

PRIMERES JORNADES SOBRE ECONOMIA DE LA SALUT

**La utilització de l'anàlisi
econòmica en els serveis sanitaris**

Barcelona, 5 i 6 de desembre de 1980

Organització:

Comissió d'Economistes de la Salut, del
Col·legi d'Economistes de Catalunya

Patrocini:

Àrea de Sanitat de l'Ajuntament de Barcelona
Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya

PROGRAMA

Dia 5 (divendres)

9,45-14 hores

Acte Inaugural:

Sr. Felip Solé i Sabarís, regidor de l'Ajuntament de Barcelona.

Sr. Francesc Raventós i Torras, degà del Col·legi d'Economistes de Catalunya.

El per què de l'Economia de la Salut:

Sr. Alan Maynard, Universitat de York

Comunicacions - Col·loqui

Necessitat i demanda de Serveis Sanitaris:

Sr. Javier Galarraga, Universitat de Bilbao

Comunicacions - Col·loqui

14 hores: DINAR

16-20 hores

Oferta de Serveis Sanitaris:

Sr. Dominique Bertrand, Universitat de París.

Comunicacions - Col·loqui

Finançament:

Sra. Almudena Durán, Economista, Master in Business Administration

Comunicacions - Col·loqui

Dia 6 (dissabte)

10-14 hores

L'avaluació econòmica de programes sanitaris:

Teoria i pràctica:

Sr. Joan Josep Artells, Health Economics Research Unit.

University of Aberdeen, Escòcia.

Associated Research Fellow.

Comunicacions - Col·loqui

TAULA RODONA sobre la funció de l'Economia de la Salut, amb participació dels ponents.

14 hores: DINAR

16-20 hores

L'APLICACIÓ DE L'ECONOMIA ALS SISTEMES SANITARIS

Finançament dels serveis sanitaris dintre de les Comunitats Autònomes:

Sr. Vicent Ortun, Generalitat de Catalunya

Sr. Lluís Bohigas, Ajuntament de Barcelona

Sr. M. Meneguzzo, Universitat d'Itàlia

Sr. Dantas de Campos, National School Lisboa

Sessió de clausura:

Honorable Sr. Josep Laporte i Salas, Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

PRESENTACIÓ

La Comissió d'Economistes de la Salut va nèixer en el si del Col·legi d'Economistes arran de l'organització de 1.^{er} Congrés d'Economia i Econòmistes de Catalunya.

En aquest Congrés, un grup d'economistes que treballaven en serveis sanitaris varen preparar una ponència col·lectiva sobre l'Economia de la Salut. Era la primera vegada a l'Estat Espanyol que en un congrés d'economistes sorgia amb personalitat pròpia aquesta especialitat de les Ciències Econòmiques, al costat d'especialitats ja consagrades.

A partir d'aquella ocasió, el Col·legi d'Economistes de Catalunya va oferir l'aparell col·legial per donar suport a aquesta especialitat incipient. Així, a l'octubre de 1979 es va constituir la Comissió d'Economistes de la Salut. Les primeres activitats d'aquesta comissió varen posar en evidència que calia donar a conèixer aquesta especialitat tant als companys economistes com a la resta de professionals sanitaris. Per altra banda calia també entrar en contacte amb altres economistes que dins l'Estat Espanyol estaven fent activitats relacionades amb l'Economia de la Salut.

Aquests objectius varen conduir a l'organització, el mes de desembre de 1980, de les primeres Jornades d'Economia de la Salut. Més de 160 professionals de tot l'Estat Espanyol, a més a més de convidats d'Anglaterra, França, Itàlia i Portugal, varen reunir-se durant dos dies a Barcelona. El nivell de discussió teòrica i aplicada va ésser molt interessant, i va ésser molt important:

l'oportunitat del contacte personal amb altres economistes i professionals sanitaris amb les mateixes preocupacions. La Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona varen patrocinar aquest esdeveniment.

L'èxit d'aquestes primeres Jornades va animar els companys del País Basc a emprendre l'organització de les Segones Jornades, que se celebraran el proper mes de desembre.

La tasca començada en aquestes Jornades no s'acaba un cop finalitzats els actes, sinó que ha de tenir una continuïtat basada en el treball, l'estudi i la cooperació amb els altres professionals sanitaris. Amb aquest objectiu, la Comissió ha considerat molt necessària la publicació dels treballs que es presentaren en aquelles Jornades. Aquesta publicació la fem amb tota la il·lusió posada en que aquest text sigui un instrument de treball tant per als economistes com per a altres professionals sanitaris.

Volem també a través d'aquestes pàgines agrair a tots els que cooperaren en l'èxit d'aquestes Jornades a través dels seus escrits, a les entitats públiques Generalitat i Ajuntament de Barcelona, així com a d'altres entitats privades que donaren el seu suport econòmic i polític, al Col·legi d'Economistes de Catalunya, que va fer-se ressò de les il·lusions de la Comissió, i per últim a tots els participants, que amb la seva assistència varen fer possible el caliu i l'esperit d'aquestes Jornades.

Comissió d'Economia de la Salut
Barcelona, 10 de juliol de 1981.

ÍNDIX

EL PERQUÈ DE L'ECONOMIA DE LA SALUT

| | |
|--------------------|----|
| Ponència | |
| Alan Maynard | 18 |

NECESSITAT I DEMANDA DE SERVEIS SANITARIS

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Ponència | |
| Javier Galarraga | 47 |
| Comunicacions | |
| R. Gisbert Gelonch | 65 |
| Enrique Gavilanes | 81 |
| Pedro J. Saturno, Pedro Marset | 91 |
| Josep Bras, Josep Lluís Roses | 109 |

OFERTA DE SERVEIS SANITARIS

| | |
|---|-----|
| Ponència | |
| Dominique Bertrand, Roger Occelli | 119 |
| Comunicacions | |
| Antonio Clavero | 133 |
| José L. Marrón, Juan L. Rodríguez-Vigil, José L. S. Miguel Cela | 149 |
| Manuel Beltrán, M. ^a Carmen Plaza | 159 |
| Joan Rovira | 169 |

FINANÇAMENT DE SERVEIS SANITARIS

| | |
|-------------------------|-----|
| Ponència | |
| Almudena Durán | 189 |
| Comunicacions | |
| Pilar Coll | 205 |
| Carlos Monasterio | 215 |
| Joan Rovira | 229 |

AVALUACION ECONOMICA DE PROGRAMES SANITARIS

| | |
|--------------------------|-----|
| Ponència | |
| Joan Josep Artells | 251 |
| Comunicació | |
| Juan M. Cabases | 289 |

LA FUNCIÓ DE L'ECONOMIA DE LA SALUT

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Introducció: Mr. Gavin Mooney | 309 |
|-------------------------------------|-----|

ENFOCAMENT ECONÒMIC DE LA POLITICA SANITARIA

| | |
|--|-----|
| → Lluís Bohigas, Vicente Ortún | 317 |
| Mario Meneguzzo | 357 |
| A. Correia de Campos | |
| Membres de la Comissió d'Economistes de la Salut | 425 |
| Llista d'inscrits a les primeres jornades d'economia de la salut | 427 |

**DISTRIBUCIÓ DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA
A ESPANYA: ANALISI I PROPOSTES.**

Lluís Bohigas i Santasusagna. *Llicenciat en Ciències Econòmiques. Master en Direcció d'Empreses per l'IESE. Master of Public Health, Texas University.*

Vicente Ortún i Rubio. *Llicenciat en Ciències Empresarials per ESADE. Llicenciat en Ciències Econòmiques. Master of Science in Industrial Administration, Purdue University.*

El desenvolupament de la Constitució Espanyola de 1978 comportarà una sèrie de problemes. Un d'ells, i no pas el més petit, serà implantar l'Estat de les Autonomies en consonància amb el que preveu el títol VIII de la Constitució esmentada.

Aquesta implantació de l'Estat de les Autonomies, ultra el seu contingut polític —Espanya serà federal o serà feixista— comportarà unes reformes molt pregones de l'administració: Un aparell que absorbeix el 25 % del P.I.B. ha de modificar-se partint, a més, d'una situació molt centralista. Una de les més centralistes al si dels països industrialitzats:

Pressupostos administracions públiques

| | Descentralitzats | D'allò descentralitzat als Municipis | Centralitzats |
|---------------------------|------------------|--------------------------------------|---------------|
| Estats Federals | | | |
| R.F. Alemanya | 60-65 % | 30-33 % | 30-35 % |
| U.S.A. | 50 | 25 | 45-40 |
| Iugoslàvia | 50 | 25 | 45-40 |
| Estats no Federals | | | |
| Itàlia | 22 | 11 | 78 |
| França | 25 | 20 | 75 |
| Espanya | 12 | 12 | 88 |

Font: J. Ros Hombravella, no publicat.

La necessària reforma administrativa hauria d'assolir diversos objectius generals:

1. Donar sortida a les aspiracions històriques de les diverses nacionalitats i regions de l'Estat.
2. Augmentar l'eficàcia del sector públic.
3. Garantir el principi de solidaritat (arts. 2 i 138 de la Constitució) és a dir aconseguir una distribució equitativa de la inversió i de la despesa públiques.

Deixant de banda, als nostres efectes, el primer objectiu —el polític— hom creu (Oates, Musgrave) que és precisament en relació al segon objectiu —un sector públic més eficaç i eficient— on les nacionalitats i regions tenen més possibilitats de substituir avantatjosament l'administració Central en poder efectuar una millor assignació de recursos.

Ara bé, creiem que aquesta major eficiència de la descentralització per a la provisió de béns i serveis públics no s'ha de donar per feta per molt que

s'hagi comprovat a d'altres indrets. Primer, amb una voluntat autonòmica tèbia en sectors que contempen les autonomies com la pedrea que cal donar a la perifèria política en la rifa democràtica; segon, davant l'onada mundial neoliberal que pretén fer marxa enrera en el llarg camí que ha convertit l'Estat liberal en un Estat assistencial (proveïdor d'educació, salut, equipaments, serveis socials, etc.) i tercer, en un context de crisi fiscal de l'Estat esdevé encara més difícil la de ja per si difícil tasca d'augmentar l'eficàcia del Sector públic alhora que es construeix l'Estat de les Autonomies. Evolucions que suposessin bé un empitjorament en la prestació de Serveis per les Comunitats Autònomes, bé una pressió fiscal més gran a aquestes pel mateix nivell de serveis entorpirien considerablement la implantació harmònica de la nova organització territorial espanyola prevista a la Constitució.

Ens queda, aleshores, el tercer objectiu, al qual circumscriurem el present treball, el de l'equitat. Sembla lògic que aquesta estigui garantida per l'Estat, ara bé quina fórmula ha d'emprar-se que:

- a) Pugui corregir les desigualtats històriques de diferent origen que actualment es donen.
- b) Minimitzi les suspicàcies.
- c) Garantitzi l'efectiva solidaritat.
- d) No minvi ni castigui l'eficàcia?

Es tracta, en suma, de la forma d'establir la participació de les diverses nacionalitats i regions en la inversió i despesa públiques. Una idea de la importància del tema ens la dóna el fet que a Alemanya la participació dels «landers» és fixada a la Constitució la qual es canvia sempre que aquella varia.

Abans de desenvolupar la nostra proposta, exemplificada per a la despesa i inversió pública sanitària, farem:

1. Una consideració del marc legal on ha de dur-se a terme.
2. Una reflexió sobre l'equitat en salut i la forma de abordar-la.

Contemplem després les desigualtats sanitàries a l'Estat Espanyol atenent fonamentalment les mesures de la despesa, accés, utilització i mortalitat, per descriure tot seguit el tractament donat al problema de l'equitat sanitària al país que més se n'ha preocupat, el Regne Unit.

Tot això ens permetrà d'arribar a una proposta de distribució de la despesa sanitària pública a Espanya, en la qual estem treballant, i de la qual aquesta ponència n'és un avenç.

Marc legal

La Constitució, els Estatus d'Autonomia del País Basc i de Catalunya i la Llei Orgànica de Finançació de les Comunitats Autònomes configuren ja les regles de joc que condicionaran la distribució de la despesa i inversions públiques sanitàries a Espanya.

Aquesta legislació bàsica emmarca el futur, però ho fa folgadoament; el marge de maniobrabilitat de què es disposa és encara molt ample i això per diverses raons:

1a) La Constitució, en tant que filla del consens, és prou ambigua com perquè el seu desenvolupament pugui prendre formes materials diferents en funció de la correlació de forces socials en cada moment.

2a) Els Estatus d'Autonomia del País Basc i de Catalunya i la Llei Orgànica de Finançació de les Comunitats Autònomes (L.O.F.C.A. des d'ara) estableixen uns procediments de finançació provisional que seran aplicables fins que es completin les transferències de serveis o —en qualsevol cas— fins que transcorrin sis anys des de l'entrada en vigor de l'Estatut. Aquests donaran pas —posteriorment— a una *negociació* que, sobre unes bases parcialment enumerades (població, esforç fiscal, dèficit en serveis socials i infraestructures de les comunitats autònomes, etc.) i segons procediments per establir, haurà de concloure en un percentatge de participació de les Comunitats Autònomes en els impostos estatals no cedits, peça clau en la fórmula de finançació definitiva.

3a) El desenvolupament constitucional variarà segons l'experiència que es vagi acumulant amb el rodatge de les Comunitats Autònomes i la millora en la informació provincialitzada disponible que imposarà l'aplicació de la disposició addicional 3a. de la L.O.F.C.A. Aquesta diu:

«U. L'Institut Nacional d'Estadística, en coordinació amb els òrgans competents de les Comunitats Autònomes, elaborarà anualment i publicarà les informacions bàsiques que permetin quantificar provincialment la renda per habitant, la dotació de serveis públics fonamentals, el grau d'equipament col·lectiu i d'altres indicadors de riquesa i benestar social. Tanmateix, elaborarà estudis alternatius sobre la ponderació dels diferents criteris de distribució del Fons de Compensació Interterritorial.

Dos. El Ministeri d'Hisenda publicarà anualment:

— La recaptació provincial obtinguda per l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques.

— La recaptació provincial obtinguda pels impostos que aquesta Llei Orgànica cedeix a les Comunitats Autònomes. En la presentació de la mateixa també es tindran en compte els criteris d'imputació establerts.

— La distribució provincial que presenti la despesa pública divisible».

Dins d'aquest marc legal centrarem la nostra atenció en dos temes:

1. El grau d'autonomia financera que es dóna a les Comunitats Autònomes.
2. Els mecanismes redistributius que s'estableixen.

Grau d'autonomia financera

L'article 156 de la Constitució proclama que les Comunitats Autònomes gaudiran d'autonomia financera per a acomplir i exercir les seves competències d'acord amb els principis de coordinació amb la Hisenda estatal i de solidaritat entre tots els espanyols. Aquesta autonomia financera, que és de naturalesa coordinada i solidària, també és —seguint a Alexandre Pedrós (I)— de naturalesa secundària o derivada, en raó al contingut de l'article 133.1. S'afirma que la potestat originària per a establir tributs correspon exclusivament a l'Estat, mitjançant Llei. Si bé acte seguit —en l'article 133.2— es diu que les Comunitats Autònomes i les Corporacions locals podran establir i exigir tributs, d'acord amb la Constitució i les Lleis, de fet se'ls està atorgant la potestat derivada o secundària, però solament aquesta, per a establir tributs.

El poder originari per a establir tributs és una conseqüència de la sobirania, i la sobirania —excepte en els estats federals— és exclusiva del nivell estatal. Espanya no és un estat federal perquè no procedeix de la reunió de Comunitats polítiques abans independents per molt que es pugui parlar de tendències federalitzants. Tenim, doncs, un grau d'autonomia limitat.

Mecanismes Redistributius

L'article 2 de la Constitució consagra la solidaritat entre totes les nacionalitats i regions que integren la nació espanyola. El 138.2 especifica que les diferències entre els Estatuts de les diverses Comunitats Autònomes no podran implicar en cap cas privilegis econòmics o socials, i en el 158.2 s'estableix que per tal de corregir desequilibris econòmics interterritorials i fer efectiu el principi de solidaritat (ja proclamat i al qual d'alguna forma

també s'al·ludeix als articles 128.1 i 139.2) es constituirà un Fons de Compensació destinat a despeses d'inversió, els recursos del qual seran distribuïts per les Corts Generals entre les Comunitats Autònomes i les províncies, en el seu cas.

Els mecanismes redistributius que la L.O.F.C.A. desenvolupa són fonamentalment tres:

1. Participació en impostos estatals no cedits
2. Garantia d'uns serveis mínims.
3. Fons de Compensació Interterritorial.

1. — Participació en impostos estatals no cedits

S'estableix a l'article 13.1 que les Comunitats Autònomes disposaran d'un percentatge de participació en la recaptació dels impostos estatals no cedits (poden ser cedits els impostos sobre patrimoni net, transmissions patrimonials i donacions, vendes en fase minorista, consums específics en fase minorista llevat dels recaptats mitjançant monopolis fiscals i les taxes sobre el joc) que es negociarà amb les bases següents:

- a) El coeficient de població.
- b) El coeficient d'esforç fiscal en l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques.
- c) La quantitat equivalent a l'aportació proporcional que correspongui a la Comunitat Autònoma pels serveis i càrregues generals que l'Estat continui assumint com a propis.
- d) La relació inversa de la renda real per habitant respecte a la de la resta d'Espanya.
- e) D'altres criteris que s'estimin procedents, entre els quals es valoraran la relació entre els indicadors de dèficit en serveis socials i infraestructures que afectin al territori de la Comunitat Autònoma i el conjunt de l'Estat i la relació entre els costos per habitant dels serveis socials i administratius transferits per al territori de la Comunitat Autònoma i per al conjunt de l'Estat.

Aquest article millora el 45 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya introduint *criteris de necessitat i de cost*.

No s'aclareix, però, si el càlcul dels índexs de dèficit es farà tenint en compte l'oferta de serveis privats, tema aquest trascendental per a Catalunya, on pot parlar-se d'autèntica peculiaritat en la seva oferta sanitària, més concretament hospitalària, ja que els llits públics a Catalunya representen

només el 38 % del total de llits quan a la resta d'Espanya el percentatge és del 69 %.

De totes formes les possibilitats redistribuïdores d'aquest mecanisme no s'obriran fins que es completin les transferències de l'Estatut d'Autonomia. Mentrestant (període provisional) les Comunitats Autònomes es finançaran d'acord amb el principi de compensació pel cost efectiu dels serveis transferits a la Comunitat Autònoma. Aquest cost arribarà per dues vies: a) L'import que suposi la recaptació dels impostos cedits i b) Un percentatge de participació sobre els impostos estatals per la diferència entre el cost dels serveis transferits i la recaptació dels impostos cedits. Això comporta dos problemes importants:

1. Es consolida la mala distribució existent donat que el que rep cada Comunitat Autònoma és el que ja hi havia, la qual cosa fins i tot té un caire legitimador de la mala distribució esmentada.

2. La valoració que es faci del cost efectiu dels serveis transferits, la qual —segons la disposició transitòria segona de la L.O.F.C.A.— haurà de tenir en compte tant els costos directes dels serveis com els indirectes (especialment els centrals) així com les inversions que corresponguin. El tracte que els costos indirectes rebin ens permetrà de conèixer si anem cap a un Estat d'Autonomies o malden tant sols per una certa desconcentració dels serveis perifèrics de l'Estat.

2. — **Garantia d'un nivell mínim** en la prestació dels serveis públics fonamentals en tot el territori espanyol establerta a l'article 158.1 de la Constitució, recollida al 44.8 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya i desenvolupada a l'article 15è de la L.O.F.C.A.:

— Quan una Comunitat Autònoma amb l'esquema de finançació previst no pogués assegurar un nivell mínim en la prestació del conjunt dels serveis públics fonamentals que hagi assumit, s'establirà als Pressupostos Generals de l'Estat una assignació complementària la finalitat de la qual serà la de garantir l'esmentat nivell mínim que es defineix com el nivell mig dels mateixos al territori nacional. Que l'Estat prengui al seu càrrec el garantir un nivell mínim en la prestació de serveis públics fonamentals a les Comunitats Autònomes és coherent amb el limitat grau d'autonomia financera que aquelles tenen i del qual ja hem parlat.

3. — **Fons de Compensació Interterritorial.**

El Fons de Compensació Interterritorial —segons l'article 16è de la L.O.F.C.A.— es dotarà anualment amb una quantitat no inferior al 30 % de la

inversió pública que per cada exercici hagi estat aprovada als Pressupostos Generals de l'Estat. El Fons es destinarà a despeses d'inversió als territoris menys desenvolupats i es distribuirà considerant els criteris següents:

- a) La inversa de la renda per habitant.
- b) La taxa de la població emigrada dels últims deu anys
- c) Percentatge d'atur sobre població activa.
- d) La superfície del territori.
- e) El fet insular, relacionat amb la llunyania del territori peninsular.
- f) D'altres criteris que s'estimin procedents.

La ponderació dels diferents índexs o criteris s'establirà mitjançant Llei i serà revisable cada cinc anys.

Examinats els tres mecanismes redistribuïdors existents per tal de corregir desequilibris econòmics interterritorials, tanquem el repàs fet al marc legal recordant que, segons l'article 2.2. de la L.O.F.C.A. correspon a cada Comunitat Autònoma cuidar del seu propi equilibri territorial i procurar la realització interna del principi de solidaritat.

L'equitat en salut i forma d'abordar-la

La salut es pot definir i entendre de diverses formes (*) però normalment el que interessa és poder-la mesurar mitjançant uns indicadors que ens informin d'aspectes parcials de la condició sanitària. Tal com es diu a *La Sanitat a Catalunya* (2) els indicadors poden reflectir d'una forma teòrica els aspectes de salut-malaltia directament o indirectament. Els primers ens mostren el grau de salut o de malaltia d'una població en situacions concretes i poden ésser simples si mesuren una sola cosa (l'esperança de vida en néixer, les taxes de mortalitat, les de prevalença i les d'incidència de malalties, etc.) o globals si en reflecteixen un conjunt de variables. Els indicadors indirectes ens informen de dades que hom sap que són relacionades íntimament amb les malalties o amb la salut. Entre aquests podem esmentar les dades de contaminació ambiental (les concentracions de substàncies tòxiques en el medi pròxim a l'individu es correlacionen amb la producció de determinades malalties) i tota la informació sobre l'estat de la infraestructura sanitària referida al sanejament o bé els indicadors socio-econòmics (renda, ocupació, satisfacció

(*) L'OMS defineix la salut com «l'estat de benestar físic, psíquic i social i no solament l'absència de malaltia». OMS, Ginebra 1948. El Xè Congrés de Metges i Biòlegs de la Llengua Catalana la defineix com «aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa». Llibre d'Actes, Perpinyà, 1976.

laboral) o, fins i tot, els de prevalença de signes precursors de malaltia, com ara les displàsies de coll uterí o la hipercolesterolèmia.

Un indicador, encara que confegit de forma metodològicament correcta quant a consistència, sensibilitat, eficàcia, comparabilitat, etc. no serveix per a qualsevol objectiu ni sempre pot ser calculat o pot interessar que es calculi. D'aquí que l'elecció d'indicadors depengui de:

1. Els objectius perseguits (prendre decisions polítiques, avaluar serveis, ..)
2. La informació de què es disposi. Així per exemple en aquest país no es publiquen les taxes de mortalitat estandaritzades per sexe i edat, abc dels indicadors de salut.
3. La concepció de salut que s'intenti de fer prevaler.

L'equitat ve mesurada per la desviació estàndard de la distribució de qualsevol indicador sanitari en una població. Agrupacions significatives d'aquesta població a l'efecte de tenir una idea sobre l'equitat poden ser:

- a) Categoria socio-professional
- b) Regió
- c) Camp-ciutat

D'altra banda, els indicadors a considerar dependran del tipus d'equitat que es consideri. Hi ha moltes definicions d'equitat, nosaltres n'esmentarem un parell: l'una operativa, per dur-la a la pràctica; l'altra per a un demà-passat que pot no arribar mai (el futur ja no és el que era diu la Simone de Beauvoir) però que serveix per a relativitzar la primera i suggerir camins.

Operativament, definirem l'equitat com aquella distribució de recursos sanitaris en funció de la necessitat dels grups i individus a la societat. Més endavant tornarem a aquesta definició i parlarem de com es mesura la necessitat.

Idealment, equitat és un grau de salut igual per a tota la població. I creiem, seguint a K.L. White (3) que cap individu, organització o govern pot garantir nivells iguals de salut. L'herència genètica d'un individu i les seves actituds, comportament i activitats exerceixen una influència massa gran sobre la salut i la condició humana com per a assumir que, malgrat ser desitjable, la uniformitat en els nivells mesurables de salut pugui assolir-se dins d'un futur previsible.

Veiem, doncs, com la nostra preocupació per l'equitat ens porta a una reflexió global sobre els factors que incideixen sobre la salut, de la mateixa forma que ho fa la reflexió sobre l'eficiència del sistema sanitari. Si hom vol millorar la salut de la població i aconseguir-ne una distribució equitativa cal considerar els factors que hi influeixen. Veurem tot seguit:

- 1er) Una explicació històrica dels factors que influeixen sobre la salut.
- 2on) Un exemple d'aplicació a la política sanitària del coneixement sobre factors de salut.
- 3er) Un exemple de coneixements no aplicats.

Explicació històrica dels factors que influeixen sobre la salut.

Poden distingir-se dues situacions: La que visqué el món abans de la Revolució Industrial (i durant la fase de transició, naturalment) i la que avui caracteritza els països desenvolupats econòmicament i sanitària. La primera situació d'altra banda, és parcialment extensible a l'actual geografia de la pobresa: En ella són les disponibilitats alimentàries les que més determinen l'evolució en la mortalitat i el creixement demogràfic (aquí salut és capacitat de sobreviure). L'eina reguladora del creixement demogràfic eren les malalties infeccioses. Quan la població creixia, ho feia fins on ho permetien la migradesa de recursos alimentaris, i la relació entre l'home i els microorganismes causants de malalties evolucionava al llarg d'un període en el qual l'home estava, en general, nodrit deficientment. La relació era inestable i s'equilibrava segons l'estat fisiològic de l'hoste i del paràsit. Una millora en el nodriment actuava a favor del primer i un deteriorament a favor del segon. En aquestes circumstàncies, l'augment de les disponibilitats alimentàries esdevenia una condició necessària per a reduir substancialment la mortalitat causada per les malalties infeccioses; una limitació de la població era l'única garantia que aquesta reducció fóra permanent (4).

Pel que fa a la salut en els països desenvolupats s'ha produït un canvi considerable en el tipus de malalties més freqüents —s'ha passat de les malalties infeccioses a les no transmissibles— i una millora considerable en l'estat general de la salut. En relació a les influències principals sobre la salut durant aquests darrers tres-cents anys a Anglaterra i Gales (bressol de la Revolució Industrial) cal dir:

- 1er) Les millores de nodriment són la primera més important influència positiva.
- 2on) Les mesures d'higiene han afavorit, almenys en una cinquena part, la reducció de l'índex de mortalitat entre mitjan segle passat i l'actualitat.
- 3er) Tret de la vacuna contra la verola, la contribució de la qual fou molt minsa, la influència de la immunització i de la teràpia en l'índex de

mortalitat no es va produir fins el segle XX i va tenir un efecte escàs en les tendències nacionals de mortalitat fins que s'introduïren les sulfonamides l'any 1935.

4rt) El canvi en les habituds reproductives va comportar una reducció molt significativa de l'índex de natalitat. Aquesta reducció va assegurar que les millores de salut facilitades per les altres causes no serien invertides a causa d'una població més elevada.

Si agrupem els avenços en nodriment i en higiene com a mesures sobre l'entorn, les influències causants del descens de la mortalitat i de l'esperança de vida més alta han estat: 1er) l'entorn, 2on) de comportament i 3er) terapèutiques. La seva eficàcia va començar en els segles XVIII, XIX i XX respectivament, i l'ordenació en temps coincideix amb la seva jerarquia pel que fa a eficàcia (5).

Exemple d'aplicació —condicionada— a la política dels coneixements sobre factors de salut

La política sanitària canadencs ofereix l'interès d'haver ampliat el camp tradicional d'actuació sanitària i contingut el percentatge del P.N.B. dedicat a despeses sanitàries: el 7'1 en 1976—igual que en 1970—havent passat pel 7,4, 7,2, 6,8, 6,7 y 7,1 als anys intermitjos.

Lalonde (6), el seu impulsor, parteix d'una situació sanitària al Canadà relativament bona i reconeix el paper que, en la consecució de la mateixa, ha jugat l'augment en el nivell de vida, les mesures sanitàries de protecció de la salut pública i els avenços en les ciències mèdiques. Tracta, seguidament, de conèixer les classes de mortalitat i morbiditat més importants, d'una banda, i els factors explicatius, d'altra, per a poder establir una política sanitària que permeti ulteriors millores als nivells de salut.

Analitzant els 157.300 morts a Canadà durant 1970, trobaren que 75.200 havien mort abans dels 70 anys. Es va procedir a l'agrupació de les causes de mort prematura, de 1 a 70 anys, amb l'eliminació de la mortalitat infantil, per anys de vida perduts amb els resultats següents:

| | Anys perduts |
|--|--------------|
| — Accidents de circulació | 213.000 |
| — Malalties isquèmiques del cor | 193.000 |
| — Resta d'accidents | 179.000 |
| — Malalties respiratòries i cancer pulmó | 140.000 |
| — Suïcidi | 69.000 |

Donat que els riscos auto-imposats (drogues, dieta i exercici, conducció de vehicles, manca d'higiene personal) i els riscos d'entorn (contaminació, manca de fluoridació de l'aigua en moltes ciutats, treballs somorts i monòtons, etc.) eren els factors de risc més importants respecte a les cinc principals causes de mortalitat prematura, indicades més amunt, es va procedir a una definició més àmplia del camp sanitari —que incloïa la biologia humana, l'entorn, l'estil de vida (els riscos auto-imposats) y la pròpia organització sanitària— així com a l'elaboració d'un programa sanitari conseqüent per a actuar sobre els riscos auto-imposats i els riscos de l'entorn.

Ens trobem, doncs, davant una política sanitària condicionada per la política sense qualificatius a centrar la seva atenció en el comportament individual i en aquells factors de l'entorn que menys qüestionen les estructures econòmiques i polítiques. Es tracta, en qualsevol cas, d'una política avançada que actua sobre la salut sortint-se del camp sanitari estricte, amb l'objectiu de «donar» millor salut a un preu més petit, i que preserva la coherència amb l'organització social que la soporta. Això suposa, com ara veurem, deixar intactes factors tremendament explicatius de les diferències en els nivells de salut.

Un exemple de coneixements no aplicats (o allò que tu i jo sabem)

El fet de pertànyer a una classe o grup social determina en gran part els riscos de malalties i mort i, per tant, la durada de la vida. Per exemple, a França l'esperança de vida als 35 anys dels ensenyants és de 41 anys (comparable a la dels quadres superiors i la de les professions liberals) en tant que la dels obrers manuals només es de 35 anys. Als 35 anys el risc de mort és quatre vegades més gran per als obrers manuals que per als ensenyants. (7).

Quadres semblants al número 1 poden trobar-se per a qualsevol país amb suficient xarxa estadística i voluntat informativa.

Ara bé, les diferències de mortalitat entre dones segons la classe social del seu marit, sovint equivalents —en valor relatiu— a les desigualtats entre homes, provenen que l'exercici d'una professió és insuficient per a explicar les desigualtats socials davant la mort. Sembla, cada cop més, que gairebé tots els determinants de la durada de la vida estan relacionats a la pertinença a una classe social (9). I aquestes desigualtats no desapareixen encara que s'asseleixi l'equitat que hem batejat operativa (distribució de recursos sanitaris segons necessitat) ni propiciant un canvi en els comportaments individuals a l'estil canadenc. L'experiència del National Health Service al Regne Unit ens

Quadre n.º 1

Esperança de vida als 35 i 60 anys per categoria professional (homes, període 1955-1971)

| Categories socio-professionals | Esperança de vida | |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| | a 35 anys | a 60 anys |
| Professors | 40,9 | 18,6 |
| Alts quadres i professions liberals | 40,5 | 18,3 |
| Clero catòlic | 39,5 | 17,7 |
| Quadres mitjos (sector públic) | 39,3 | 17,6 |
| Tècnics | 39,0 | 17,6 |
| Quadres mitjos (sector privat) | 38,5 | 17,3 |
| Agricultors | 38,0 | 16,9 |
| Encarregats | 37,8 | 16,8 |
| Obrers qualificats (sector públic) | 37,3 | 16,4 |
| Empleats (sector públic) | 37,2 | 16,3 |
| Artesans i comerciants | 37,6 | 16,9 |
| Empleats (sector privat) | 37,4 | 16,9 |
| Obrers especialitzats (sector públic) | 36,0 | 15,7 |
| Obrers qualificats (sector privat) | 35,6 | 15,3 |
| Assalariats agrícoles | 34,8 | 14,7 |
| Obrers especialitzats | 34,7 | 14,9 |
| Peons | 32,9 | 14,4 |
| Total França | 36,1 | 16,0 |

Fons: INSEE (8)

demostra com no s'han pogut reduir les desigualtats en salut segons classes socials (10) la qual cosa no fa sinó palesar que la salut no depèn tant sols de l'accés al sistema sanitari. La pobresa, l'exposició als riscos laborals, el treball alienant, la contaminació i les deficients condicions de vivenda estan tots relacionats amb la malaltia i poden ajudar a explicar la major morbiditat de la classe treballadora. Això no treu importància a la incidència que un sistema nacional de salut (rebi el nom que rebi) pot tenir en un país pregonament desigual, com aquest, per la triple via de:

- 1) Millorar l'organització i prestació de serveis sanitaris.
- 2) Distribuir recursos segons necessitat.
- 3) Finançar-los progressivament disminuint les diferències en rendes disponibles.

El que sí ens sembla està clar és que per aconseguir l'equitat ideal (mateixa salut per a tothom) s'ha de tornar a fer Medicina des de fora de la

Medicina, com al segle XIX. Hi ha vies obertes molt suggeridores. L'èmfasi en l'explicació de les desigualtats s'està traslladant de les relacions de producció a les forces productives. La propietat dels medis de producció (una relació de producció) s'ha alterat i les desigualtats subsisteixen. Cal cercar l'explicació en un sistema de producció —basat en les mateixes forces productives a tots els països del món— origen d'una divisió social del treball generadora de gairebé totes les desigualtats.

L'enfocament del problema de la desigualtat regional per part dels economistes catalans i bascs s'ha centrat necessàriament en l'estudi de la balança regional de pagaments. Aquest concepte com diu Richardson (11) té un significat dubtós donada la migradesa de la informació sobre corrents interregionals motivada per la no existència de barreres entre regions (drets aranzelaris, llicències d'importació i exportació, controls d'immigració, control de corrents de capital, etc). Malgrat això és imprescindible estudiar les variables exògenes clau —com la incidència de l'Estat— que afecten l'activitat econòmica regional.

Nosaltres no proposarem una distribució de la despesa sanitària pública en funció de la distribució dels ingressos de l'Estat sinó en funció de la distribució espacial de la necessitat. Això ens fa molt necessari de conèixer la incidència de la despesa sanitària pública a Catalunya. Tal com senyala Castells (12) per a disposar d'aquest tipus d'informació ens trobarem amb dues dificultats:

1) La informació sobre la localització regional de la despesa de l'administració central és escassa i mal especificada pel caràcter reservat de les dades. Aquesta deficiència és intolerable en un sector públic obligat a la transparència informativa.

2) La caracterització de la sanitat com a bé públic impur, el que obliga a distingir entre el consum realitzat en una regió i la despesa que s'hi localitza.

Bé públic impur és el que no participa dels trets de indivisibilitat en el consum i impossibilitat d'exclusió. Les faroles (bé públic pur) enllumenen tothom, un Papanicolau es fa persona a persona. Unicament serien béns públics sanitaris purs els que subministren algunes activitats de promoció de la salut com l'higiene alimentària i la protecció del medi ambient. Aquests, però, pesen poc en una despesa pública sanitària de composició altament assistencial.

De la despesa localitzada en una regió es passa al consum que s'hi realitza afegint el consum de residents de despesa localitzada a d'altres zones i traient el consum realitzat per no residents de despesa localitzada a la regió que considerem. Això no es va poder fer a les dades que segueixen:

Incidència de la despesa sanitària (*) del sector públic centralitzat a Catalunya
(any 1975, en milions de pessetes)

| | Estat | | Organismes Autònoms | | | | Seguretat Social | | | | TOTAL | |
|--------------------|-------------|-----------|---------------------|-----------|-------------|-----------|------------------|-----------|-------------|-----------|---------------------|----------|
| | % Catalunya | | % Catalunya | | % Catalunya | | % Catalunya | | % Catalunya | | % Catalunya/Espanya | |
| | Espanya | Catalunya | Espanya | Catalunya | Espanya | Catalunya | Espanya | Catalunya | Espanya | Catalunya | Despesa | Població |
| Despesa de Capital | 3.434,6 | 224,1 | 6,52 | 1.120,2 | 49,2 | 4,39 | 18,551,6 | 1.677,1 | 9,04 | 8,44 | | |
| Despesa corrent | 87.125,9 | 9.953,6 | 11,42 | 25.034,3 | 4.718,4 | 18,85 | 557.602,1 | 100.260,7 | 17,98 | 17,16 | | |
| | | | | | | | | | | 16,86 | | 15,71 |

(*) Centres hospitalaris, assistència sanitària, campanyes sanitàries, protecció de menors i ancians, minusvàlids i subnormals, pensions, promoció del treball.

Font: Castells, op. cit., pág. 15.

LES DESIGUALTATS SANITÀRIES A L'ESTAR ESPANYOL

Un dels objectius d'un sistema sanitari públic és el de l'equitat i un objectiu de la política sanitària ha l'esser l'equitat sigui quin sigui el sistema sanitari que estigui disponible en un país qualsevol.

El terme equitat és una millora conceptual del terme igualtat i una aproximació realista al terme «dret a la salut». Igualtat en el context de la salut és un concepte erroni, ja que ningú és igual en termes de salut. La salut és una resultant de varis i complexos factors. Aquests factors van des de l'herència genètica pròpia en l'individu, fins a l'atenció sanitària, passant per factors relacionats amb el medi ambient, educació, etc. No té sentit parlar d'igualtat d'un grup d'individus en front del sistema sanitari, si bé cadascun necessita una diferent atenció d'acord amb aquest conjunt de factors que afecten la salut. Un sistema sanitari tampoc pot assegurar el dret a la salut, ja que una bona part dels factors que influeixen en la salut de l'individu s'escapen del control del sistema sanitari més perfeccionat, i inclús amb els coneixement actuals de la medicina és impossible d'actuar sobre factors aparentment controlables.

Equitat és un concepte que preveu els efectes possibles d'un sistema sanitari i pretén distribuir-los tenint en compte la seva necessitat. Distribuir equitativament els fruits del sistema sanitari serà un objectiu de la política sanitària que es proposarà que cada individu en rebi una part d'acord amb la seva relativa necessitat. Les dificultats de concretar aquest objectiu amb mesures concretes es fan paleses de forma immediata, ja que per prendre decisions racionals d'acord amb aquest objectiu caldria conèixer detalladament els efectes de les intervencions terapèutiques, definir unívocament la «necessitat» en termes sanitaris i establir una forma de fer-la comparable entre individus. Cap d'aquests tres elements està assolit completament en l'estat actual dels nostres coneixements i per tant hem d'apropar-nos al terme equitat per diferents camins indirectes.

El primer pas en el camí cap a l'equitat és el de descobriment de les desigualtats existents actualment en un país o regió. D'aquestes desigualtats n'indicarem tres tipus importants: a) Geogràfiques, b) Individuals i c) Classes socials. Per mesurar el grau de desigualtat existent en cada tipus podem utilitzar mesures del grau de salut, però per causa de les dificultats de trobar un índex de salut que sigui alhora simple i complet, haurem d'utilitzar mesures de la quantitat de factors sanitaris disponibles o bé del seu accés i utilització. En el cas que aquestes mesures tinguin en compte les diferències en la necessitat dels diferents grups tindrem mesures més pròximes a l'equitat.

Sintetitzarem a continuació aquest enfocament:

Tipus de desigualtat (*)

1. Geogràfica
 - 1.1 entre regions
 - 1.2 entre el camp i la ciutat
2. Pacients
 - 1.1 Horitzontal
 - 1.2 Vertical
3. Classes Socials

Mesures de desigualtat ()**

- | | | |
|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Despesa per càpita 2. Accés per càpita 3. Utilització per càpita 4. Nivell de salut | } | Poden ésser corregides en termes de necessitat |
|---|---|---|

La desigualtat geogràfica es pot donar entre regions o bé entre camp i ciutat. La primera serà l'objectiu de la resta de la ponència, atès que, és la que ens interessa... aquí com a base per a una assignació més justa de la despesa sanitària entre les diferents comunitats autònomes. La desigualtat entre el camp i la ciutat, és complicada de mesurar i a tall d'exemple, car que no és l'objectiu d'aquesta ponència, en presentem un quadre extret del llibre: «La Reforma Sanitaria», (14)

La mesura que utilitza aquest quadre és la diferent concentració del personal sanitari entre la capital i la resta de la província, en termes de personal sanitari. En la majoria dels casos la concentració en la capital és superior a la que s'hauria d'esperar si aquests professionals es distribuïssin d'acord amb la població.

Les desigualtats entre pacients poden ésser horitzontals i verticals. Existiria igualtat horitzontal si un pacient «estàndard» amb una malaltia «estàndard», rebés el mateix tractament en qualsevol lloc del sistema sanitari on

(*) D'acord amb la classificació de Cullis y West (13)
(**) Seguint una suggerència de Guvín Mooney

Quadre n.º 2

Concentració de personal sanitari en les capitals de província al 1972

| | Proporció exercint en la capital de província | | | | | |
|--------------------------|---|-----------|----------|---------|-----------|--------|
| | Madrid | Barcelona | València | Sevilla | Saragossa | Bilbao |
| | % | % | % | % | % | % |
| Metges | 96 | 77 | 70 | 80 | 84 | 65 |
| Odontòlegs | 97 | 83 | 78 | 85 | 87 | 68 |
| Farmacèutics | 92 | 71 | 50 | 52 | 77 | 56 |
| Veterinaris | 70 | 32 | 25 | 23 | 26 | 22 |
| Practicants | 93 | 68 | 56 | 66 | 67 | 50 |
| Llevadores | 93 | 64 | 68 | 48 | 58 | 84 |
| Població en la cap. 1970 | 83 | 44 | 37 | 41 | 63 | 39 |

FONT: INE Anuario Estadístico de España, pp. 441, 622-627

estigués situat. Estudis estrangers s'han fixat en les diferències en la mitjana de l'estada hospitalària de pacients afectats de la mateixa malaltia, després d'estandarditzar per edat i sexe. També han estat molt estudiades les diferències a les taxes de cirurgia de malalties senzilles com són les glàndules i les hèrnies. Les taxes per habitant de cirurgia varien força entre regions o països. Aquests i altres estudis ens fan suposar que un pacient pot rebre un tractament diferent dins el mateix sistema sanitari segons l'escola de medicina a la qual pertanyi el professional sanitari, les diferents formes de remunerar el professional, etc.

La igualtat vertical entre pacients consistiria en el fet que cadascun rebés segons el seu grau de necessitat. Sense endinsar-nos en aquest tema, podem observar ràpidament que hi ha especialitats mèdiques, o bé malalties, més atraients que d'altres. Així, per exemple les malalties cròniques en general atreuen menys recursos mèdics que les agudes i les malalties de la gent gran, menys que les de la gent jove. L'existència de malalties, i per tant de malalts de segona categoria, és una demostració de desigualtat vertical.

El tercer tipus de desigualtat és l'existent entre classes socials. Aquest tipus d'estudi és pràcticament inexistent en el nostre país però en canvi, ha atret molta atenció a Anglaterra (15) i (16) on s'ha demostrat que malgrat l'existència del Servei Nacional de la Salut durant els últims 32 anys, i per tant el pagament no és una dificultat per assolir l'atenció mèdica, les diferències en termes de salut entre les classes socials són encara molt importants.

La mesura de les desigualtats pot fer-se, segons l'esquema, de quatre formes diferents: a) Despesa per càpita, b) Accés per càpita, c) Utilització per càpita i d) Indicadors de Salut.

La despesa per càpita recull en una sola magnitud la valoració de la mitjana de recursos sanitaris que es dediquen a cada persona. Es una mesura

simple i completa però presenta dos greus problemes, el primer és el dels preus, encara que amb la mateixa quantitat de diners es pot adquirir un nombre divers de recursos segons la diferència de preus que existeixi entre regions geogràfiques. El cas de les capitals, Barcelona i Madrid, és molt clar. Un segon problema és el de la productivitat, un mateix nombre de recursos, llits d'hospital, hores de metge, receptes, etc, pot donar resultats en termes de salut, molt diferents segons la productivitat que s'assoleixi a cada regió. Així, un millor aprofitament d'un llit hospitalari, mesurat en termes de taxa d'ocupació, pot fer que en aquest llit es tractin molts més malalts que en un altre menys aprofitat.

L'accés a un recurs sanitari és una font importat de desigualtat. El primer factor de l'accés és la disponibilitat física del recurs, després ve el cost de l'accés en termes de pagament i de temps i distància que el malalt ha de viatjar per arribar al recurs. El primer factor pot mesurar-se per la qualitat de recursos (metges, A.T.S., llits d'hospital) per càpita; el segon es qüestió de la cobertura asseguradora que gaudeixi la població, i el tercer es pot mesurar per mitjà de curves isocrones (mateix temps de viatge) e isocostes (mateix cost de viatge) a partir dels recursos sanitaris.

La utilització per càpita dels diferents recursos sanitaris és una mesura bastant aproximada de com el sistema sanitari s'acosta a la població. Problemes a tenir en compte respecte d'aquesta mesura, són la precarietat de les dades que existeixen, sobre alguns tipus de recurs (metge de capçalera, etc.) i també l'efecte substitució entre recursos. Ja sabem que algunes malalties poden ésser tractades ambulatoriament o en un llit hospitalari i per tant existeix substitució entre ambdós recursos. Així, si trobem dues àrees geogràfiques, una amb més visites ambulatories, no podem dir a priori qui fa millor utilització dels recursos sanitaris. Aleshores, la inferior taxa d'hospitalització, pot ésser o bé una atenció més precària, bé una millor atenció perquè s'ha substituït el llit hospitalari per la consulta externa.

Totes aquestes mesures poden ésser corregides per les diferents «necessitats» dels grups que es comparin; una manera de fer operatiu això, és mitjançant l'estandardització de les poblacions que es comparin a través de l'edat, el sexe i la morbiditat.

Finalment, el sistema més perfecte de mesurar desigualtats seria a través de la mesura del nivells de salut. Com que no és possible fer-ne una mesura directa, s'ha desenvolupat tota una bateria d'indicadors més o menys aproximats, i amb diferents problemàtiques.

Malgrat tots els seus defectes, l'indicador més útil per a comparacions entre regions pel fet que és el més disponibles i el més fiable, és la taxa de

mortalitat, la qual pot ésser estandarditzada per edat i sexe per tal de fer-la més comparable.

En la resta de l'apartat s'analitzarà el tipus de desigualtat geogràfica que existeix entre les províncies espanyoles utilitzant els quatre tipus de mesures proposades segons les dades disponibles i publicades.

Desigualtats en la Mortalitat

Les taxes de mortalitat en les províncies espanyoles varien del senzill al doble: el 1976 la província amb una taxa més elevada fou Lugo (12,3 per 1000 habitants) i la més baixa Madrid (6,5 per 1000 habitants), mentra la mitjana de l'estat espanyol fou 8,32 i la desviació estàndard entre províncies fou d'un 14 %. Aquestes diferències són en part per causa de la diferent estructura per edat i sexe de les poblacions de les províncies. Aquesta influència es pot eliminar a base d'estandarditzar les diferents taxes segons el conjunt de la població espanyola, la qual cosa es va fer per a la mitjana dels anys 1970-71 i 72. La taxa més elevada un cop estandarditzada fou la de les illes Balears (12 per mil habitants) i la més baixa Sta. Cruz de Tenerife (6,3 per mil habitants). Es a dir, malgrat l'estandardització, les diferències són encara impressionants.

Una altra taxa de mortalitat molt interessant, com a indicador sanitari, és la mortalitat infantil. Aquesta taxa pot sofrir variacions importants d'un any a l'altre i per això hem agafat dos anys (1975 i 1976). Les xifres són en nens morts abans d'un any per 1000 nens nascuts vius.

| Anys | Província més elevada | Província més baixa | Desviació estàndard |
|------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| 1975 | Avila (33,4) | Huesca (11,8) | 20 % |
| 1976 | Palencia (31,3) | Cuenca (11) | 22 % |

Malgrat la variació d'un any o l'altre, les diferències són sempre de 1:3 i el percentatge de la desviació estàndard respecte a la mitjana es d'un 20 %.

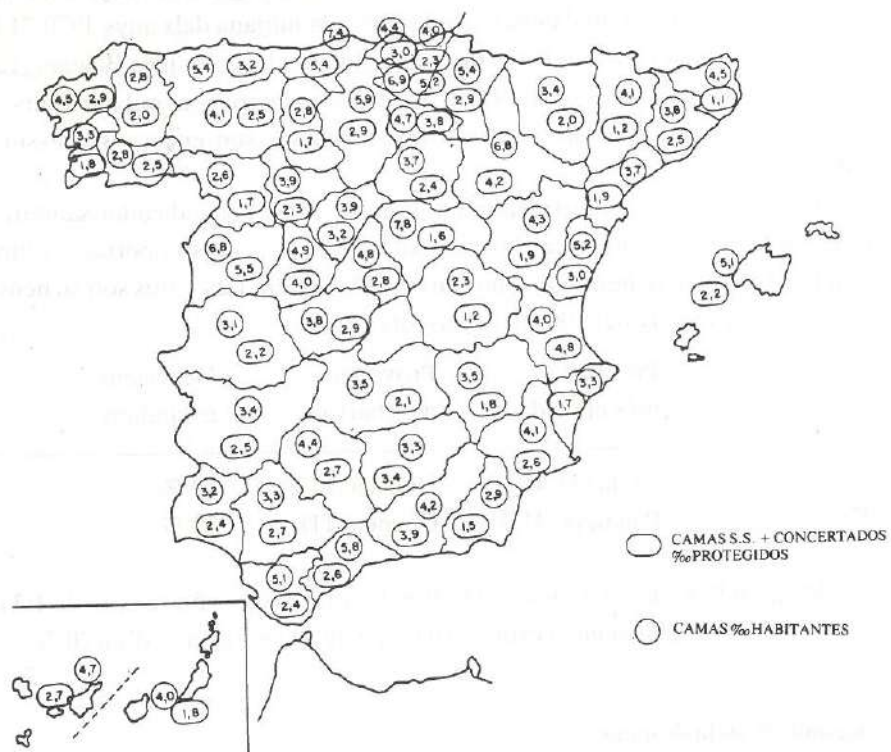
Desigualtats en la despesa

Es difícil de calcular la despesa per càpita a nivell provincial, a canvi hem utilitzat xifres publicades l'any 1976 de la despesa en assistència sanitària

del règim general de la Seguretat Social, la qual hem dividit pel nombre de protegits que la Seguretat Social tenia aquest mateix any a cada província. Hi manquen doncs les despeses dels altres règims, i això pot afectar, encara que lleugerament, la despesa d'alguna província.

La província amb una despesa més elevada fou Santander (8.340 ptes. per persona protegida), i la més baixa Lugo (3.980 ptes. per persona protegida). La desviació estàndard fou un 23 % de la mitjana.

Una part important de la despesa sanitària és l'hospitalària. A través de les dades publicades l'any 1974 sobre la despesa per cada malalt ingressat en un hospital, hi trobem les variacions següents: La província amb una despesa per pacient més elevada fou Madrid (35.429,- ptes. per pacient) i la més baixa Murcia (12.245,- ptes. per pacient). La desviació estàndard era de 29 % respecte de la mitjana.



PANORAMA DE LES DESIGUALTATS SANITÀRIES

| | Mortalitat | | Despesa | | Accés | | Utilització | | | |
|-----------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| | Mortalitat bruta 1976 Est. 70-72 | Mortalitat inf. 1975 | Mortalitat inf. 1976 | Pres. per prot. S.S. 1976 | Pres. per malalt ingr. 1974 | Llits per 1000 hab. 1977 | Hab. per meige-75 | Cobertura S.S. 1976 | Ingres. per 1000 1974 | Despesa far-mac. S.S. per prot. 1976 |
| Alta | 12,3 % | 12 % | 31,3 % | 8.340 pts. | 35.429 pts. | 7,8 | 434 | 99 % | 107,2 | 6.583 |
| Baixa | 6,5 % | 6,3 % | 11 % | 3.980 pts. | 12.245 pts. | 2,3 | 1.800 | 68,6 % | 34,6% | 3.353 |
| Mitjana Estat. | 8,3 % | 8,5 % | 17,1 % | 6.474 pts. | 22.685 pts. | 4,3 | 699 | 87,8 % | 77 | 6.555 |
| Desv. estàndard | 14 % | 13,4 % | 22 % | 23 % | 29 % | 28 % | 31 % | 25 % | 25 % | 27 % |

Desigualtats en l'accés

La primera mesura de l'accés és l'existència de recursos sanitaris, i sobre això hem trobat dades respecte a llits d'hospital i metges.

La dotació de llits per 1.000 habitants i de llits de la Seguretat Social més els concertats per 1000 protegits, l'any 1977 apareixen en el mapa següent.

La dotació de metges més elevada és per a Madrid (1 metge per cada 434 habitants) i la més baixa Cádiz (1 metge per cada 1.800 habitants), en el any 1975. La desviació estàndard és molt important, un 31 % respecte a la mitjana.

Un altre aspecte de l'accés és la cobertura asseguradora que té la població i que per tant evita la carrega del pagament de l'atenció mèdica. Només hem assolit dades sobre la cobertura global. El 1976, dues províncies tenien coberta un 99 % de la seva població, eren Tarragona i Guadalajara. Les províncies més desprotegides foren Badajoz (68,6 %) i Càceres (71,1 %).

Desigualtats en la utilització

Hem pogut aconseguir dades sobre la utilització dels llits hospitalaris i dels medicaments. La taxa d'ingressos de pacients als hospitals va variar el 1974 entre Alava (107,2 ingressos per mil habitants) i Segovia (34,6 ingressos per mil habitants). La mitjana de l'estat espanyol fou de 77 ingressos, i la desviació estàndard fou del 25 % respecte a la mitjana.

La despesa farmacèutica de la Seguretat Social al 1976 està dividida pel nombre de treballadors de cada província, i ens pot donar una idea de les diferències en la utilització d'aquest recurs sanitari. La província més elevada fou Cádiz (11.708 ptes. per treballador) i la més baixa Lugo (3.353 ptes. per treballador). La mitjana de l'Estat espanyol fou 6.583 ptes. i la desviació estàndard de 27 % de la mitjana.

Panorama de les desigualtats

Les desigualtats són generalment fortes per a totes les mesures estudiades. La diferència entre la província més ben situada i la pitjor varien entre 2 i 4 vegades, i les variacions estàndard varien entre el 14 % y el 31 %. En el quadre anterior es resumeixen totes.

Es podria esperar d'una política sanitària racional que intentés disminuir les desigualtats en termes de salut a base de buscar una desigualtat contrària en els mitjans i recursos sanitaris, així podríem esperar que en les

províncies on hi hagués més mortalitat, s'hi dedicaria més despesa, més metges etc. Hem comprovat que això no és així, a través d'unes senzilles correlacions:

1. Correlació entre la mortalidad infantil i els pediatres actius per 1.000 nascuts vius en les províncies de l'Estat Espanyol el 1975 (17)

$$Y = 24,5015 - 0,6551 X \quad r = -0,08$$

Y = Mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius

X = Pediatres actius per 1.000 nascuts vius.

2. Correlació entre la mortalitat infantil y els llits d'aguts per 1.000 habitants en les províncies de l'Estat Espanyol en 1975 (17)

$$Y = 25,4287 - 0,1667 X \quad r = -0,22$$

X = llits d'aguts per 1.000 habitants

Y = mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius.

3. Correlació entre la mortalitat estàndard 1970-72 i la despesa per càpita en assistència sanitària del règim general de la Seguretat Social 1976.

$$Y = 10,2 - 0,0002 X \quad r = 0,235$$

X = despesa per càpita

Y = mortalitat estàndard.

Pràcticament no existeix relació entre la mortalidad infantil i el nombre de pediatres o de llits, i tampoc entre la mortalitat estàndard i la despesa sanitària. Això fa pensar per una banda que els recursos no han estat assignats segons cap mesura racional de la necessitat, i per altra banda que els factors no sanitaris tenen molta influència en la salut, segons es demostra en la correlació següent (17).

Correlació entre la mortalitat infantil i la renda familiar disponible de les províncies de l'Estat Espanyol el 1975

$$Y = 35,0041 - 0,1196 X \quad r = -0,62$$

X = renda disponible per càpita

Y = mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius

La pendent és negativa, és a dir a major renda correspon una menor mortalitat infantil i el coeficient de regressió és altament significatiu.

LA FORMULA DE DISTRIBUCIO DE LA DESPESA SANITARIA DINS EL SNS REGNE UNIT

1. Descripció de la fórmula.

El desig d'assolir una millor distribució dels recursos sanitaris entre la població anglesa fou un dels motius de la creació del Servei Nacional de Salut

Quadre n.º 3

MESURA DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT

| | (a) Mort. Inf. 75 per 1000 hab. | (a) Mort. Inf. 76 per 1000 hab. | (a) Mort. Brut. 76 per 1000 hab. | (b) Mort. Est. 70-72 per 1000 hab. |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Alava | 17,4 | 18,3 | 6,7 | 8,1 |
| Albacete | 25,1 | 19,6 | 9,3 | 9,5 |
| Alicante | 16,6 | 16,1 | 8,6 | 9,4 |
| Almeria | 22,5 | 19,6 | 8,6 | 8,9 |
| Avila | 33,4 | 25,8 | 9,5 | 9,2 |
| Badajoz | 20,5 | 17,7 | 9,9 | 9 |
| Baleares | 16,5 | 14,2 | 9,6 | 12 |
| Barcelona | 14,6 | 14,1 | 7,3 | 7,9 |
| Burgos | 24 | 19,8 | 8,9 | 9,5 |
| Cáceres | 27,1 | 21,4 | 9,4 | 8,3 |
| Cádiz | 20,9 | 19,4 | 7,6 | 7,8 |
| Castellón | 15,2 | 13,1 | 10 | 11,5 |
| Ciudad Real | 20,3 | 16,9 | 9,1 | 9,3 |
| Córdoba | 23,3 | 19,7 | 8,5 | 8,4 |
| Coruña, La | 23,5 | 20,6 | 9 | 8,7 |
| Cuenca | 16,8 | 11 | 10,2 | 9,3 |
| Girona | 17,8 | 15,7 | 9,9 | 10,6 |
| Granada | 25,5 | 22,3 | 8,4 | 8,4 |
| Guadalajara | 22,4 | 16,1 | 9,6 | 10,5 |
| Guipuzcoa | 19,5 | 16,9 | 6,9 | 7,9 |
| Huelva | 23,8 | 20,9 | 10,1 | 10,3 |
| Huesca | 11,8 | 15 | 9,7 | 7,6 |
| Jaen | 22,3 | 22,2 | 8,7 | 7,8 |
| León | 23,1 | 22,1 | 9,3 | 8,6 |
| Lleida | 18,5 | 15,7 | 9,9 | 9,7 |
| Logroño | 17,0 | 19 | 9,3 | 9,4 |
| Lugo | 29,6 | 29,1 | 12,3 | 11,4 |
| Madrid | 14,8 | 13,5 | 6,5 | 6,6 |
| Málaga | 22,8 | 18,8 | 8,5 | 9,2 |
| Murcia | 23,4 | 20,2 | 8,5 | 8,9 |
| Navarra | 18,7 | 16,5 | 8,8 | 8,4 |
| Orense | 24,4 | 22,7 | 10,3 | 9,4 |
| Oviedo | 20,3 | 18,9 | 8,8 | 8,3 |
| Palencia | 30,3 | 31,3 | 10,3 | 10,1 |
| Palmas, Las | 20,2 | 18,5 | 6,7 | 8 |
| Pontevedra | 21,7 | 21,5 | 8,4 | 8,5 |
| Salamanca | 25,1 | 26,3 | 9,5 | 7,6 |
| Sta. Cruz de Tenerife | 20 | 15,9 | 6,7 | 6,3 |
| Santander | 20,4 | 20,7 | 8,5 | 8,7 |
| Segòvia | 20 | 13,3 | 9,5 | 9,4 |
| Sevilla | 18,1 | 15,9 | 8,2 | 8,5 |
| Soria | 19,3 | 15,6 | 10 | 8,8 |
| Tarragona | 18,5 | 15,4 | 10 | 11,1 |
| Teruel | 21,4 | 21 | 11,9 | 9,1 |
| Toledo | 19,8 | 18,3 | 9,3 | 9,1 |
| Valencia | 16,3 | 14,3 | 9 | 9,8 |
| Valladolid | 20,7 | 19 | 7,4 | 7,1 |
| Vizcaya | 18,3 | 16,9 | 7,2 | 7,2 |
| Zamora | 25,8 | 25,8 | 10,3 | 8,2 |
| Zaragoza | 15,8 | 14,9 | 8,7 | 8 |
| Mitjana | 20,9 | 18,7 | 8,99 | 8,9 |
| Desviació estandard | 4,2 | 4,1 | 1,23 | 1,2 |
| Espanya | 18,9 | 17,1 | 8,32 | 8,5 |

a) Font: I.N.E. Anuaris estadístics
b) Font: Elaboració Joan Clos

Quadre n.º 4

DESIGUALTATS EN LA DESPESA SANITARIA

| | (a) Despesa × Protegit S.S. 1976 | (b) Despesa corrent per malalt ingressat 1979 |
|-----------------------|-------------------------------------|--|
| Alava | 5.821 | 19.382 |
| Albacete | 5.666 | 14.128 |
| Alicante | 6.289 | 15.283 |
| Almeria | 4.524 | 12.824 |
| Avila | 5.015 | 15.809 |
| Badajoz | 7.107 | 13.462 |
| Baleares | 5.943 | 15.319 |
| Barcelona | 7.099 | 25.350 |
| Burgos | 4.912 | 14.844 |
| Cáceres | 5.587 | 12.881 |
| Cádiz | 6.204 | 13.460 |
| Castellón | 6.333 | 17.326 |
| Ciudad Real | 4.804 | 21.567 |
| Córdoba | 5.839 | 13.156 |
| Coruña, La | 4.703 | 22.536 |
| Cuenca | 4.405 | 16.063 |
| Girona | 4.555 | 13.990 |
| Granada | 7.154 | 27.087 |
| Guadalajara | 4.611 | 28.064 |
| Guipuzcoa | 6.514 | 18.862 |
| Huelva | 6.241 | 17.690 |
| Huesca | 4.549 | 15.310 |
| Jaen | 5.990 | 14.427 |
| León | 5.163 | 16.856 |
| Lleida | 4.008 | 13.735 |
| Logroño | 7.716 | 21.989 |
| Lugo | 3.980 | 15.418 |
| Madrid | 5.552 | 35.429 |
| Málaga | 7.249 | 21.636 |
| Murcia | 8.319 | 12.245 |
| Navarra | 7.295 | 20.553 |
| Orense | 4.551 | 18.754 |
| Oviedo | 6.135 | 27.712 |
| Palencia | 4.718 | 22.956 |
| Palmas, Las | 6.474 | 16.639 |
| Pontevedra | 4.470 | 17.906 |
| Salamanca | 7.629 | 16.324 |
| Sta. Cruz de Tenerife | 5.260 | 24.827 |
| Santander | 8.340 | 25.328 |
| Segòvia | 6.194 | 14.131 |
| Sevilla | 8.216 | 24.091 |
| Soria | 4.291 | 12.509 |
| Tarragona | 4.728 | 17.144 |
| Teruel | 4.363 | 24.625 |
| Toledo | 7.365 | 30.320 |
| Valencia | 8.029 | 28.633 |
| Valladolid | 6.733 | 19.913 |
| Vizcaya | 6.517 | 21.468 |
| Zamora | 4.624 | 13.820 |
| Zaragoza | 8.158 | 24.614 |
| Mitja | 5.900 | 19.168 |
| Desviació estàndard | 1.329 | 5.533 |
| Espanya | 6.474 | 22.685 |

a) Font: Memoria Estadística INP 1976, Madrid 1977
b) Font: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, año 1974 INE, Madrid 1977.

Quadre n.º 5

MESURES DE L'ACCÉS ALS SERVEIS SANITARIS

| (b) Habitants/metge S. S. 1976 | (c) Llits per 1000 hab. 1974-75 | (a) Població 1977 (excepte | Protegida psiquiàtrics) |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Alava | | | |
| Albacete | 96,6 | 756 | 6,5 |
| Alicante | 82,9 | 1.076 | 3,5 |
| Almeria | 77,6 | 902 | 3,3 |
| Avila | 83,3 | 1.288 | 2,9 |
| Badajoz | 77,4 | 860 | 4,9 |
| Baleares | 68,6 | 1.121 | 3,4 |
| Barcelona | 93,8 | 751 | 5,1 |
| Burgos | 85 | 580 | 3,8 |
| Cáceres | 97,2 | 874 | 5,8 |
| Cádiz | 71,1 | 1.077 | 3,1 |
| Castellón | 83,3 | 1.822 | 5,1 |
| Ciudad Real | 90,4 | 820 | 5,2 |
| Córdoba | 90,2 | 1.155 | 3,5 |
| Coruña, La | 95,9 | 1.209 | 4,4 |
| Cuenca | 96,9 | 652 | 4,5 |
| Girona | 81,9 | 1.164 | 2,3 |
| Granada | 89,9 | 1.048 | 4,5 |
| Guadalajara | 97,5 | 729 | 4,2 |
| Guipúzcoa | 99 | 775 | 7,8 |
| Huelva | 82,6 | 811 | 4 |
| Huesca | 81,4 | 1.066 | 3,2 |
| Jaén | 76,5 | 1.053 | 3,4 |
| León | 83,1 | 1.142 | 3,3 |
| Lleida | 90,1 | 867 | 4,1 |
| Logroño | 85,6 | 985 | 4,1 |
| Lugo | 84,7 | 729 | 4,7 |
| Madrid | 98 | 1.493 | 2,8 |
| Málaga | 95,2 | 434 | 4,8 |
| Murcia | 84 | 925 | 5,2 |
| Navarra | 78,9 | 886 | 4,1 |
| Orense | 79,1 | 629 | 5,4 |
| Oviedo | 73,9 | 1.443 | 2,8 |
| Palencia | 95,6 | 801 | 5,4 |
| Palmas, Las | 85,6 | 793 | 2,8 |
| Pontevedra | 80 | 1.053 | 4 |
| Salamanca | 94,3 | 1.090 | 3,3 |
| Sta. Cruz de Tenerife | 94 | 569 | 6,8 |
| Santander | 88,5 | 1.005 | 4,7 |
| Segovia | 92,1 | 680 | 7,4 |
| Sevilla | 93,1 | 615 | 3,9 |
| Soria | 98,5 | 503 | 3,8 |
| Tarragona | 82,6 | 743 | 3,7 |
| Teruel | 99 | 963 | 3,7 |
| Toledo | 94 | 910 | 4,3 |
| Valencia | 75,9 | 946 | 3,8 |
| Valladolid | 89,3 | 509 | 4 |
| Vizcaya | 78 | 544 | 3,9 |
| Zamora | 84,3 | 729 | 4,4 |
| Zaragoza | 82,3 | 847 | 2,6 |
| | 85,3 | 497 | 6,5 |
| Mitjana | | | |
| Desviació estàndard | 86,9 8 | 898 275 | 4,3 1,22 |
| Espanya | 87,8 | 699 | |

a) Font: Memoria Estadística 1976 INP, Madrid 1977

b) Font: Estadística de los profesionales sanitarios 1974-75, INE, Madrid 1977

c) Font: P. Coll, «La problemática actual de los conciertos con instituciones sanitarias»
Revista de la Seguridad Social, abril-junio 1980, n.º 6 Madrid.

mortalitat, la qual pot ésser estandarditzada per edat i sexe per tal de fer-la més comparable.

En la resta de l'apartat s'analitzarà el tipus de desigualtat geogràfica que existeix entre les províncies espanyoles utilitzant els quatre tipus de mesures proposades segons les dades disponibles i publicades.

Desigualtats en la Mortalitat

Les taxes de mortalitat en les províncies espanyoles varien del senzill al doble: el 1976 la província amb una taxa més elevada fou Lugo (12,3 per 1000 habitants) i la més baixa Madrid (6,5 per 1000 habitants), mentra la mitjana de l'estat espanyol fou 8,32 i la desviació estàndard entre províncies fou d'un 14 %. Aquestes diferències són en part per causa de la diferent estructura per edat i sexe de les poblacions de les províncies. Aquesta influència es pot eliminar a base d'estandarditzar les diferents taxes segons el conjunt de la població espanyola, la qual cosa es va fer per a la mitjana dels anys 1970-71 i 72. La taxa més elevada un cop estandarditzada fou la de les illes Balears (12 per mil habitants) i la més baixa Sta. Cruz de Tenerife (6,3 per mil habitants). Es a dir, malgrat l'estandardització, les diferències són encara impressionants.

Una altra taxa de mortalitat molt interessant, com a indicador sanitari, és la mortalitat infantil. Aquesta taxa pot sofrir variacions importants d'un any a l'altre i per això hem agafat dos anys (1975 i 1976). Les xifres són en nens morts abans d'un any per 1000 nens nascuts vius.

| Anys | Província més elevada | Província més baixa | Desviació estandard |
|------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| 1975 | Avila (33,4) | Huesca (11,8) | 20 % |
| 1976 | Palencia (31,3) | Cuenca (11) | 22 % |

Malgrat la variació d'un any o l'altre, les diferències són sempre de 1:3 i el percentatge de la desviació estàndard respecte a la mitjana es d'un 20 %.

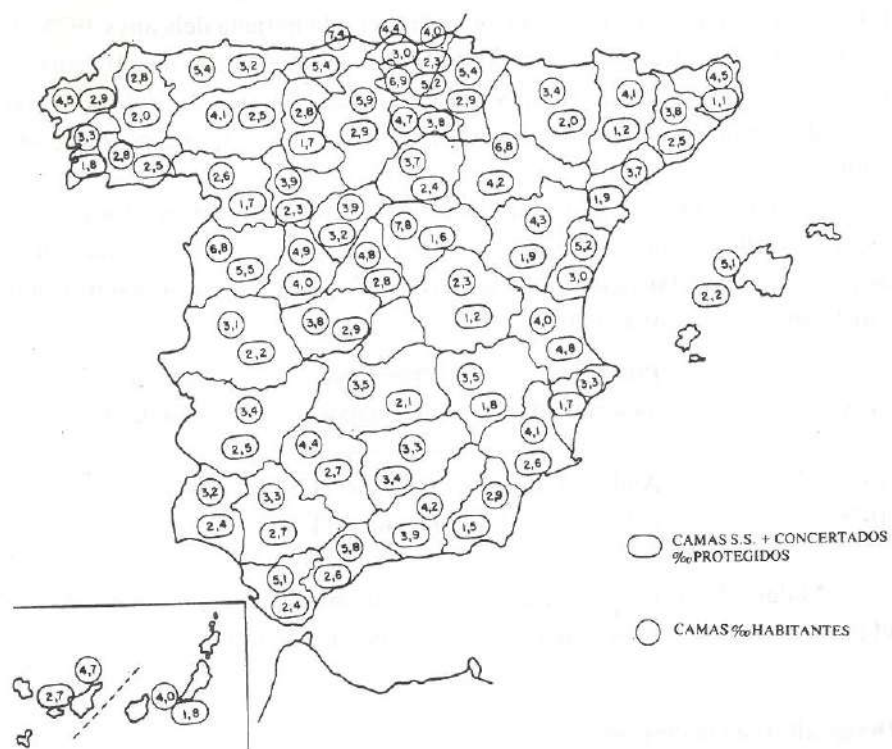
Desigualtats en la despesa

Es difícil de calcular la despesa per càpita a nivell provincial, a canvi hem utilitzat xifres publicades l'any 1976 de la despesa en assistència sanitària

del règim general de la Seguretat Social, la qual hem dividit pel nombre de protegits que la Seguretat Social tenia aquest mateix any a cada província. Hi manquen doncs les despeses dels altres règims, i això pot afectar, encara que lleugerament, la despesa d'alguna província.

La província amb una despesa més elevada fou Santander (8.340 ptes. per persona protegida), i la més baixa Lugo (3.980 ptes. per persona protegida). La desviació estàndard fou un 23 % de la mitjana.

Una part important de la despesa sanitària és l'hospitalària. A través de les dades publicades l'any 1974 sobre la despesa per cada malalt ingressat en un hospital, hi trobem les variacions següents: La província amb una despesa per pacient més elevada fou Madrid (35.429,- ptes. per pacient) i la més baixa Murcia (12.245,- ptes. per pacient). La desviació estàndard era de 29 % respecte de la mitjana.



PANORAMA DE LES DESIGUALTATS SANITÀRIES

| | Mortalitat | | Despesa | | Accés | | Utilització | | |
|-----------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------|--|-------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| | Mortalitat bruta 1976 | Mortalitat Est. 70-72 inf. 1975 | Mortalitat 1976 | Ptes. per prot. S.S. malalt ingr. 1974 | Lits per 1000 hab. 1977 | Hab. per metge-75 | Cobertura S.S. 1976 | Ingres. per 1000 1974 | Despesa far-mac. S.S. per prot. 1976 |
| Alta | 12,3 % | 12 % | 31,3 % | 8.340 ptes. | 7,8 | 434 | 99 % | 107,2 | 6.583 |
| Baixa | 6,5 % | 6,3 % | 11 % | 3.980 ptes. | 2,3 | 1.800 | 68,6 % | 34,6% | 3.353 |
| Mitjana Estat. | 8,3 % | 8,5 % | 17,1 % | 6.474 ptes. | 4,3 | 699 | 87,8 % | 77 | 6.555 |
| Desv. estàndard | 14 % | 13,4 % | 22 % | 23 % | 28 % | 31 % | 25 % | 27 % | 27 % |

Desigualtats en l'accés

La primera mesura de l'accés és l'existència de recursos sanitaris, i sobre això hem trobat dades respecte a llits d'hospital i metges.

La dotació de llits per 1.000 habitants i de llits de la Seguretat Social més els concertats per 1000 protegits, l'any 1977 apareixen en el mapa següent.

La dotació de metges més elevada és per a Madrid (1 metge per cada 434 habitants) i la més baixa Cádiz (1 metge per cada 1.800 habitants), en el any 1975. La desviació estàndard és molt important, un 31 % respecte a la mitjana.

Un altre aspecte de l'accés és la cobertura asseguradora que té la població i que per tant evita la carrega del pagament de l'atenció mèdica. Només hem assolit dades sobre la cobertura global. El 1976, dues províncies tenien coberta un 99 % de la seva població, eren Tarragona i Guadalajara. Les províncies més desprotegides foren Badajoz (68,6 %) i Càceres (71,1 %).

Desigualtats en la utilització

Hem pogut aconseguir dades sobre la utilització dels llits hospitalaris i dels medicaments. La taxa d'ingressos de pacients als hospitals va variar el 1974 entre Alava (107,2 ingressos per mil habitants) i Segovia (34,6 ingressos per mil habitants). La mitjana de l'estat espanyol fou de 77 ingressos, i la desviació estàndard fou del 25 % respecte a la mitjana.

La despesa farmacèutica de la Seguretat Social al 1976 està dividida pel nombre de treballadors de cada província, i ens pot donar una idea de les diferències en la utilització d'aquest recurs sanitari. La província més elevada fou Cádiz (11.708 ptes. per treballador) i la més baixa Lugo (3.353 ptes. per treballador). La mitjana de l'Estat espanyol fou 6.583 ptes. i la desviació estàndard de 27 % de la mitjana.

Panorama de les desigualtats

Les desigualtats són generalment fortes per a totes les mesures estudiades. La diferència entre la província més ben situada i la pitjor varien entre 2 i 4 vegades, i les variacions estàndard varien entre el 14 % y el 31 %. En el quadre anterior es resumeixen totes.

Es podria esperar d'una política sanitària racional que intentés disminuir les desigualtats en termes de salut a base de buscar una desigualtat contrària en els mitjans i recursos sanitaris, així podríem esperar que en les

províncies on hi hagués més mortalitat, s'hi dedicaria més despesa, més metges etc. Hem comprovat que això no és així, a través d'unes senzilles correlacions:

1. Correlació entre la mortalidad infantil i els pediatres actius per 1.000 nascuts vius en les províncies de l'Estat Espanyol el 1975 (17)

$$Y = 24,5015 - 0,6551 X \quad r = -0,08$$

Y = Mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius

X = Pediatres actius per 1.000 nascuts vius.

2. Correlació entre la mortalitat infantil y els llits d'aguts per 1.000 habitants en les províncies de l'Estat Espanyol en 1975 (17)

$$Y = 25,4287 - 0,1667 X \quad r = -0,22$$

X = llits d'aguts per 1.000 habitants

Y = mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius.

3. Correlació entre la mortalitat estàndard 1970-72 i la despesa per càpita en assistència sanitària del règim general de la Seguretat Social 1976.

$$Y = 10,2 - 0,0002 X \quad r = 0,235$$

X = despesa per càpita

Y = mortalitat estàndard.

Pràcticament no existeix relació entre la mortalidad infantil i el nombre de pediatres o de llits, i tampoc entre la mortalitat estàndard i la despesa sanitària. Això fa pensar per una banda que els recursos no han estat assignats segons cap mesura racional de la necessitat, i per altra banda que els factors no sanitaris tenen molta influència en la salut, segons es demostra en la correlació següent (17).

Correlació entre la mortalitat infantil i la renda familiar disponible de les províncies de l'Estat Espanyol el 1975

$$Y = 35,0041 - 0,1196 X \quad r = -0,62$$

X = renda disponible per càpita

Y = mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius

La pendent és negativa, és a dir a major renda correspon una menor mortalitat infantil i el coeficient de regressió és altament significatiu.

LA FORMULA DE DISTRIBUCIO DE LA DESPESA SANITARIA DINS EL SNS REGNE UNIT

1. Descripció de la fórmula.

El desig d'assolir una millor distribució dels recursos sanitaris entre la població anglesa fou un dels motius de la creació del Servei Nacional de Salut

Quadre n.º 3

MESURA DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT

| | (a) Mort. Inf. 75 per 1000 hab. | (a) Mort. Inf. 76 per 1000 hab. | (a) Mort. Brut. 76 per 1000 hab. | (b) Mort. Est. 70-72 per 1000 hab. |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Alava | 17,4 | 18,3 | 6,7 | 8,1 |
| Albacete | 25,1 | 19,6 | 9,3 | 9,5 |
| Alicante | 16,6 | 16,1 | 8,6 | 9,4 |
| Almeria | 22,5 | 19,6 | 8,6 | 8,9 |
| Avila | 33,4 | 25,8 | 9,5 | 9,2 |
| Badajoz | 20,5 | 17,7 | 9,9 | 9 |
| Baleares | 16,5 | 14,2 | 9,6 | 12 |
| Barcelona | 14,6 | 14,1 | 7,3 | 7,9 |
| Burgos | 24 | 19,8 | 8,9 | 9,5 |
| Caceres | 27,1 | 21,4 | 9,4 | 8,3 |
| Cádiz | 20,9 | 19,4 | 7,6 | 7,8 |
| Castellón | 15,2 | 13,1 | 10 | 11,5 |
| Ciudad Real | 20,3 | 16,9 | 9,1 | 9,3 |
| Córdoba | 23,3 | 19,7 | 8,5 | 8,4 |
| Coruña, La | 23,5 | 20,6 | 9 | 8,7 |
| Cuenca | 16,8 | 11 | 10,2 | 9,3 |
| Girona | 17,8 | 15,7 | 9,9 | 10,6 |
| Granada | 25,5 | 22,3 | 8,4 | 8,4 |
| Guadalajara | 22,4 | 16,1 | 9,6 | 10,5 |
| Guipuzcoa | 19,5 | 16,9 | 6,9 | 7,9 |
| Huelva | 23,8 | 20,9 | 10,1 | 10,3 |
| Huesca | 11,8 | 15 | 9,7 | 7,6 |
| Jaen | 22,3 | 22,2 | 8,7 | 7,8 |
| León | 23,1 | 22,1 | 9,3 | 8,6 |
| Lleida | 18,5 | 15,7 | 9,9 | 9,7 |
| Logroño | 17,0 | 19 | 9,3 | 9,4 |
| Lugo | 29,6 | 29,1 | 12,3 | 11,4 |
| Madrid | 14,8 | 13,5 | 6,5 | 6,6 |
| Málaga | 22,8 | 18,8 | 8,5 | 9,2 |
| Murcia | 23,4 | 20,2 | 8,5 | 8,9 |
| Navarra | 18,7 | 16,5 | 8,8 | 8,4 |
| Orense | 24,4 | 22,7 | 10,3 | 9,4 |
| Oviedo | 20,3 | 18,9 | 8,8 | 8,3 |
| Palencia | 30,3 | 31,3 | 10,3 | 10,1 |
| Palmas, Las | 20,2 | 18,5 | 6,7 | 8 |
| Pontevedra | 21,7 | 21,5 | 8,4 | 8,5 |
| Salamanca | 25,1 | 26,3 | 9,5 | 7,6 |
| Sta. Cruz de Tenerife | 20 | 15,9 | 6,7 | 6,3 |
| Santander | 20,4 | 20,7 | 8,5 | 8,7 |
| Segòvia | 20 | 13,3 | 9,5 | 9,4 |
| Sevilla | 18,1 | 15,9 | 8,2 | 8,5 |
| Soria | 19,3 | 15,6 | 10 | 8,8 |
| Tarragona | 18,5 | 15,4 | 10 | 11,1 |
| Teruel | 21,4 | 21 | 11,9 | 9,1 |
| Toledo | 19,8 | 18,3 | 9,3 | 9,1 |
| Valencia | 16,3 | 14,3 | 9 | 9,8 |
| Valladolid | 20,7 | 19 | 7,4 | 7,1 |
| Vizcaya | 18,3 | 16,9 | 7,2 | 7,2 |
| Zamora | 25,8 | 25,8 | 10,3 | 8,2 |
| Zaragoza | 15,8 | 14,9 | 8,7 | 8 |
| Mitjana | 20,9 | 18,7 | 8,99 | 8,9 |
| Desviació estandard | 4,2 | 4,1 | 1,23 | 1,2 |
| Espanya | 18,9 | 17,1 | 8,32 | 8,5 |

a) Font: I.N.E. Anuaris estadístics
b) Font: Elaboració Joan Clos

Quadre n.º 4

DESIGUALTATS EN LA DESPESA SANITARIA

| | (a) Despesa × Protegit S.S. 1976 | (b) Despesa corrent per malalt ingressat 1979 |
|-----------------------|-------------------------------------|--|
| Alava | 5.821 | 19.382 |
| Albacete | 5.666 | 14.128 |
| Alicante | 6.289 | 15.283 |
| Almeria | 4.524 | 12.824 |
| Avila | 5.015 | 15.809 |
| Badajoz | 7.107 | 13.462 |
| Baleares | 5.943 | 15.319 |
| Barcelona | 7.099 | 25.350 |
| Burgos | 4.912 | 14.844 |
| Caceres | 5.587 | 12.881 |
| Cádiz | 6.204 | 13.460 |
| Castellón | 6.333 | 17.326 |
| Ciudad Real | 4.804 | 21.567 |
| Córdoba | 5.839 | 13.156 |
| Coruña, La | 4.703 | 22.536 |
| Cuenca | 4.405 | 16.063 |
| Girona | 4.555 | 13.990 |
| Granada | 7.154 | 27.087 |
| Guadalajara | 4.611 | 28.064 |
| Guipuzcoa | 6.514 | 18.862 |
| Huelva | 6.241 | 17.690 |
| Huesca | 4.549 | 15.310 |
| Jaen | 5.990 | 14.427 |
| León | 5.163 | 16.856 |
| Lleida | 4.008 | 13.735 |
| Logroño | 7.716 | 21.989 |
| Lugo | 3.980 | 15.418 |
| Madrid | 5.552 | 35.429 |
| Málaga | 7.249 | 21.636 |
| Murcia | 8.319 | 12.245 |
| Navarra | 7.295 | 20.553 |
| Orense | 4.551 | 18.754 |
| Oviedo | 6.135 | 27.712 |
| Palencia | 4.718 | 22.956 |
| Palmas, Las | 6.474 | 16.639 |
| Pontevedra | 4.470 | 17.906 |
| Salamanca | 7.629 | 16.324 |
| Sta. Cruz de Tenerife | 5.260 | 24.827 |
| Santander | 8.340 | 25.328 |
| Segòvia | 6.194 | 14.131 |
| Sevilla | 8.216 | 24.091 |
| Soria | 4.291 | 12.509 |
| Tarragona | 4.728 | 17.144 |
| Teruel | 4.363 | 24.625 |
| Toledo | 7.365 | 30.320 |
| Valencia | 8.029 | 28.633 |
| Valladolid | 6.733 | 19.913 |
| Vizcaya | 6.517 | 21.468 |
| Zamora | 4.624 | 13.820 |
| Zaragoza | 8.158 | 24.614 |
| Mitja | 5.900 | 19.168 |
| Desviació estàndard | 1.329 | 5.533 |
| Espanya | 6.474 | 22.685 |

a) Font: Memoria Estadística INP 1976, Madrid 1977
b) Font: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, año 1974 INE, Madrid 1977.

Quadre n.º 5

MESURES DE L'ACCÉS ALS SERVEIS SANITARIS

| (b) Habitants/metge S.S. 1976 | (c) Llits per 1000 hab. 1974-75 | (a) Població 1977 (excepte psiquiàtics) | Protegida |
|----------------------------------|------------------------------------|--|-------------|
| Alava | | | |
| Albacete | 96,6 | 756 | 6,5 |
| Alicante | 82,9 | 1.076 | 3,5 |
| Almeria | 77,6 | 902 | 3,3 |
| Avila | 83,3 | 1.288 | 2,9 |
| Badajoz | 77,4 | 860 | 4,9 |
| Baleares | 68,6 | 1.121 | 3,4 |
| Barcelona | 93,8 | 751 | 5,1 |
| Burgos | 85 | 580 | 3,8 |
| Cáceres | 97,2 | 874 | 5,8 |
| Cádiz | 71,1 | 1.077 | 3,1 |
| Castellón | 83,3 | 1.822 | 5,1 |
| Ciudad Real | 90,4 | 820 | 5,2 |
| Córdoba | 90,2 | 1.155 | 3,5 |
| Coruña, La | 95,9 | 1.209 | 4,4 |
| Cuenca | 96,9 | 652 | 4,5 |
| Girona | 81,9 | 1.164 | 2,3 |
| Granada | 89,9 | 1.048 | 4,5 |
| Guadalajara | 97,5 | 729 | 4,2 |
| Guipúzcoa | 99 | 775 | 7,8 |
| Huelva | 82,6 | 811 | 4 |
| Huesca | 81,4 | 1.066 | 3,2 |
| Jaén | 76,5 | 1.053 | 3,4 |
| León | 83,1 | 1.142 | 3,3 |
| Lleida | 90,1 | 867 | 4,1 |
| Logroño | 85,6 | 985 | 4,1 |
| Lugo | 84,7 | 729 | 4,7 |
| Madrid | 98 | 1.493 | 2,8 |
| Málaga | 95,2 | 434 | 4,8 |
| Murcia | 84 | 925 | 5,2 |
| Navarra | 78,9 | 886 | 4,1 |
| Orense | 79,1 | 629 | 5,4 |
| Oviedo | 73,9 | 1.443 | 2,8 |
| Palencia | 95,6 | 801 | 5,4 |
| Palmas, Las | 85,6 | 793 | 2,8 |
| Pontevedra | 80 | 1.053 | 4 |
| Salamanca | 94,3 | 1.090 | 3,3 |
| Sta. Cruz de Tenerife | 94 | 569 | 6,8 |
| Santander | 88,5 | 1.005 | 4,7 |
| Segovia | 92,1 | 680 | 7,4 |
| Sevilla | 93,1 | 615 | 3,9 |
| Soria | 98,5 | 503 | 3,8 |
| Tarragona | 82,6 | 743 | 3,7 |
| Teruel | 99 | 963 | 3,7 |
| Toledo | 94 | 910 | 4,3 |
| Valencia | 75,9 | 946 | 3,8 |
| Valladolid | 89,3 | 509 | 4 |
| Vizcaya | 78 | 544 | 3,9 |
| Zamora | 84,3 | 729 | 4,4 |
| Zaragoza | 82,3 | 847 | 2,6 |
| | 85,3 | 497 | 6,5 |
| Mitjana | | | |
| Desviació estàndard | 86,9 8 | 898 275 | 4,3 1,22 |
| Espanya | 87,8 | 699 | |

a) Font: Memoria Estadística 1976 INP, Madrid 1977

b) Font: Estadística de los profesionales sanitarios 1974-75, INE, Madrid 1977

c) Font: P. Coll, «La problemática actual de los concertos con instituciones sanitarias»
Revista de la Seguridad Social, abril-junio 1980, n.º 6 Madrid.

Quadre n.º 6

MESURES DE LES DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DELS RECURSOS
SANITARIS

| | (a) Pacients ingressats en hospital per 1000 hab. 1974 | (b) Despesa farmacèutica S.S. per treballador 1976 |
|-----------------------|--|--|
| Alava | 107,2 | 4.799 |
| Albacete | 67,6 | 7.948 |
| Alicante | 65,6 | 7.777 |
| Almeria | 63,2 | 9.912 |
| Avila | 50 | 5.784 |
| Badajoz | 62,4 | 8.877 |
| Balears | 100,3 | 6.083 |
| Barcelona | 88,8 | 6.312 |
| Burgos | 81 | 4.446 |
| Cáceres | 42,7 | 7.152 |
| Cádiz | 88,6 | 11.708 |
| Castellón | 69,6 | 6.689 |
| Ciudad Real | 57,7 | 8.366 |
| Córdoba | 70,6 | 8.682 |
| Coruña, La | 68,6 | 5.096 |
| Cuenca | 37,6 | 6.868 |
| Girona | 66 | 5.641 |
| Granada | 70,5 | 8.517 |
| Guadalajara | 53,8 | 5.164 |
| Guipuzcoa | 78,1 | 6.167 |
| Huelva | 67,1 | 9.562 |
| Huesca | 56,6 | 5.376 |
| Jaen | 56,2 | 8.772 |
| León | 68,8 | 5.334 |
| Lleida | 80 | 5.328 |
| Logroño | 78,8 | 6.454 |
| Lugo | 41,2 | 3.353 |
| Madrid | 84,1 | 4.788 |
| Málaga | 70,8 | 8.766 |
| Murcia | 92,8 | 8.791 |
| Navarra | 92,9 | 5.630 |
| Orense | 42,1 | 4.311 |
| Oviedo | 67,7 | 5.259 |
| Palencia | 66,1 | 5.582 |
| Palmas, Las | 91 | 7.690 |
| Pontevedra | 67,3 | 6.245 |
| Salamanca | 74,9 | 8.270 |
| Sta. Cruz de Tenerife | 67,2 | 6.751 |
| Santander | 93,6 | 6.492 |
| Segovia | 34,6 | 4.993 |
| Sevilla | 88,8 | 9.075 |
| Soria | 67,3 | 3.905 |
| Tarragona | 81,3 | 6.395 |
| Teruel | 40,7 | 3.774 |
| Toledo | 44,2 | 7.427 |
| Valencia | 83,8 | 8.136 |
| Valladolid | 89 | 5.359 |
| Vizcaya | 87,3 | 5.629 |
| Zamora | 49,9 | 4.791 |
| Zaragoza | 89,3 | 5.627 |
| Mitjana | 70,1 | 6.555 |
| Desviació estàndard | 17,7 | 1.794 |
| Espanya | 77 | 6.593 |

a) Font: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, año 1974 I.N.E.
Madrid 1977

b) Font: Memoria Estadística I.N.P. año 1976 Madrid 1977

(SNS) anglès. Una de les raons que va justificar la creació d'un Servei Nacional i no un de basat en els municipis i comunitats locals, era —en paraules de Aneurin Bevan, Ministre de Salut que va crear el Servei, (18) la necessitat d'«Assolir fins on sigui possible un estàndard uniforme de serveis per a tots».

Aquest objectiu ha estat assolit només en part, ja que en crear-se el SNS hom topa amb una situació sanitària desordenada i amb importants diferències regionals. Els primers anys de SNS varen mantenir aquestes diferències per causa del sistema de finançament que es feia basant-se en la despesa històrica i per tant perllongant les diferències existents.

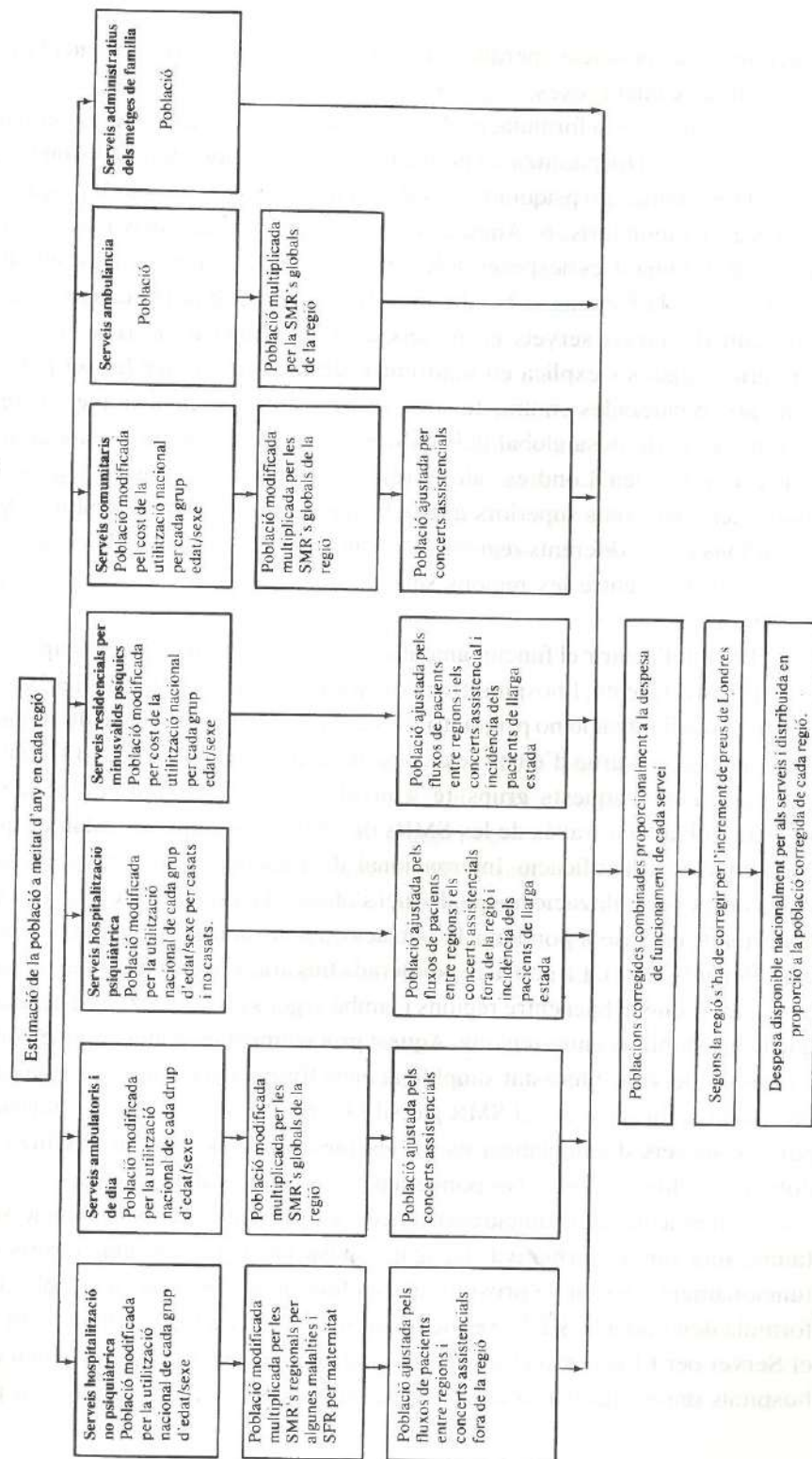
L'any 1975 es va crear, coincidint amb la reforma de l'organització del SNS de l'any abans, el Grup de Treball sobre la Distribució de Recursos (Resource Allocation Working Party), amb la missió d'estudiar el sistema de finançament de les Regions, Àrees i Districtes dins del SNS i proposar millores.

La proposta d'aquest Grup (19) està continguda en una fórmula que es presenta en forma gràfica a continuació.

Aquesta fórmula permet de calcular la proporció del pressupost del SNS que es dedicarà a cada regió. Els pilars que fonamenten aquesta fórmula són dos: la població i les taxes estandarditzades de mortalitat (SMRs). Les xifres de població són la base per assolir una distribució més justa de la despesa. Ara bé, una distribució igualitària de la despesa basada només en la xifra de població, és a dir la mateixa despesa per a cada persona, no seria completament justa, ni tant sols modificada per la diferent despesa que es dona segons els sexes i segons les diferents edats, sinó que cal tenir en compte els diferents graus de necessitat de cada regió i per tant s'imposa un enfocament equitatiu, que tingui en compte aquesta discriminació positiva en favor dels més necessitats. El criteri que el Grup va proposar per a calcular aquesta diferent necessitat fou la morbiditat, però per la manca de bons indicadors de morbiditat es va decidir d'utilitzar les taxes de mortalitat estandarditzades. Pel cas especial dels serveis de maternitat s'utilitzen taxes de persones casades.

La població s'utilitza segons el tipus de servei, de forma directa o bé estandarditzada segons la utilització que es fa en l'àmbit nacional d'aquest servei. Així, per exemple en el cas de l'hospitalització no psiquiàtrica, es pondera la població segons la utilització que es fa dels llits d'hospital per cada grup d'edat i sexe a nivell nacional, d'aquesta manera es reconeix la diferent utilització que fa dels serveis cada grup d'edat i sexe. En canvi, en els serveis d'ambulància i els serveis administratius dels metges de família, s'utilitza

FORMULA DE DISTRIBUCIO DE LA DESPESA SANITARIA AL REGNE UNIT



directament la població, perquè aquests serveis son menys dependents de l'estructura de edat i sexes.

Per a utilitzar la fórmula, es divideixen en primer lloc els serveis sanitaris en 7 grups: 1. Hospitalització no psiquiàtrica, 2. Ambulatoris i hospital de dia, 3. Hospitalització psiquiàtrica, 4. Residències per a minusvàlids psíquics, 5. Serveis Comunitaris, 6. Ambulàncies i 7. Administració dels Comitès de metges de família. Les despeses dels metges de família, medicaments, etc. no s'inclouen en la fórmula si bé s'administren a través d'altres canals. Per a cadascun d'aquests serveis es parteix de la població de la regió i es va ponderant segons s'explica en la fórmula, després es refonen les set poblacions així ponderades en una de sola, en base a la participació que a nivell nacional té la despesa global del SNS. Si la regió en qüestió és una de les quatre que formen Londres, aleshores cal modificar els costos segons la ponderació per preus superiors que té la capital i finalment es combinen les poblacions de les diferents regions, de forma que es pot dividir el pressupost global del SNS entre les regions segons la proporció de la seva població ponderada.

Per tal d'aclarir el funcionament de la fórmula, utilitzarem dos tipus de serveis ben diferents, l'hospitalització no psiquiàtrica i les ambulàncies. En el cas de l'hospitalització no psiquiàtrica es comença amb la població de la regió i es pondera cada grup d'edat i sexe, segons la utilització d'estades d'hospital que cadascun d'aquests grups té a nivell nacional. Després es pondera aquesta població a través de les SMRs de 15 dels 17 grups de malalties que contempla la Classificació Internacional de Malalties, s'exclouen els dos grups de menor utilització hospitalària, i s'afegeix la utilització dels serveis de maternitat, en base a ponderar la població segons la taxa de fertilitat (Standard Fertility Rate). La població ponderada fins ara, s'ajusta segons els fluxos de pacients que hi hagi entre regions i també segons els concerts assistencials que hagi establerts entre regions. Aquest procediment és el més complex dels 7 tipus de Serveis, i ha estat simplificat en la fórmula que s'aplica a Escòcia, on s'utilitza directament el SMR global i no per a cada malaltia. La fórmula per als serveis d'ambulància és de les més senzilles, perquè s'utilitza la població en forma directa i es pondera per la SMR global de la regió.

A més a més de la funció assistencial, els hospitals del SNS acompleixen també una funció formativa, la qual suposa un increment dels costos de funcionament. Per tal de proveir aquests fons addicionals es va establir una fórmula denominada SIFT (Service Increment for Teaching — Increment en el Servei per l'Ensenyament) El SIFT calcula l'excés de cost que tenen els hospitals universitaris respecte els que no ho són i divideix aquest cost pel

nombre d'estudiants, la mitjana d'aquests valors s'utilitza com a referència i es calcula a partir d'ella l'increment de fons educatius que cada regió tindrà en funció del nombre d'estudiants que tingui.

Fins ara hem explicat la fórmula de repartiment de la despesa de funcionament dels serveis sanitaris. L'informe del Grup de treball estudia també el repartiment dels fons d'inversió. El mètode s'inicia amb una valoració de l'stock de capital que actualment té cada regió. Per fer això s'utilitza una fórmula mixta, que suma els fons realment invertits en els últims anys i una valoració de la reposició del capital més antic. Un cop valorat aquests stocks, es procedeix a valorar la necessitat de capital, basant-se en la població i la mortalitat, de forma similar a com s'ha fet per a la despesa de funcionament. El resultat és una fórmula que permet redistribuir l'stock global actual de capital entre les diferents regions i en funció de les seves necessitats. La diferència entre aquesta distribució més justa i l'actual, es tradueix en dèficits i superàvits segons les regions. Els dèficits són els objectius a cobrir per la política inversora dels propers anys.

2. Aplicació de la fórmula

La primera constatació que fan els autors de l'informe és la gran variació que existeix entre la mortalitat de les diferents regions angleses. La regió que té una taxa de mortalitat més elevada, supera en un 38 % a la que la té més petita. Un cop estandarditzades aquestes xifres segons edat i sexe, la diferència disminueix però segueix essent molt important, 28 % en el cas dels homes i 21 % en el de les dones. Liverpool i Wessex són les regions amb taxes més elevades per homes i dones respectivament i Oxford és la regió amb una mortalitat més petita en ambdós casos.

El Grup no va analitzar diferències de mortalitat dins les regions, i aquestes poden ésser encara més grans que les diferències entre regions pels problemes d'agregació.

El resultat d'aplicar la fórmula és una distribució ideal dels recursos sanitaris entre les Regions. La diferència entre la situació real i l'ideal és important en algunes regions, especialment les del nord d'Anglaterra que són les més desfavorides i estan per sota de l'ideal i les de Londres que estan molt per sobre de l'ideal. L'aplicació directa de la fórmula per calcular la distribució de la despesa per al proper any fou considerada no convenient pel Grup, que va proposar en canvi una aproximació paulatina. La distribució ideal es considera doncs com un objectiu a assolir i el camí per a arribar-hi es cons-

trueix en base a uns mínims i màxims de creixement de la despesa de cada regió respecte de l'any anterior. Les regions més afavorides creixeran només segons el mínim establert, i aquest pot ésser fins i tot negatiu, mentre que les regions més desvalgudes creixeran al màxim i aquest es va proposar en l'informe que fos el 5 %. Les regions podran així arribar en el termini d'alguns anys al seu objectiu de participació dins els recursos sanitaris. El ritme de progressió vers l'objectiu serà determinat per raons econòmiques i polítiques, i dins de les primeres es considera molt important el creixement del producte nacional.

3. Crítica de la fórmula RAWP (Resource Allocation Working Party) (*)

Un dels informes que la comissió sobre la reorganització del SNS, va encarregar l'any 1977 fou una revisió crítica de l'informe RAWP (20).

Una de les primeres crítiques que aquest informe fa del RAWP és que es tracta d'una fórmula de racionament dels recursos que prèviament s'han destinat a la sanitat, però no discuteix mai la justícia d'aquesta primera i bàsica decisió.

La fórmula RAWP no pretén assolir que tots els anglesos rebin la quantitat de despesa sanitària que necessiten, sinó que un cop decidida la quantitat que nacionalment es dedicarà a la sanitat, aleshores busca el mètode de repartir-la tenint en compte les necessitats relatives de cada regió.

Una crítica a la utilització de les dades demogràfiques que fa la fórmula, es deriva del fet que s'utilitzen poblacions temporalment diferents per al càlcul de la despesa de funcionament i la d'inversió. La despesa de funcionament es basa en la última xifra disponible; que acostuma a ésser de dos anys abans mentre que la despesa d'inversió es basa en la projecció de la població d'aquí a 5 anys. Aquesta diferència pot ésser important a l'hora de posar en marxa nous equipaments.

La utilització de la mortalitat com una aproximació de la morbiditat és criticada en aquest informe, si bé reconeix que actualment seria difícil trobar una mesura de la morbiditat que fos omnicompreensiva. També es critica la ponderació que s'ha comentat abans en el cas dels serveis hospitalaris no psiquiàtrics, on la població es ponderava per les SMRs de cada grup de causes de mortalitat, ponderades per la utilització que a nivell nacional

es fa dels llits d'hospital. Aquesta ponderació si bé té l'avantatge que modera el pes d'algunes causes de mortalitat, les quals són importants i viceversa, en canvi introdueixen un factor lligat a l'actual oferta sanitària, i per tant és un factor tendent a reproduir la situació actual.

Un parell més de crítiques a la utilització de la mortalitat com a mesura de la necessitat, són la relació lineal que la fórmula estableix entre mortalitat i despesa, i la importància dels factors socials que creen demanda sanitària. Els autors de l'informe afirmen respecte de la primera crítica «No coneixem cap dada que justifiqui que si la mortalitat en una determinada regió és un 10 % més elevada, la despesa hagi d'ésser també un 10 % més alta». La segona crítica contempla la necessitat de serveis sanitaris per motius socials i per tant no lligats a la mortalitat, com pot ésser les estades més llargues en els hospitals de les persones amb escassos mitjans econòmics.

Una altra crítica important és la hipòtesi que l'informe RAWP fa que per assolir l'objectiu de repartir millor els serveis sanitaris, el que cal fer es equilibrar la despesa. La hipòtesi implícita és que l'output, és a dir, els serveis, la salut o l'accés a la sanitat, s'iguali al input, és a dir, el volum de la despesa sanitària. Aquest ús alternatiu dels inputs com a mesura dels outputs és molt freqüent en l'anàlisi sanitària, per causa de les dificultats pràctiques de mesurar els outputs. Malgrat tot no es pot oblidar que entre els inputs i els outputs hi ha dos passos intermitjos que poden fer no vàlida la hipòtesi. En primer lloc es mesuren els inputs en forma de despesa global i no d'unitats físiques, això es tradueix en què les diferències regionals dels preus dels factors sanitaris (llevat Londres) no són tinguts en compte, i per tant una regió pot amb la mateixa despesa comprar menys inputs físics que una altra. El segon interrogant està en la productivitat d'aquests recursos i aquesta productivitat que pot ésser diferent entre les regions per causa del diferent grau de mecanització, diferent capacitat tècnica, diferent capacitat organitzativa, etc. En l'informe que es va fer específicament per a Escòcia es va tenir en compte un factor que podia influir en una diferent productivitat com era el cas de ies diferents densitats de població, que tenen molta influència en els serveis comunitaris i domiciliaris.

El sistema RAWP es concentra únicament en l'administració dels fons dels SNS i fa explícita referència als efectes que sobre la salut tenen altres variables socials com pot ésser la vivenda, educació etc. però considera que les relacions entre aquestes variables i la salut no estan clarament determinades i per altra banda no és competència del SNS la millora d'aquestes variables. L'informe encarregat per la Comissió Reial remarca que aquest enfoca-

(*) Una revisió més recent de les crítiques a la fórmula es pot trobar a Maynard i Ludbrook, «Budget Allocation in the National Health Service», *Journal Social Policy*, Vol. 9 Part 3, Juliol 1980 pp 289-312.

ment pot portar a greus problemes de coordinació entre diferents entitats públiques i posa a tall d'exemple els Serveis socials personals que són competència de les entitats locals, i com un problema clar de necessitat de coordinació el de l'atenció a la vellesa on es cal coordinar recursos sanitaris i de serveis socials i que en molts casos són substitutius entre ells, com pot ésser el cas de l'atenció a la llar com a substitutiu de l'estada hospitalària.

Finalment l'informe apunta vers la part més difícil de la fórmula RAWP, és a dir la seva posta en pràctica. En la Taula 2 de la pàgina 24, analitza d'una forma molt explícita el que va ocórrer el primer any de posta en marxa de RAWP. Les regions que més s'apartaven de l'objectiu segons la fórmula eren North Western que estava un 16,9 % per sota i North West Thames que estava un 12,8 % per sobre. L'increment que varen tenir en el pressupost de 1977-78 respecte de l'any anterior fou: North Western 3,2 % i N.W. Thames 0,2. Es a dir els polítics no es varen atrevir ni a assolir el màxim del 5 % de creixement proposat per l'informe RAWP ni tampoc a reduir els fons dedicats a la regió més rica. Tal com es comenta en les últimes pàgines de l'informe, és «Un dels efectes del lent creixement del total de fons del SNS és que el ritme del canvi en la redistribució dels recursos ha d'ésser necessàriament lent».

Conclusions provisionals

1. El marc legal en què ha d'assolir-se una distribució equitativa dels recursos sanitaris està ja definit, però és molt obert i admet concrecions molt diverses.

2. Ni la millor eficiència ni la major equitat de la nova organització territorial espanyola poden donar-se per suposades.

3. Els mecanismes redistribuidors previstos (participació en impostos estatals no cedits en base, parcialment, a criteris de necessitat i cost; la garantia d'uns serveis mínims a l'alçada del nivell mitjà estatal; i la creació d'un Fons de Compensació Interterritorial) podrien ser insuficients. Reclamen, no obstant, una discussió i un treball aprofundit que permeti d'arribar a les fórmules que millor puguin expressar els criteris generals que en ells s'enuncien.

4. Aquests mecanismes redistribuidors plantegen ja en aquest moment tres grans qüestions:

a) A l'hora de calcular dèficits, quin tracte rebrà l'oferta privada?

b) Fins a quin punt els mecanismes de finançació provisional de les Comunitats Autònomes no consoliden i legitimen l'anterior situació?

c) Es farà una valoració dels costos indirectes autònomic, o merament desconcentradora?

5. Manquen en qualsevol cas fórmules de participació dels governs autònomic al govern central i fórmules de coordinació entre els governs de les Comunitats Autònomes.

6. S'ha de distingir entre l'equitat operativa, distribució de recursos sanitaris (en sentit ampli) en funció de la necessitat, i l'equitat ideal, el mateix nivell de salut per a tothom.

7. La equitat operativa s'aconsegueix actuant sobre:

a) La distribució de recursos sanitaris i la seva finançació.

b) Els anomenats riscos auto-imposats

c) La distribució dels riscos derivats de l'entorn.

La profunditat de les actuacions varia en funció del llinar immundògic del cos social en front de mesures que poden dificultar parcialment la persecució de l'eficiència productiva.

8. Cap a l'equitat ideal es tendeix actuant sobre les diferències en nivells educatius, de renda, sòcio-professionals i d'altres en gran part derivats de la pertinença a una classe social. Exigeix, llavors, una Medicina feta des de fora de la Medicina.

9. Les desigualtats regionals no poden plantejar-se tant sols sota el prisma d'una Balança de Pagaments incompleta. L'eina és útil per a conèixer, per exemple, la incidència de l'actuació fiscal de l'Estat. Però, allò que és una eina no ha d'esdevenir necessàriament un criteri. Cal saber tant la distribució dels ingressos de l'Estat com la distribució de les despeses. Ara bé, el que nosaltres proposem és que la segona no estigui en funció de la primera, sinó en funció de la necessitat.

10. S'ha de distingir entre tipus de desigualtats sanitàries (geogràfica, individual i segons classes socials) i mesures de la desigualtat (despesa per càpita, accés per càpita, utilització per càpita i nivell de salut)

11. Les desigualtats a Espanya segons mortalitat global estandarditzada, mortalitat infantil, despesa sanitària, accés al sistema sanitari i la seva utilització són impressionants.

12. Els recursos sanitaris a Espanya no han estat assignats en funció de cap mesura racional de la necessitat. D'altra banda, els factors no estrictament sanitaris tenen molta influència en la distribució de salut. No ha de sorprendre, però, la gens equitativa distribució de la salut a l'Estat coneixent,

com és coneix, el fortíssim biaix en la distribució geogràfica i individual de l'indicador indirecte de salut que és la renda.

13. L'equitat pot aconseguir-se sense aixecar suspicàcies i sense minvar l'eficiència diferencial distribuint la despesa sanitària a Espanya segons la necessitat. La fórmula a emprar podria ser semblant a la implantada al Regne Unit que considera a) La població de cada zona, b) Les diferències en morbiditat no explicades per variacions en les piràmides demogràfiques (utilitzant variables substituïdores aproximades), i d) El cost d'atenció de cada procés. El nostre marc legal permet la introducció d'una fórmula d'aquest estil.

14. La millora necessària de la informació sanitària, prioritat en qualsevol política que pretengui ser racional, passa en gran part per acabar amb el caràcter reservat de moltes dades, impropis del caire públic dels que les posseïxen en exclusiva per tal de no haver de compartir el poder que la informació dóna.

15. Finalment, i pel que fa a l'equitativa distribució de la inversió sanitària, s'hauria de valorar la seva importància si veritablement s'aconseguís una equitat en la distribució de la despesa. Dues consideracions són de cabdal importància en aquest respecte:

- a) Una major oferta sanitària crea una major despesa
- b) L'important no és tant la propietat pública dels recursos sanitaris com el control i la seva finançació pública.

Referències

- (1). Ponència presentada a les Jornades sobre l'Estatut de Catalunya. Col·legi d'Advocats, Barcelona, abril 1980.
- (2) Departament de Sanitat i Assistència Social, *La Sanitat a Catalunya*, Barcelona, 1980, pàgs. 77 i 78.
- (3) Regional Office for Europe, World Health Organization. *Measurement of Levels of Health* Copenhagen, 1979 (WHO Regional Publications, European Series N.º 7) Pàg. 59.
- (4) Mc KEOWN, Th. *The role of Medicine*, Oxford, Basil Blackwell, 1979, pàg. 74.
- (5) Mc KEOWN, Th., op. cit. pàg. 78.
- (6) LALONDE, Marc. *A New perspective on the health of Canadians*, Ottawa, Government Printing Office, Government of Canada, 1975.
- (7) SURAULT, Pierre. *L'inégalité devant la mort*, Paris, Economica, 1979.
- (8) SURAULT, op. cit. pàg. 29.
- (9) SURAULT, op. cit., pàg. 130.

- (10) WALTERS, Vivienne. *Class inequality and health care*, London, Croom Helm, 1980.
- (11) RICHARDSON, Harry W. *Teoría del crecimiento regional*, Madrid, Pirámide, 1977, pàg. 19.
- (12) CASTELLS, Antoni. *Balança fiscal de Catalunya: Incidència fiscal de l'actuació de l'Estat*. «Banca Catalana, Revista Econòmica», n.º 54, setembre 1979, pàgs. 1-18.
- (13) CULLIS I WEST, *The Economics of Health*, Oxford, Martin Robertson, 1979.