobierno comunicó al Congreso en Marzo de 1982 (5). Este programa incorpora alguno de los elementos de la "Reforma Sanitaria" de Mayo de 1980 (fortalecimiento de la medicina preventiva y refor-

zamiento de la medicina familiar por ejemplo).

Las medidas de reforma presentadas en el documento de la Administración (6) plantean "la realización por el Estado y las Comunidades Autónomas, de la actual asistencia de la Seguridad Social. Son varios los efectos prácticos de esta medida. En primer lugar, permitirá una mayor integración de todos los dispositivos asistenciales públicos, con el consiguiente abaratamiento de la gestión de sus servicios (como un efecto del desequilibrio que se ha venido produciendo en el curso de los años entre los colectivos protegidos y los medios asistenciales se ha generado el hecho de que, en la actualidad, los centros de la Seguridad Social estén en su mayoría sobrecargados, mientras que otros centros públicos presentan bajos coeficientes de utilización). Además, facilitaría una planificación más racional de sus servicios. La integración unitaria y coordinada de todos los actuales ordenamientos, instituciones y regímenes públicos relacionados con la Sanidad se traduciría en un primer paso universalizador en la protección de la salud y plataforma indispensable para evaluar futuras acciones en la misma dirección". La financiación sería fiscal y la universalización a toda la población gradual.

b) *Reforma sanitaria.* La propuesta del documento de la Administración (ver punto anterior) es aceptada, en líneas generales, por la CEOE, UGT y CCOO. El documento de síntesis presentado por la Presidencia de la Comisión no recogía tales coincidencias por considerar que no era objeto de la Comisión Tripartita

de Seguridad Social la discusión de las medidas de reforma. Pasó a elevarlas al Gobierno sin deliberación de la Comisión (7).

La CEOE acepta la asistencia sanitaria como prestación básica universal y financiada por impuestos siempre que:

1) quepa la gestión privada de instituciones financiadas con fondos públicos, 2) accidentes de trabajo y enfermedades profesionales queden en un segundo nivel profesional y contributivo (8)

La CEOE sabe distinguir muy bien entre financiación pública y provisión pública.

CCOO defiende la universalización de la asistencia sanitaria y señala en su documento la necesidad de determinar claramente cómo se llega a la misma (9).

UGT también propugna un sector universal no contributivo para la asistencia sanitaria con un contenido ampliado, que incluyera "a medio plazo el internamiento psiquiátrico y a más largo plazo la mejora de la asistencia odontológica" (10).

Parecía existir acuerdo entre las partes en relación a la conveniencia de estudiar pausadamente la reforma antes de emprenderla. El documento de síntesis solicita se cree una Comisión de Expertos a tal efecto.

Métodos de evaluación de la Reforma Sanitaria

La política sanitaria es, valga la tautología, sustantivamente política. Si la reforma ha de tener un sentido progresista resulta indispensable la participación de la población para la fijación de prioridades,

control de resultados y respaldo al proceso de reforma. No debe olvidarse que una reforma sanitaria para la población no puede realizarse, ni siquiera en apariencia, contra la población; y una sociedad muy medicalizada puede rechazar reformas progresistas (insistencia en la prevención primaria, racionalización del consumo farmacéutico, etc.) si el debate ideológico continúa dominado por las fuerzas más conservadoras.

Evaluar las implicaciones de la reforma sanitaria no puede ser patrimonio exclusivo de nadie. Los epidemiólogos presentan su disciplina como luz y guía de la política sanitaria (11), los sociólogos recuerdan el carácter cultural y heterogéneo de la técnica médica lo que implica que los instrumentos de gestión, de control, de planificación, no conduzcan automáticamente a los efectos supuestos (12), y los economistas -por cerrar aquí la relación- pretenden evaluar todo. Cada grupo profesional tiene su razón y puede contribuir de forma apreciable a la necesaria valoración de la reforma sanitaria para evitar que se repitan los catálogos no cuantificados de buenas intenciones tipo "Reforma Sanitaria" de Mayo 1980.

¿Cómo evaluar las implicaciones de la Reforma Sanitaria?

Presentamos dos procedimientos alternativos: 1) Vía un Comité de Reforma, y 2) En cuatro etapas, con fuerte protagonismo de la Administración, y substituyendo un Comité global por varios comités ad hoc para los que consideramos temas clave de la reforma sanitaria.

(*) Adaptación de la 2ª parte de la ponencia "Estructura y política económica de los servicios sanitarios en España. Métodos de evaluación de la reforma sanitaria", presentada en las IIas. Jornadas de Economía de la Salud celebradas en Madrid del 17 al 19 de Febrero de 1983.

1. El instrumento del Comité de Expertos

El Comité de Expertos, como el sugerido por la Comisión de Seguridad Social creada en cumplimiento del punto V.2. del A.N.E. (13), puede ser una vía. No obstante, la complejidad del posible guión de trabajo de una Comisión de este tipo (ver cuadro nº1), la necesidad frecuente de adoptar decisiones políticas para seguir con el mismo, y -especialmente- la necesidad de acompañar desde la autoridad sanitaria:

- a) racionalización y mejora
- b) reforma
- c) distribución de competencias entre poder central y poderes regionales (implantación del Estado de las Autonomías), nos hacen preferir aquí y ahora un método de trabajo alternativo.

2. Método de cuatro etapas

Las tres primeras pueden ser abordadas con relativa simultaneidad desde la Administración; la cuarta seguiría a las anteriores. Son las siguientes:

1ª etapa. Las autoridades sanitarias, desde unas plataformas de coordinación hoy inexistentes, pueden desarrollar ya medidas de *racionalización y mejora*. Así, y haciendo referencia a los rasgos distintivos de nuestro sistema sanitario: el integrar la actuación de las diferentes administraciones sanitarias públicas y el ejercer el control que corresponde a la importancia del gasto sanitario público a través de instrumentos de política ya existentes como los conciertos asistenciales y las autorizaciones previas, el actuar sobre la

calidad y dimensión de los centros, etc.

2ª etapa. La *distribución de competencias* entre poder central y poderes regionales, de nuevo desde plataformas de coordinación, debe salir de su actual estado fluido en la medida que se dote a las autonomías de instrumentos de gestión y servicios centrales suficientes. Ello no tiene por qué entorpecer la definición del modelo sanitario, objeto de la reforma sanitaria y competencia exclusiva del Estado.

3ª etapa. Convertir los datos de información: *desarrollar sistemas de información sanitaria*. Planificar, ejecutar y controlar son las tres fases de proceso de gestión. Se proyecta la acción, se ejecuta y la información -el control- de lo que realmente ha ocurrido retroalimenta el centro decisor. Los centros decisorios sanitarios han estado muy "subretroalimentados", los saldos no dispuestos del presupuesto y las noticias de prensa parecían ser suficientes para guiar la gestión "por excepción".

Un sistema de información sanitaria (o de control de gestión en terminología más empresarial) debe impulsarse desde la propia Administración y en función de los objetivos de ésta. Teniendo presente el coste de la información muy probablemente se planteará el conocimiento de:

A) *La necesidad:* Mortalidad, natalidad, fecundidad, morbilidad hospitalaria y extrahospitalaria, incapacidad, invalidez y ciertos factores de riesgo son datos que pueden tenerse con relativa facilidad. La morbilidad extrahospitalaria, que no sea la de declaración obligatoria ya recogida, puede obtenerse por medio de encues-

tas permanentes a profesionales sanitarios.

B) *La oferta:* Personal, instalaciones y tecnología. Su distribución, dependencia, calidad, etc.

C) *La utilización de los recursos asistenciales* (por ejemplo análisis por ingresado, ocupación de quirófanos, consumo de cefalosporinas, porcentaje de acciones correctoras sobre anomalías detectadas en los exámenes de salud escolar, etc). En este apartado de utilización se incluye el conocimiento de los flujos de pacientes dentro del sistema sanitario así como los de entrada y salida del mismo, y muy especialmente la gestión de capacidades y colas.

D) *El gasto sanitario* por centros de coste significativos (responsables de decisiones) y según clasificaciones y procedimientos análogos.

Cada una de las cuatro áreas de conocimiento se relaciona entre sí (p. e. gasto por tipo de necesidad, actividad o componente de oferta) y pueden -en su conjunto- tener traducciones espectaculares en política sanitaria, así la tan lógica como inédita distribución de recursos presupuestarios según alguna medida de necesidad (la mortalidad estandarizada por sexo y edad sirvió a los británicos).

El control presupuestario en los centros -o agrupaciones de centros- sanitarios es una aplicación de los sistemas de información sanitaria que recibe aproximaciones diversas (PPBS, presupuesto por objetivos, presupuesto por programas) y está mucho más difundida en nuestro país que la concepción global de sistemas de información sanitaria.

En esencia se trata de rela-

1. El instrumento del Comité de Expertos

El Comité de Expertos, como el sugerido por la Comisión de Seguridad Social creada en cumplimiento del punto V.2. del A.N.E. (13), puede ser una vía. No obstante, la complejidad del posible guión de trabajo de una Comisión de este tipo (ver cuadro nº1), la necesidad frecuente de adoptar decisiones políticas para seguir con el mismo, y -especialmente- la necesidad de acompañar desde la autoridad sanitaria:

- a) racionalización y mejora
- b) reforma
- c) distribución de competencias entre poder central y poderes regionales (implantación del Estado de las Autonomías), nos hacen preferir aquí y ahora un método de trabajo alternativo.

2. Método de cuatro etapas

Las tres primeras pueden ser abordadas con relativa simultaneidad desde la Administración; la cuarta seguiría a las anteriores. Son las siguientes:

1ª etapa. Las autoridades sanitarias, desde unas plataformas de coordinación hoy inexistentes, pueden desarrollar ya medidas de *racionalización y mejora*. Así, y haciendo referencia a los rasgos distintivos de nuestro sistema sanitario: el integrar la actuación de las diferentes administraciones sanitarias públicas y el ejercer el control que corresponde a la importancia del gasto sanitario público a través de instrumentos de política ya existentes como los conciertos asistenciales y las autorizaciones previas, el actuar sobre la

calidad y dimensión de los centros, etc.

2ª etapa. La *distribución de competencias* entre poder central y poderes regionales, de nuevo desde plataformas de coordinación, debe salir de su actual estado fluido en la medida que se dote a las autonomías de instrumentos de gestión y servicios centrales suficientes. Ello no tiene por qué entorpecer la definición del modelo sanitario, objeto de la reforma sanitaria y competencia exclusiva del Estado.

3ª etapa. Convertir los datos de información: *desarrollar sistemas de información sanitaria*. Planificar, ejecutar y controlar son las tres fases de proceso de gestión. Se proyecta la acción, se ejecuta y la información -el control- de lo que realmente ha ocurrido retroalimenta el centro decisor. Los centros decisivos sanitarios han estado muy "subretroalimentados", los saldos no dispuestos del presupuesto y las noticias de prensa parecían ser suficientes para guiar la gestión "por excepción".

Un sistema de información sanitaria (o de control de gestión en terminología más empresarial) debe impulsarse desde la propia Administración y en función de los objetivos de ésta. Teniendo presente el coste de la información muy probablemente se planteará el conocimiento de:

A) **La necesidad:** Mortalidad, natalidad, fecundidad, morbilidad hospitalaria y extrahospitalaria, incapacidad, invalidez y ciertos factores de riesgo son datos que pueden tenerse con relativa facilidad. La morbilidad extrahospitalaria, que no sea la de declaración obligatoria ya recogida, puede obtenerse por medio de encues-

tas permanentes a profesionales sanitarios.

B) **La oferta:** Personal, instalaciones y tecnología. Su distribución, dependencia, calidad, etc.

C) **La utilización de los recursos asistenciales** (por ejemplo análisis por ingresado, ocupación de quirófanos, consumo de cefalosporinas, porcentaje de acciones correctoras sobre anomalías detectadas en los exámenes de salud escolar, etc). En este apartado de utilización se incluye el conocimiento de los flujos de pacientes dentro del sistema sanitario así como los de entrada y salida del mismo, y muy especialmente la gestión de capacidades y colas.

D) **El gasto sanitario** por centros de coste significativos (responsables de decisiones) y según clasificaciones y procedimientos análogos.

Cada una de las cuatro áreas de conocimiento se relaciona entre sí (p. e. gasto por tipo de necesidad, actividad o componente de oferta) y pueden -en su conjunto- tener traducciones espectaculares en política sanitaria, así la tan lógica como inédita distribución de recursos presupuestarios según alguna medida de necesidad (la mortalidad estandarizada por sexo y edad sirvió a los británicos).

El control presupuestario en los centros -o agrupaciones de centros- sanitarios es una aplicación de los sistemas de información sanitaria que recibe aproximaciones diversas (PPBS, presupuesto por objetivos, presupuesto por programas) y está mucho más difundida en nuestro país que la concepción global de sistemas de información sanitaria.

En esencia se trata de rela-

cionar actividades previstas con su correspondiente nivel de gastos a un nivel de eficiencia histórica y culturalmente satisfactorio.

4ª etapa. Efectuando un diagnóstico de la situación y establecidas prioridades de política teniendo en cuenta:

a) Contradicciones entre prioridades: sanitarias; sanitarias y de otro tipo (económicas por ejemplo).

b) Recursos disponibles y marco de actuación.

c) Presiones populares, cobra mayor sentido *crear comités ad hoc por grandes temas de reforma sanitaria*, de los cuales no debería esperarse tan sólo un dictamen sino también la creación de un cierto clima de consenso que allanara el camino a la posible implantación posterior de la estrategia recomendada.

Las prioridades (nosológicas, geográficas, por grupos de riesgo especial, por tipos de actividad o por grandes programas) se traducen en finalidades que deberán cuantificarse (aunque sea en términos aproximados), para convertirse en objetivos respecto a los cuales evaluar posteriormente el grado de cumplimiento. El presupuesto por programas, con existencia legal pero todavía de escasa efectividad, constituye un instrumento idóneo para la mencionada cuantificación de prioridades y evaluación ulterior.

Establecido ya el propósito de universalizar las prestaciones asistenciales de la Seguridad Social y el de financiarlas mediante impuestos (14), creemos que *los temas clave de reforma sanitaria que merecen comités ad hoc son los siguientes:*

A. Acotación del campo sani-

tario. Actuaciones sobre la salud desde fuera del sistema sanitario.

B. Equidad versus eficiencia. ¿Hasta qué punto debe perseguirse la equidad a través de la asistencia sanitaria?

C. Coste y beneficios sociales de universalizar la asistencia sanitaria.

D. Financiación pública versus provisión pública de la asistencia sanitaria.

E. Oferta y demanda de profesionales sanitarios. Conveniencia y modalidades de las regulaciones de oferta.

F. Los niveles asistenciales y la integración de la atención sanitaria.

G. Incentivos.

Comentaremos brevemente, para acabar, cada uno de los temas propuestos.

Acotación del campo sanitario.

Actuaciones sobre la salud desde fuera del sistema sanitario

Sabemos que sobre la salud y la enfermedad influyen numerosos factores (herencia, entorno, comportamiento, organización del trabajo, etc.) y que el sistema sanitario es uno de ellos. Conocemos igualmente estudios que señalan el relevo histórico de aquellas variables que han tenido o tienen mayor poder predictivo sobre la salud: renta, terapéutica (15) y educación (16). No podemos seguir sorprendiéndonos, por tanto, de que mayores gastos sanitarios en sanidad produzcan mejoras decrecientes en los indicadores tradicionales de salud (esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad específica por causas, etc.), porque 1) los gastos en sanidad no son sino un factor de influencia más -que por otra

parte dependen en mayor grado de la renta que de la necesidad (17)- y 2) los indicadores tradicionales de salud no reflejan gran parte de las actuales actividades del sistema sanitario (así la psicoterapia, que la medicina personalizada supone, el efecto tranquilizador de los diagnósticos negativos -sobre una protuberancia en el pecho de una mujer, p.e.- o los tratamientos sintomáticos o paliativos) (18).

Existen precedentes progresistas, revolucionarios (19) o socialdemócratas (20), de políticas de salud que han ampliado el campo sanitario tradicional, o si se prefiere que han actuado sobre la salud desde fuera del sistema sanitario, y que han tenido éxito. Económicamente podría decirse que son políticas que han tendido a igualar los beneficios marginales de todas las formas alternativas de actuar sobre la salud. Un estudio de este tipo debería basarse necesariamente en el conocimiento de los factores de riesgo de las principales causas de enfermedad (atendiendo a criterios de años de vida perdidos, incapacidad causada o los que se estimasen convenientes) de nuestro país para recomendar las actuaciones sobre los mismos que el sistema pudiera admitir (sí el penalizar los comportamientos imprudentes -conducir borracho, sin cinturón de seguridad- no el atentar contra la división del trabajo).

Equidad versus eficiencia. ¿Hasta qué punto debe perseguirse la equidad a través de la asistencia sanitaria?

Equidad y eficiencia son los dos criterios normativos de política sanitaria más amplia-

mente aceptados que, no obstante contradicciones que obligan a compensaciones (trade-offs) entre ambos criterios. Proponer cuáles han de ser estas compensaciones en el contexto de la necesaria distribución geográfica del gasto sanitario público de acuerdo a criterios de necesidad (21) sería la primera tarea de este comité. La segunda tarea está relacionada con la persecución de la equidad por clases sociales y la discusión de la potencia del sistema sanitario para conseguirla. Dos aportaciones recientes, la segunda de gran impacto, deben ser mencionadas aquí: Wildavsky (22) y el Informe Black (23). Wildavsky menciona un doble desplazamiento de objetivos en política sanitaria: *cuidado* en lugar de *salud* y *acceso* en lugar de *cuidado*; el Informe Black señaló cómo treinta años de ausencia de barreras económicas para acceder al sistema sanitario (National Health Service) no han conseguido eliminar las diferencias en estado de salud según clases sociales.

Este Comité debería considerar actuaciones alternativas (redistribución renta, educación, etc.) que permitiesen una reducción de las diferencias en estado de salud según clases sociales después, claro está, de haber llegado a una cuantificación de las mismas, tarea inédita en nuestro país que topará con la dificultad de validar previamente las variables aproximadas substitutivas de clase social -como la profesión que recogen los boletines estadísticos de defunción- que probablemente deberán utilizarse.

Coste y beneficios sociales de universalizar la asistencia sanitaria

Existe un trabajo no publicado sobre esta particular: el realizado por el *Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social* en noviembre de 1981 que cifró 106.000 millones de pesetas el coste de universalizar la asistencia sanitaria (24). Se trataría de profundizar sobre el particular y recomendar: 1) una estrategia de integración de servicios públicos que liberase recursos actualmente duplicados o insuficientemente utilizados, y 2) unos mecanismos de racionamiento más eficaces y equitativos que los actuales (colas, influencia, etc.).

Financiación pública versus provisión pública de la asistencia sanitaria

El Estado puede suministrar los servicios sanitarios que se aprueban en los presupuestos o bien financiar directamente, o a través de un sistema de Seguridad Social tutelado por el Estado, los servicios prescritos por los profesionales sanitarios. Este último sistema, el de financiación, depende en mayor medida de cómo los profesionales sanitarios interpretan la demanda del usuario -la llamada relación de agencia- y hace más difícil el establecimiento de prioridades y la contención de los costes. Estos inconvenientes del sistema de financiación tratamiento tratan de evitarse a través de variantes que eviten que el sistema "pague desproporcionadamente los costos de la atención sanitaria que busca la gente cuando está enferma" (25). Así tenemos los "Health Maintenance Organi-

zations" que contratan la provisión de atención sanitaria total e interesan a los profesionales en la prevención, o los intentos recientes de Medic-Aid (una financiera) en California que quiere también contratar por una cifra global la atención a sus asegurados (26) -versus al actual sistema de pago por acto- aproximándose así a lo que un sistema de provisión permite.

Este Comité debería prestar especial atención a la reforma italiana que, partiendo de un sistema de propiedad múltiple, no integrado y poco equitativo, ha combinado la universalización de la asistencia sanitaria financiada por impuestos con una fuerte regionalización de la planificación y gestión (27).

Económicamente hablando, el debate provisión versus financiación ofrece una fisura interesante en el principio de soberanía del consumidor: la cantidad que una persona está dispuesta a pagar por una reducción determinada de su probabilidad de muerte está relacionada positivamente con el nivel de la probabilidad (28), lo cual explica una demanda de cuidado cuando se está enfermo "irracionalmente" superior a la demanda de prevención que se formula cuando se está sano.

Oferta y demanda de profesionales sanitarios. Conveniencia y modalidades de las regulaciones de oferta.

Hemos visto que éramos el segundo país del mundo en número de médicos por cama y sabemos que la explosión médica 1) impide su substitución por otros trabajadores menos caros, 2) aumenta las

mente aceptados que, no obstante contradicciones que obligan a compensaciones (trade-offs) entre ambos criterios. Proponer cuáles han de ser estas compensaciones en el contexto de la necesaria distribución geográfica del gasto sanitario público de acuerdo a criterios de necesidad (21) sería la primera tarea de este comité. La segunda tarea está relacionada con la persecución de la equidad por clases sociales y la discusión de la potencia del sistema sanitario para conseguirla. Dos aportaciones recientes, la segunda de gran impacto, deben ser mencionadas aquí: Wildavsky (22) y el Informe Black (23). Wildavsky menciona un doble desplazamiento de objetivos en política sanitaria: *cuidado* en lugar de *salud* y *acceso* en lugar de *cuidado*; el Informe Black señaló cómo treinta años de ausencia de barreras económicas para acceder al sistema sanitario (National Health Service) no han conseguido eliminar las diferencias en estado de salud según clases sociales.

Este Comité debería considerar actuaciones alternativas (redistribución renta, educación, etc.) que permitiesen una reducción de las diferencias en estado de salud según clases sociales después, claro está, de haber llegado a una cuantificado de las mismas, tarea inédita en nuestro país que topará con la dificultad de validar previamente las variables aproximadas substitutivas de clase social -como la profesión que recogen los boletines estadísticos de defunción- que probablemente deberán utilizarse.

Coste y beneficios sociales de universalizar la asistencia sanitaria

Existe un trabajo no publicado sobre esta particular: el realizado por el *Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social* en noviembre de 1981 que cifró 106.000 millones de pesetas el coste de universalizar la asistencia sanitaria (24). Se trataría de profundizar sobre el particular y recomendar: 1) una estrategia de integración de servicios públicos que liberase recursos actualmente duplicados o insuficientemente utilizados, y 2) unos mecanismos de racionamiento más eficaces y equitativos que los actuales (colas, influencia, etc.).

Financiación pública versus provisión pública de la asistencia sanitaria

El Estado puede suministrar los servicios sanitarios que se aprueban en los presupuestos o bien financiar directamente, o a través de un sistema de Seguridad Social tutelado por el Estado, los servicios prescritos por los profesionales sanitarios. Este último sistema, el de financiación, depende en mayor medida de cómo los profesionales sanitarios interpreten la demanda del usuario -la llamada relación de agencia- y hace más difícil el establecimiento de prioridades y la contención de los costes. Estos inconvenientes del sistema de financiación tratamiento tratan de evitarse a través de variantes que eviten que el sistema "pague desproporcionadamente los costos de la atención sanitaria que busca la gente cuando está enferma" (25). Así tenemos los "Health Maintenance Organi-

zations" que contratan la provisión de atención sanitaria total e interesan a los profesionales en la prevención, o los intentos recientes de *Medic-Aid* (una financiera) en California que quiere también contratar por una cifra global la atención a sus asegurados (26) -versus al actual sistema de pago por acto- aproximándose así a lo que un sistema de provisión permite.

Este Comité debería prestar especial atención a la reforma italiana que, partiendo de un sistema de propiedad múltiple, no integrado y poco equitativo, ha combinado la universalización de la asistencia sanitaria financiada por impuestos con una fuerte regionalización de la planificación y gestión (27).

Económicamente hablando, el debate provisión versus financiación ofrece una fisura interesante en el principio de soberanía del consumidor: la cantidad que una persona está dispuesta a pagar por una reducción determinada de su probabilidad de muerte está relacionada positivamente con el *nivel* de la probabilidad (28), lo cual explica una demanda de cuidado cuando se está enfermo "irracionalmente" superior a la demanda de prevención que se formula cuando se está sano.

Oferta y demanda de profesionales sanitarios. Conveniencia y modalidades de las regulaciones de oferta.

Hemos visto que éramos el segundo país del mundo en número de médicos por cama y sabemos que la explosión médica 1) impide su substitución por otros trabajadores menos caros, 2) aumenta las

subespecialidades, 3) hace que pesen más las prioridades de los médicos que las de los pacientes (29) y 4) constituye un factor inflacionario.

Entre los profesionales sanitarios el estudio de oferta y demanda debe poner el énfasis en los médicos ya que su evolución condiciona en gran medida la de otros colectivos de profesionales sanitarios.

Los niveles asistenciales y la integración de la atención sanitaria.

Los niveles asistenciales constituyen una primera plasmación de la función de producción del sector sanitario (la relación entre cantidad de producto y diversas combinaciones de factores). En nuestro sistema sanitario no existe correspondencia entre la complejidad de la patología que llega a los hospitales y los medios materiales y humanos que la atienden. Todo el mundo sabe que la solución pasa por la mejora de la asistencia primaria; la tarea del Comité no sería repetirlo sino:

1) Determinar niveles de asistencia. Muy especialmente decidir la ubicación de los especialistas extrahospitalarios (30). 2) Recomendar la estrategia de salida del hospitalcentrismo teniendo presentes todas las corrientes contrarias (formación médica fundamentalmente hospitalaria, prestigio social y categoría económica asociadas a las superespecialidades, etc.)

Incentivos

El hallazgo más importante del "National Council on Health Planning and Development" de Estados Unidos en relación al tema productividad y salud

fue el de que la mayor parte de los incentivos (a profesionales, consumidores e instituciones) utilizados en el sector sanitario no conducen a una preocupación por la larga mejora de la eficiencia productiva. Consecuentemente, gran parte de las recomendaciones se centraban en esta variable (31).

Los incentivos ni son sólo económicos (pueden ser profesionales, educativos, climáticos, etc.) ni únicamente alentadores (cabe que sean disuasorios). Cualquier política que pretenda cambiar comportamientos humanos, y una reforma sanitaria es evidentemente una de ellas, ha de garantizar un sistema de incentivos que dé coherencia a la política que se propone. Los incentivos que actualmente operan sobre los profesionales en muchas instituciones sanitarias de nuestro país llevan al crecimiento y expansión del servicio en que se trabaja buscando el máximo prestigio e independencia y soslayando la colaboración con los vecinos o el efecto sanitario global de los objetivos particulares de cada profesional. Por otra parte, la operatoria normal -al menos respecto a aquellos pacientes cubiertos por la Seguridad Social- supone que se

indican todos los servicios que desde el punto de vista médico son *necesarios* (el beneficio para el paciente es positivo, lo cual ocurre frecuentemente del *Principio de Incertidumbre Médica*: siempre hay alguna cosa más que puede hacerse), que son *demandados* (porque el coste marginal para el paciente es cero o muy bajo) y que son suministrados (porque los proveedores son totalmente reembolsados), pero que significa unos beneficios que, en algún sentido, valen menos que el coste inicial total (32).

Todos los sistemas, públicos y privados, se enfrentan al mismo problema: existen pocos incentivos para que los que efectivamente toman gran parte de las decisiones -los médicos- actúen de forma eficiente (33). El tema abarca aspectos relativamente estudiados como los efectos de diversas formas de pago a los médicos (sueldos, por acto, capítativas o una combinación de las anteriores) o los ensayos efectuados para intentar reducir el divorcio responsabilidad administrativa/responsabilidad clínica. En nuestro país este Comité tendrá el problema adicional de recomendar cómo se da coherencia a una *Reforma*.

Posible Guión de trabajo de una Comisión de Reforma Sanitaria.

1. Encargo recibido.

Definición del problema y acotamiento de las grandes finalidades.

2. Situación sanitaria.

Marco legal y político (Constitución, Estatutos, Adhesión a la CEE).

Necesidad.

Oferta, utilización y gasto sanitario.

Diagnóstico principales problemas según: 1) importancia, 2) vulnerabilidad a la intervención, y 3) relación coste efectividad de la misma cara a la obtención de las finalidades dadas.

3. Impacto cambios sociales y económicos en:

a) Situación sanitaria (Demografía, Paro, Reconversión Industrial, etc.).

b) Política sanitaria (Concentración industria farmacéutica y electromédica p.e.).

Consideración de diferentes alternativas de:

Crecimiento del PNB.

Variación del porcentaje de recursos dedicados a Sanidad.

4. Cuantificación de finalidades (objetivos) y especificación de medidas.

Diferentes estrategias para conseguir mejoras de salud. Consideración de experiencias extranjeras relevantes.

Contradicciones entre objetivos sanitarios y sanitarios y económicos.

Impacto Política Sanitaria en Economía (Ocupación, Balanza de Pagos, etc.).

Consideración de las medidas alternativas para cada objetivo según los criterios normativos de: 1) eficacia y efectividad, 2) eficiencia, 3) equidad, y 4) coherencia de las medidas entre sí y respecto al sistema social.

5. Estrategia recomendada para la implantación de las medidas de Reforma Sanitaria.

Insistiendo en las variables clave de financiación, personal, incentivos y participación.

Bibliografía

- (1) *Reforma Sanitaria. Propuestas de Resolución aprobadas por el Pleno del Congreso.* Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie G, núm. 3-II de 14 de Mayo, 1980.
- (2) Publicados como suplemento al número 12/13 de "Papeles de Economía Española".
- (3) "Papeles de Economía Española", op. cit., pag. 7.
- (4) "Papeles de Economía Española", op. cit., pag. 142.
- (5) *Programa de Mejora y Racionalización de la Seguridad Social. Comunicación del Gobierno.* Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, serie G, núm. 8-I de 22 de Abril 1982.
- (6) "Papeles de Economía Española", op. cit., pag. 17.
- (7) *Documento de Síntesis presentado por la Presidencia de la Comisión*, en "Papeles de Economía Española", suplemento al nº 12/13, pag. 148.
- (8) *Posición de CEOE en materia de Seguridad Social en cumplimiento del punto V.2 del ANE.* en "Papeles de Economía Española", op. cit., pags. 49 y 51.

(9) *Crítica de la Confederación Sindical de CCOO al Documento Presentado por la Administración a la Comisión de Seguridad Social*, en "Papeles de Economía Española", op. cit., pags. 72-73.

(10) *Posición de UGT ante la propuesta de la Administración sobre racionalización y mejora de la Seguridad Social*, en "Papeles de Economía Española", op. cit., pag. 124.

(11) Ver, p.e., TERRIS, Milton. *La epidemiología como guía de la política sanitaria.* "Foro Mundial de la Salud", 2(4): 640-653 (1981).

(12) Ver, p.e., KERVASDOUE, Jean de. *Les politiques de santé sont-elles adaptées à la pratique de la médecine?* SOCIOLOGIE DU TRAVAIL 3-79, Placard 5.

(13) *Documento de Síntesis presentado por la Presidencia de la Comisión*, en "Papeles de Economía Española", suplemento al nº 12-13, pag. 148.

(14) *Declaraciones Ministro de Trabajo y Seguridad Social recogidas en el País de 21 de Diciembre de 1982.*

(15) Mc KEOWN, Thomas. *The role of Medicine.* Oxford, Basil Blackwell, 1979.

(16) GROSSMAN, Michael. *The correlation between health and schooling.* Conference on research on income and wealth, Household Production and Consumption, Tanional Bureau of Economic Research, E.E.U.U.

(17) NEWHOUSE, Joseph P. *Medical-Care Expenditure: A cross-national survey*, en "The Journal of Human Resources", XII, 1 (1977).

(18) Mc DERMOTT, Walsh. *Medicina: el bien público y el individuo*, en "Foro Mundial de la Salud", 1 (1.2): 144-145 (1980).

(19) *El Sistema Nacional de Salud en Cuba. Antecedentes, Situación Actual, Perspectivas.* Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, 1978.

(20) LALONDE, Marc. *A nec perspective on the health of Canadians.* A working Document. Ottawa, Canadá, Department of National Health and Welfare, 1974.

(21) BOHIGAS, Li. y ORTUN, V. *La distribución del gasto sanitario público en España. Análisis y propuestas.* Ponencia presentada en las Primeras Jornadas sobre Economía de la Salud, Barcelona, Diciembre 1980.

(22) WILDAVSKY, Aaron. *Doing better and feeling worse: The Political Pathology of Health in the U.S.* Editado por John H. Knowles, Nueva York, W.W. Norton & Company Inc. 1977.

(23) *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, DHSS, 1980.

(24) Citado por Fuentes Quintana y otros en *Estrategia para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social*, pag. 88, "Papeles de Economía Española", nº 12/13.

(25) ABEL-SMITH, Brian. *Health care in cold economic climate*, en "The Lancet", 14 Febrero 1981, pag. 374.

(26) *Less choice, less cost*, en "The Economist", 24 Julio 1982, pag. 28.

(27) BRENNAN, Antonio. *Regionalización de los servicios de salud en Italia*, ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Economía de la Salud.

(28) FUCHS, Victor. *Economics, Health and Post-Industrial Society*, pag. 12 en "Economics and Health Care, a Milbank Reader", editado por John B. Mc Kinlay, The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 1981.

(29) GRAY, Alastair and MOONEY, Gavin. *Scotland's Health and Health Care.* Health Economics Research Unit. Discussion paper nº 11/81, pag. 17.

(30) La "Reforma Sanitaria" de Mayo de 1980 estableció, en su epígrafe 12, 3 niveles: medicina familiar, especialistas y hospitales.

(31) U.S. Department of Health and Human Services. *Productivity and Health.* Report of the National Council on Health Planning and Development. DHSS Publication nº (HRA) 80-14022. Agosto 1980, pag. 10.

(32) AARON, Henry. "Economic aspects of the role of Government in Health Care", en *Health, Economics and Health Economics.* Proceedings of the World Congress on Health Economics, Leiden, Holanda, Septiembre 1980. Editado por VAN DER GAAG y M. PERLMAN, Amsterdam, North Holland Publishing Co., 1981.

(33) MAYNARD, A. y LUDBROOK, A. "Thirty years of fruitless endeavor? An analysis of government intervention in the health care market" en *Health, Economics and Health Economics*, op. cit.