

## Distribución del gasto sanitario público en España: Análisis y propuestas\*

**L. Bohigas Santasusagna**

Licenciado en Ciencias Económicas.  
Master en Dirección de Empresas por el IESE.  
Master en Salud Pública. Texas University.

**Ortún Rubio**

Licenciado en Ciencias Empresariales por ESADE. Licenciado en Ciencias Económicas.  
Master of Science in Industrial Administration.  
Purdue University.

Extenso trabajo en el que los autores, prestigiosos economistas sanitarios, efectúan un pormenorizado análisis del gasto sanitario en nuestro país, objeto de tantas controversias y necesitado de una eficaz racionalización.

La contemplación de los marcos autonómicos le confiere una actualidad de primer orden, puesto que ellos constituyen el caballo de batalla de nuestra próxima organización sanitaria futura.

### INTRODUCCION

El desarrollo de la Constitución española de 1978 comportará una serie de problemas. Uno de ellos, y no el más pequeño, será el de implantar el Estado de las Autonomías en consonancia con lo previsto en el título VIII de dicha Constitución.

Esta implantación del Estado de las Autonomías, aparte de su contenido político, comportará unas reformas muy profundas de la Administración. Un aparato que absorbe el 25 % del producto interior bruto ha de modificarse partiendo, además, de una situación muy centralista, una de las más centralistas en el seno de los países industrializados.

La necesaria reforma administrativa debería conseguir diversos objetivos generales: *a)* dar salida a las aspiraciones históricas de las diversas nacionalidades y regiones del Estado; *b)* aumentar la eficacia del sector público, y *c)* garantizar el principio de solidaridad (artículos 2 y 138 de la Constitución), es decir, conseguir una distribución equitativa de la inversión y gasto públicos.

Dejando a un lado, a nuestros efectos, el primer objetivo —el político—, se cree (Oates, Musgrave) que es preci-

samente en relación al segundo objetivo —un sector público más eficaz y eficiente— donde las nacionalidades y regiones tienen más posibilidades de substituir ventajosamente a la administración central en cuanto a una mejor asignación de recursos.

Ahora bien, creemos que esta mayor eficiencia de la descentralización para la provisión de bienes y servicios públicos no se ha de dar por hecha, por mucho que se haya comprobado en otros lugares. Primero, porque existe una voluntad autonómica tibia en sectores que contemplan las autonomías como la pedrea de la periferia política en la rifa democrática. Segundo, porque la ofensiva mundial neoliberal pretende que se efectúe marcha atrás en el largo camino que ha convertido el estado liberal

en un estado asistencial (proveedor de educación, salud, equipamientos, servicios sociales, etc.). Y tercero, porque en un contexto de crisis fiscal del Estado puede volverse todavía más difícil la ya de por sí difícil tarea del mejorar la eficacia del sector público, al tiempo que se construye el Estado de las Autonomías. Evoluciones que supusieran bien un empeoramiento en la prestación de servicios por las comunidades autónomas, bien una presión fiscal mayor en las mismas para el mismo nivel de servicios, entorpecerían considerablemente la implantación armónica de la nueva organización territorial española prevista en la Constitución (tabla I).

Nos queda, por tanto, el tercer objetivo, al que circunscribiremos el presente trabajo, el de la equidad. Pa-

TABLA I  
Presupuestos de las administraciones públicas

	DESCENTRALIZADOS	DESCENTRALIZADO	CENTRALIZADOS
	%	MUNICIPAL %	%
<i>Estados federales</i>			
RF de Alemania	60-65	30-33	30-35
EE.UU.	50	25	45-40
Yugoslavia	50	25	45-40
<i>Estados no federales</i>			
Italia	22	11	78
Francia	25	20	75
España	12	12	88

Fuente: Ros Hombravella J, no publicado.

\* Extractos de la ponencia presentada a las Primeras Jornadas sobre Economía de la Salud, organizada por el Colegio de Economistas de Cataluña, en Barcelona, los días 5 y 6 de diciembre de 1980.

rece lógico que el Estado la garantice; ahora bien, qué fórmula ha de utilizarse que: *a)* pueda corregir las desigualdades históricas de diferente origen que se dan en la actualidad; *b)* minimice las suspicacias; *c)* garantice la efectiva solidaridad, y *d)* no disminuya ni castigue la eficacia.

Se trata, en suma, de la forma de establecer la participación de las diversas nacionalidades y regiones en la inversión y gasto públicos. Una idea de la importancia del tema nos la da el hecho de que en Alemania la participación de los *landers* se fija en la constitución, la cual cambia siempre que aquélla varía.

Ejemplificaremos nuestra propuesta para el gasto e inversión públicos sanitarios, tema en el que estamos trabajando y del cual la ponencia constituye un avance. Este artículo recoge, por razones de espacio, sólo extractos de la ponencia, los cuales se hilvanan en el siguiente orden:

1. Consideración del marco legal en el que ha de llevarse a cabo la propuesta.
2. Reflexión sobre la equidad en salud y forma de abordarla.
3. Desigualdades sanitarias en España.
4. Conclusiones provisionales.

## MARCO LEGAL

La Constitución, los estatutos de autonomía del País Vasco y Cataluña, y la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas configuran ya las reglas de juego que condicionarán la distribución del gasto e inversión públicos sanitarios.

Esta legislación básica enmarca el futuro, pero lo hace holgadamente; el margen de maniobrabilidad del que se dispone es todavía muy amplio y ello por diversas razones:

1. La Constitución, como hija del consenso, es suficientemente ambigua como para que su desarrollo pueda adoptar formas materiales diferentes en función de la correlación de fuerzas de cada momento.

2. Los estatutos de autonomía del País Vasco y de Cataluña, y la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA, desde ahora) establecen unos procedimientos de financiación provisional que serán aplicables hasta que se completen las transferencias de servicios o —en cualquier caso— hasta que

transcurran 6 años desde la entrada en vigor del estatuto. Estos mecanismos provisionales darán paso, posteriormente, a una *negociación* que, sobre unas bases parcialmente enumeradas (población, esfuerzo fiscal, déficit en servicios sociales e infraestructuras de las comunidades autónomas, etc.) y según procedimientos a establecer, deberá concluir en un porcentaje de participación de las comunidades autónomas en los impuestos estatales no cedidos, pieza clave en la fórmula de financiación definitiva.

3. El desarrollo constitucional variará según la experiencia que se vaya acumulando con el rodaje de las comunidades autónomas y la mejora en la información provincializada disponible que resulte de la aplicación de la disposición adicional tercera de la LOFCA. Esta dice:

*Uno.* El Instituto Nacional de Estadística, en coordinación con los órganos competentes de las comunidades autónomas, anualmente elaborará y publicará las informaciones básicas que permitan cuantificar a nivel provincial la renta por habitante, la dotación de los servicios públicos fundamentales, el grado de equipamiento colectivo y otros indicadores de riqueza y bienestar social. Asimismo, elaborará estudios alternativos sobre la ponderación de los distintos criterios de distribución del Fondo de Compensación Interterritorial.

*Dos.* El Ministerio de Hacienda anualmente publicará:

La recaudación provincial obtenida por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

La recaudación provincial obtenida por los impuestos que esta ley orgánica cede a las comunidades autónomas. En la presentación de la misma también se tomarán en cuenta los criterios de imputación establecidos.

La distribución provincial que presente el gasto público divisible.

Dentro de este marco legal centraremos nuestra atención en dos temas: *a)* el grado de autonomía financiera que se da a las comunidades autónomas, y *b)* los mecanismos redistributivos que se establecen.

## Grado de autonomía financiera

El artículo 156 de la Constitución proclama que las comunidades autónomas gozarán de autonomía financiera para el cumplimiento y ejercicio

de sus competencias, de acuerdo con los principios de coordinación con la hacienda estatal y de solidaridad entre todos los españoles. Esta autonomía financiera, que es de naturaleza coordinada y solidaria, también es —siguiendo a Alejandro Pedrós<sup>1</sup>— de naturaleza secundaria o derivada, en razón al contenido del artículo 133.1. Se afirma que la potestad originaria para establecer tributos corresponde exclusivamente al Estado, mediante ley. Si bien, acto seguido —en el artículo 133.2.— se dice que las comunidades autónomas y las corporaciones locales podrán establecer y exigir tributos, de acuerdo con la Constitución y las leyes, de hecho se les está otorgando la potestad derivada o secundaria, pero solamente ésta, para establecer tributos.

El poder originario para establecer tributos es una consecuencia de la soberanía, y ésta —excepto en los estados federales— es exclusiva del nivel estatal. España no es un estado federal porque no procede de la reunión de comunidades políticas previamente independientes, por mucho que pueda hablarse de tendencias federalizantes. Nos encontramos, por tanto, con un grado de autonomía limitado.

## Mecanismos redistributivos

El artículo 2 de la Constitución consagra la solidaridad entre todas las nacionalidades y regiones que integran la nación española. El 138.2. especifica que las diferencias entre los estatutos de las diferentes comunidades autónomas no podrán implicar en ningún caso privilegios económicos o sociales, y en el 158.2. se establece que para corregir los desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad (ya proclamado y al cual se alude también de alguna forma en los artículos 128.1 y 139.2) se constituirá un Fondo de Compensación destinado a inversiones, cuyos recursos serán distribuidos por las Cortes Generales entre las comunidades autónomas y las provincias, en su caso.

Los mecanismos redistributivos que la LOFCA desarrolla son fundamentalmente tres:

### *Participación en los impuestos estatales no cedidos*

Se establece, en el artículo 13.1, que las comunidades autónomas dis-

pondrán de un porcentaje de participación en la recaudación de los impuestos estatales no cedidos (pueden ser cedidos los impuestos sobre patrimonio neto, transmisiones patrimoniales y donaciones, ventas en fase minorista, consumos específicos en fase minorista, excepto los recaudados a través de monopolios fiscales, y las tasas sobre el juego) que se negociará sobre las siguientes bases:

1. El coeficiente de población.

2. El coeficiente de esfuerzo fiscal en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

3. La cantidad equivalente a la aportación proporcional que corresponda a la comunidad autónoma por los servicios y cargas generales que el Estado continúe asumiendo como propios.

4. La relación inversa de la renta real por habitante de la comunidad autónoma respecto a la del resto de España.

5. Otros criterios que se estimen procedentes, entre los que se valorarán la relación entre los índices de déficit en servicios sociales e infraestructuras que afecten al territorio de la comunidad autónoma y al conjunto del Estado y la relación entre los costes por habitante de los servicios sociales y administrativos transferidos para el territorio de la comunidad autónoma y para el conjunto del Estado.

Este artículo mejora el 45 del Estatuto de Autonomía de Cataluña al introducir *criterios de necesidad y coste*.

No se aclara, sin embargo, si el cálculo de los índices de déficit se hará teniendo en cuenta la oferta de servicios privados, tema éste trascendental para Cataluña, donde existe una auténtica peculiaridad en su oferta sanitaria, más concretamente hospitalaria, ya que las camas públicas en Cataluña representan tan sólo el 38 % del total de camas, cuando en el resto de España este porcentaje es del 69 %.

De todas formas, las posibilidades redistribuidoras de este mecanismo no se abrirán hasta que se completen las transferencias previstas en los estatutos de autonomía. Mientras tanto (período provisional), las comunidades autónomas se financiarán según el principio de compensación por el coste efectivo de los servicios transferidos a la comunidad autónoma. Este coste llegará por dos vías distintas:

1. El importe que suponga la recaudación de los impuestos cedidos.

2. Un porcentaje de participación sobre los impuestos estatales por la diferencia entre el coste de los servicios transferidos y la recaudación por los impuestos cedidos.

Ello comportará dos problemas importantes:

1. Se consolida la mala distribución existente, dado que lo que cada comunidad autónoma recibe es lo que ya había, lo cual incluso otorga una cierta legitimación a la mala distribución mencionada.

2. La valoración que se efectúe del coste efectivo de los servicios transferidos, la cual —según la disposición transitoria segunda de la LOFCA— deberá tener en cuenta tanto los costes directos de los servicios como los indirectos (especialmente los centrales), así como las inversiones que correspondan. El trato que los costes indirectos reciban nos permitirá conocer si vamos hacia un Estado de Autonomías o tan sólo pugnamos por una cierta desconcentración de los servicios periféricos del Estado.

#### *Garantía de un nivel mínimo*

En el artículo 158.1 de la Constitución, recogido en el 44.8 del Estatuto de Autonomía de Cataluña y desarrollado en el artículo 15 de la LOFCA, se establece la garantía de un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español.

“Cuando una comunidad autónoma, con el esquema de financiación previsto, no pudiera asegurar un nivel mínimo en la prestación del conjunto de los servicios públicos fundamentales que haya asumido, se establecerá en los Presupuestos Generales del Estado una asignación complementaria, cuya finalidad será la de garantizar el citado nivel mínimo, que se define como el nivel medio de los mismos en el territorio nacional. Que el Estado garantice un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en las comunidades autónomas es coherente con el limitado grado de autonomía financiera que aquéllas tienen y del que ya hemos hablado.”

#### *Fondo de Compensación Interterritorial*

El Fondo de Compensación Interterritorial —según el artículo 16 de la LOFCA— se dotará anualmente con una cantidad no inferior al 30 % de la inversión pública que para cada ejercicio se haya aprobado en los Presu-

puestos Generales del Estado. El fondo se destinará a gastos de inversión en los territorios comparativamente menos desarrollados y se distribuirá de acuerdo con los siguientes criterios: a) la inversa de la renta por habitante; b) la tasa de población emigrada de los últimos 10 años; c) el porcentaje de desempleo sobre la población activa; d) la superficie territorial; e) el hecho insular, en relación con la lejanía del territorio peninsular, y f) otros criterios que se estimen procedentes.

La ponderación de los distintos índices o criterios se establecerá por ley y será revisable cada 5 años.

Examinados los tres mecanismos redistribuidores existentes para la corrección de los desequilibrios económicos interterritoriales, cerramos el repaso efectuado al marco legal, recordando que, según el artículo 2.2 de la LOFCA, corresponde a cada comunidad autónoma cuidar de su propio equilibrio territorial y procurar la realización interna del principio de solidaridad.

Faltan, en cualquier caso, fórmulas de participación de los gobiernos autonómicos en el gobierno central y fórmulas de coordinación entre los gobiernos de las comunidades autónomas.

## **LA EQUIDAD EN SALUD Y FORMA DE ABORDARLA**

La equidad puede medirse a través de la desviación estándar de la distribución de cualquier indicador sanitario en una población. Existen muchas definiciones de equidad, como la operativa, para llevarla hoy a la práctica, u otra para un pasado mañana que puede no llegar nunca (el futuro ya no es lo que era, dice Simone de Beauvoir), pero que sirve para relativizar la primera y sugerir caminos.

Operativamente, definiremos la equidad como aquella distribución de recursos sanitarios en función de la necesidad de los grupos e individuos de la sociedad.

Idealmente, equidad es un grado de salud igual para toda la población. Y creemos, siguiendo a K.I. White<sup>2</sup> que ningún individuo, organización o gobierno puede garantizar niveles iguales de salud. La herencia genética de un individuo y sus actitudes, comportamiento y actividades ejercen una influencia demasiado grande sobre la salud y la condición humana como para creer que, pese a su deseabilidad, la uniformidad en los niveles mensu-

rables de salud pueda conseguirse en un futuro previsible.

Vemos así, cómo nuestra preocupación por la equidad nos lleva a una reflexión global sobre los factores que inciden sobre la salud, de la misma forma que lo hace la reflexión sobre la eficacia del sistema sanitario. Si quiere mejorarse la salud de la población y conseguirse una distribución equitativa de la misma deben considerarse los factores que influyen sobre aquella.

### **Explicación histórica de los factores que influyen sobre la salud**

Pueden distinguirse dos situaciones: la que vivió el mundo antes de la Revolución Industrial (y durante la fase de transición, naturalmente) y la que hoy caracteriza a los países económica y sanitariamente desarrollados. La primera situación, por otra parte, es parcialmente extensible a la actual geografía de la pobreza; en ella son las disponibilidades alimentarias las que determinan la evolución de la mortalidad y el crecimiento demográfico (en este contexto, salud es capacidad para sobrevivir). El instrumento regulador del crecimiento demográfico era el de las enfermedades infecciosas. Cuando la población crecía, lo hacía hasta donde lo permitía la escasez de recursos alimentarios, y la relación entre el hombre y los microorganismos causantes de enfermedades evolucionaba a lo largo de un período durante el cual el hombre estaba, en general, deficientemente nutrido. La relación era inestable y se equilibraba según el estado fisiológico del huésped y del parásito. Una mejora en la nutrición actuaba a favor del primero, y un deterioro a favor del segundo. En estas circunstancias, el aumento de las disponibilidades alimentarias se convertía en una condición necesaria para reducir substancialmente la mortalidad causada por las enfermedades infecciosas; una limitación de la población era la única garantía de que esta reducción fuera permanente<sup>3</sup>.

Por lo que hace referencia a la salud en los países desarrollados, se ha producido un cambio considerable en el tipo de enfermedades más frecuentes —se ha pasado de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles— y una mejora considerable en el estado general de salud. En relación a las influencias principales sobre la salud durante los últimos 300 años en

Inglaterra y Gales (cuna de la Revolución Industrial) puede decirse:

1. Las mejoras en la alimentación son la primera y más importante influencia positiva.

2. Las medidas de higiene han favorecido, como mínimo en una quinta parte, la reducción en el índice de mortalidad entre mediados del siglo pasado y la actualidad.

3. Aparte de la vacuna contra la viruela, cuya contribución fue muy pequeña, la influencia de la inmunización y de la terapia en el índice de mortalidad no se produjo hasta el siglo XX, y tuvo un efecto escaso en las tendencias nacionales de mortalidad hasta la introducción de las sulfamidas en el año 1935.

4. El cambio en los hábitos reproductivos comportó una reducción muy significativa del índice de natalidad. Esta reducción aseguró, en cierta forma, que las mejoras en salud facilitadas por las otras causas no serían invertidas a causa de una población más elevada.

Si agrupamos los avances en nutrición e higiene como medidas sobre el entorno, las influencias causantes del descenso de la mortalidad y de la mayor esperanza de vida han sido: de entorno, de comportamiento y terapéuticas. Su eficacia comenzó en los siglos XVIII, XIX y XX, respectivamente, y su ordenación en el tiempo corresponde a su jerarquía en cuanto a eficacia<sup>4</sup>.

### **Ejemplo de aplicación —condicionada— a la política de los conocimientos sobre factores de salud**

La política sanitaria canadiense ofrece el interés de haber ampliado el campo tradicional de actuación sanitaria, así como de contener el porcentaje del producto nacional bruto dedicado a gastos sanitarios: el 7,1 en 1976 —igual que en 1970—, habiendo pasado por el 7,4, 7,2, 6,8, 6,7 y 7,1, en los años intermedios.

Lalonde<sup>5</sup>, su impulsor, parte de una situación sanitaria en Canadá relativamente buena y reconoce el papel que, en la consecución de la misma, ha jugado el aumento en el nivel de vida, las medidas sanitarias de protección de la salud pública y los avances en las ciencias médicas. Trata, seguidamente, de conocer las clases de mortalidad y morbilidad más importantes, por un lado, y los factores explicativos, por otro, para poder establecer una política sanitaria

que permita ulteriores mejoras en los niveles de salud.

Analizando las 157.300 muertes ocurridas en Canadá durante 1970, encontraron que 75.000 individuos habían muerto antes de los 70 años. Se procedió a la agrupación de las causas de muerte prematura, de 1 a 70 años, con la eliminación de la mortalidad infantil, por años de vida perdidos, con los siguientes resultados: accidentes de circulación, 213.000 años perdidos; enfermedades isquémicas del corazón, 193.000 años perdidos; resto de accidentes, 179.000 años perdidos; enfermedades respiratorias y cáncer de pulmón, 140.000 años perdidos, y suicidio, 69.000 años perdidos.

Dado que los riesgos autoimpuestos (drogas, dieta y ejercicio, conducción de vehículos, falta de higiene personal) y los riesgos de entorno (contaminación, falta de fluoración del agua en muchas ciudades, trabajos mortecinos y monótonos, etc.) eran los factores de riesgo más importantes respecto a las cinco principales causas de mortalidad prematura, más arriba indicadas, se procedió a una definición más amplia del campo sanitario —que incluía la biología humana, el entorno, el estilo de vida (los riesgos autoimpuestos) y la propia organización sanitaria— así como a la elaboración de un programa sanitario consecuente para actuar sobre los riesgos autoimpuestos y los de entorno.

Nos encontramos así delante de una política sanitaria condicionada por la política a secas a centrar su atención en el comportamiento individual y en aquellos factores del entorno que menos cuestionan las estructuras económicas y políticas. Se trata, en cualquier caso, de una política avanzada que actúa sobre la salud, saliéndose del campo sanitario estricto con el objetivo de “dar” mejor salud a un precio más pequeño, y que mantiene la coherencia con la organización social que la soporta. Ello supone, como ahora veremos, dejar intactos factores tremendamente explicativos de las diferencias en los niveles de salud.

### **Un ejemplo de conocimientos no aplicados**

El hecho de pertenecer a una clase o grupo social determina en gran parte los riesgos de enfermedades y muerte, y, por tanto, la duración de la vida. Por ejemplo, en Francia la esperanza de vida a los 35 años de los

TABLA II  
Esperanza de vida a los 35 años y 60 años por categoría profesional  
(hombres, períodos 1955-1971)

CATEGORIAS SOCIOPROFESIONALES	ESPERANZA DE VIDA	
	A LOS 35 AÑOS	A LOS 60 AÑOS
Profesores	40,9	18,6
Altos cuadros y profesiones liberales	40,5	18,3
Clero católico	39,5	17,7
Cuadros medicos (sector público)	39,3	17,6
Técnicos	39,0	17,6
Cuadros medicos (sector privado)	38,5	17,3
Agricultores	38,0	16,9
Encargados	37,8	16,8
Obreros cualificados (sector público)	37,3	16,4
Empleados (sector público)	37,2	16,3
Artesanos y comerciantes	37,6	16,9
Empleados (sector privado)	37,4	16,9
Obreros especializados (sector público)	36,0	15,7
Obreros cualificados (sector privado)	35,6	15,3
Asalariados agrícolas	34,8	14,7
Obreros especializados (sector privado)	34,7	14,9
Peones	32,9	14,4
Total Francia	36,1	16,7

Fuente: INSEE.

profesores es de 41 años (comparable a la de los cuadros superiores y a la de las profesiones liberales), en tanto que la de los peones es tan sólo de 33 años. A los 35 años el riesgo de muerte es cuatro veces mayor para los peones que para los profesores<sup>6</sup>.

Tablas similares a la que reproducimos como número II pueden encontrarse para cualquier país con suficiente red estadística y voluntad informativa.

Ahora bien, las diferencias de mortalidad entre mujeres según la clase social de su marido, frecuentemente equivalentes —en valor relativo— a las desigualdades entre hombres, prueban que el ejercicio de una profesión es insuficiente para explicar las diferencias sociales frente a la muerte. Parece, cada vez más, que casi todos los determinantes de la duración de la vida están relacionados con la pertenencia a una clase social<sup>8</sup>. Y estas desigualdades no desaparecen aunque se consiga la equidad que hemos bautizado como operativa (distribución de recursos sanitarios según necesidad) o se propicie un cambio en los comportamientos individuales al estilo canadiense. La experiencia del National Health Service en el Reino Unido nos demuestra cómo no se han podido reducir las desigualdades en salud según las clases sociales<sup>9, 10</sup>, lo cual no hace sino poner de relieve que la salud no depende únicamente del acceso al sistema sanitario. La pobreza, la exposición a los riesgos laborales, el trabajo

alienante, la contaminación y las deficientes condiciones de vida están todos relacionados con la enfermedad y pueden ayudar a explicar la mayor morbilidad de la clase trabajadora. Esto no quita importancia a la incidencia que un sistema nacional de salud (reciba el nombre que reciba) puede tener en un país profundamente desigual, como éste, por la triple vía de: a) mejorar la organización y prestación de servicios sanitarios; b) distribuir recursos según necesidad, y c) financiarlos progresivamente disminuyendo las diferencias en rentas disponibles.

La profundidad de la actuación variará en función del umbral inmunológico del cuerpo social frente a medidas que pueden dificultar parcialmente la persecución de la eficiencia productiva.

Lo que sí nos parece claro es que para conseguir la equidad ideal (la misma salud para todo el mundo) debe volverse a hacer medicina desde fuera de la medicina, como en el siglo XIX. Existen vías abiertas muy sugerentes. El énfasis en la explicación de las desigualdades se está trasladando de las relaciones de producción a las fuerzas productivas. La propiedad de los medios de producción (una relación de producción) se ha alterado y las desigualdades subsisten. Debe buscarse la explicación en un sistema de producción —basado en las mismas fuerzas productivas en todos los países del mundo— origen

de una división social del trabajo generadora de casi todas las desigualdades.

El enfoque del problema de la desigualdad regional por parte de los economistas catalanes y vascos se ha centrado necesariamente en el estudio de la balanza regional de pagos. Este concepto, como dice Richardson<sup>11</sup>, tiene un significado dudoso dada la escasez de información sobre corrientes interregionales, motivada por la no existencia de barreras entre regiones (derechos arancelarios, licencias de importación y exportación, controles de inmigración, control de flujos de capital, etc.). Pese a ello, resulta imprescindible estudiar las variables exógenas clave —como la de la incidencia del Estado— que afectan a la actividad económica regional.

Nosotros no propondremos una distribución del gasto sanitario público en función de la distribución de los ingresos del Estado, sino en función de la distribución en el espacio de la necesidad. Para ello, desde la óptica catalana, resulta muy importante conocer la incidencia del gasto sanitario público en Cataluña. Tal como señala Castells<sup>12</sup>, para disponer de este tipo de información nos encontraremos con dos dificultades:

1. La información sobre la localización regional del gasto de la administración central es escasa y está mal especificada por el carácter reservado de los datos. Esta deficiencia es intolérable en un sector público obligado a la transparencia informativa.

2. La caracterización de la sanidad como bien público impuro, lo que obliga a distinguir entre el consumo realizado en una región y el gasto que en la misma se localiza.

Bien público impuro es el que no participa de los rasgos de indivisibilidad en el consumo e imposibilidad de exclusión. Las farolas (bien público puro) alumbran a todo el mundo, un Papanicolau se hace persona a persona. Únicamente serían bienes públicos sanitarios puros los que suministran algunas actividades de promoción de la salud, como la higiene alimentaria y la protección del medio ambiente. Estos, sin embargo, pesan poco en un gasto sanitario público de composición predominantemente asistencial.

Del gasto localizado en una región se pasa al consumo que en la misma se realiza añadiendo el consumo de los residentes de gasto localizado en otras zonas y deduciendo el consumo

TABLA III  
**Incidencia del gasto sanitario\* del sector público centralizado en Cataluña**  
**(año 1975, en millones de pesetas)**

	ESTADO			ORGANISMOS AUTONOMOS			SEGURIDAD SOCIAL			TOTAL
	ESPAÑA	CATALUÑA	% CATALUÑA SOBRE ESPAÑA	ESPAÑA	CATALUÑA	% CATALUÑA SOBRE ESPAÑA	ESPAÑA	CATALUÑA	% CATALUÑA SOBRE ESPAÑA	GASTO POBLACION
Gasto 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
Gasto corriente	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

\* No es únicamente sanitario, pues se recogen los siguientes tipos de gastos: centros hospitalarios, asistencia sanitaria, campañas sanitarias, protección de menores y ancianos, minusválidos y subnormales, pensiones y promoción del trabajo. Para obviar este problema consideramos la prestación sanitaria de la Seguridad Social por separado.

Fuente: Castells A. Balanza fiscal de Catalunya: incidencia fiscal de l'actuació de l'Estat. Banca Catalana, Revista Econòmica 1979; 54:15.

TABLA IV  
**Incidencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en Cataluña**  
**(año 1975, en millones de pesetas)**

	ESPAÑA	CATALUÑA	% CATALUÑA SOBRE ESPAÑA
Asistencia sanitaria Población	159.070	27.342	17,18 15,71

Fuente: Vereda y Mochón<sup>13</sup>, siguiendo una sugerencia de Costas JC.

realizado por no residentes de gasto localizado en la región que se considera. Ello no pudo hacerse con los datos de las tablas III y IV.

### **LAS DESIGUALDADES SANITARIAS EN EL ESTADO ESPAÑOL**

#### **Tipo de desigualdad\***

Existen tres tipos de desigualdad: geográfica, de pacientes y de clases sociales. En la primera se distingue a su vez entre regiones y entre zonas rurales y urbanas; la desigualdad entre pacientes puede ser horizontal y vertical.

Omitimos la discusión de las desigualdades geográficas y según las clases sociales por razones de espacio. Hablaremos de las desigualdades entre pacientes que, tal como hemos indicado, pueden ser horizontales y verticales. Existirá igualdad horizontal cuando un paciente estándar, con una enfermedad estándar, reciba el mismo tratamiento en cualquier lugar del sistema sanitario en que esté situado. Estudios extrajeros se han fijado en las diferencias en estancia media entre pacientes afectados por la misma enfermedad, después de es-

tandarizar por edad y sexo. También han sido muy estudiados los diferentes porcentajes de operaciones entre poblaciones homogéneas para intervenciones sencillas (amigdalectomía, apendicectomía, etc.). Las tasas de cirugía por habitante varían mucho entre regiones y países. Estos y otros estudios nos hacen suponer que un paciente puede recibir un tratamiento diferente dentro del mismo sistema sanitario, según la escuela de medicina a la que pertenezca el profesional sanitario.

Existiría igualdad vertical entre pacientes cuando cada uno recibiera según su grado de necesidad. Sin adentrarnos en el tema podemos observar rápidamente que hay especialidades médicas, o bien enfermedades, más atrayentes que otras. Así, por ejemplo, los enfermos crónicos atraen menos recursos que los enfermos agudos, y los enfermos mayores menos que los enfermos jóvenes. La existencia de enfermos de segunda categoría es una demostración de desigualdad vertical.

#### **Medidas de la desigualdad\*\***

La medida de las desigualdades puede efectuarse de cuatro formas diferentes: a) gasto *per capita*; b) acceso *per capita*; c) utilización *per capita*, y d) indicadores de salud.

El gasto *per capita* recoge en una sola magnitud la valoración de los recursos sanitarios que en promedio se dedican a cada persona. Es una medida simple y completa, pero presenta dos problemas graves. El primero es el de los precios; con la misma cantidad de dinero puede adquirirse una cantidad diferente de recursos según la diferencia de precios entre regiones geográficas. El caso de las capitales, Madrid y Barcelona, es muy claro. Un segundo problema es el de la productividad: los recursos utilizados en cantidades iguales pueden dar resultados muy diferentes en términos de salud, según la productividad que se consiga en cada región.

El acceso a un recurso sanitario constituye una fuente importante de desigualdades. El primer factor condicionador del acceso es la disponibilidad física del recurso, después viene el coste del acceso en términos de pago y de tiempo (distancia) para llegar al recurso. El primer factor puede medirse por la cantidad de recursos (ATS, camas hospitalarias) *per capita*; el segundo depende de la cobertura asistencial de que disfrute la población, y el tercero puede medirse a través de curvas isócronas (mismo tiempo de viaje) e isocostes (mismo coste del viaje), a partir de un determinado recurso sanitario.

La utilización *per capita* de los diferentes recursos sanitarios es una medida bastante aproximada de cómo se acerca el sistema sanitario a la población. Problemas a tener en cuenta respecto a esta medida son el de la precariedad de los datos existentes sobre algún tipo de recurso (médico

\* De acuerdo con la clasificación de Cullis y West<sup>14</sup>.

\*\* Siguiendo una sugerencia de Gavin Mooney.



de cabecera) y el de los efectos sustitución entre recursos. Así, si nos encontramos con dos áreas geográficas —una con mayor peso ambulatorio— no podemos establecer *a priori* cuál utiliza mejor sus recursos sanitarios. Una inferior tasa de hospitalización puede ser bien una atención más precaria, bien una mejor atención porque se ha substituido la cama hospitalaria por la consulta externa.

Todas estas medidas pueden corregirse según la diferente necesidad de los grupos que se comparen; una forma de hacerlo operativo es a través de la estandarización de las poblaciones que se comparan por medio de la edad, el sexo y la morbilidad.

Finalmente, el sistema más perfecto de medir desigualdades sería el efectuado a través de los indicadores de salud. Como no es posible realizar una medida directa, se ha desarrollado toda una batería de indicadores más o menos aproximados y con diferentes problemáticas.

A pesar de todos sus defectos, el indicador más útil para comparaciones interregionales, por ser el más disponible y fiable, es la tasa de mortalidad, la cual puede estandarizarse por edad y sexo, para hacerla más comparable.

En el resto del apartado se analizará el tipo de desigualdad geográfica que existe entre las provincias españolas, utilizando los cuatro tipos de medidas propuestas, según los datos disponibles y publicados.

### Desigualdades en la mortalidad

(tabla V)

Las tasas de mortalidad en las provincias españolas varían de sencillo a doble. En 1976 la provincia con una tasa más elevada fue Lugo (12,3 ‰ habitantes) y la más baja Madrid (6,5 ‰ habitantes), en tanto que la media del Estado fue 8,32 y la desviación estándar entre provincias de un 14 %. Estas diferencias se deben parcialmente a la diferente estructura por edad y sexo de las poblaciones de cada provincia; influencia que puede eliminarse a base de estandarizar las diferentes tasa según el conjunto de la población española, lo que se hizo para la media de los años 1970, 1971 y 1972. La tasa más elevada, una vez estandarizada, fue la de las Baleares (12 ‰ habitantes) y la más baja la de Santa Cruz de Tenerife (6,3 ‰ habitantes). O sea que, a pesar de la estandarización, las diferencias son todavía impresionantes.

TABLA V  
Medidas de las desigualdades en la mortalidad

	MORTALIDAD INFANTIL ‰ EN EL AÑO 1975*	MORTALIDAD INFANTIL ‰ EN EL AÑO 1976*	MORTALIDAD BRUTA ‰ HABITANTES EN EL AÑO 1976*	MORTALIDAD DEL ESTADO ‰ HABITANTES EN EL PERIODO 1970-72**
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
Almería	22,5	19,6	8,6	8,9
Ávila	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
Gerona	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
Guipúzcoa	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
Jaén	22,3	22,2	8,7	7,8
León	23,1	21,1	9,3	8,6
Lérida	18,5	15,7	9,9	9,7
Logroño	17	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
Segovia	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
Media	20,9	18,7	8,99	8,9
Desviación estándar	4,2	4,1	1,23	1,2
España	18,9	17,1	8,32	8,5

\* Fuente: INE. Anuarios estadísticos.

\*\* Fuente: Elaborado por Clos J.

TABLA VI  
Desigualdad en los gastos sanitarios

	GASTOS POR PROTEGIDO DE LA SS EN 1976*	GASTOS CORRIENTES POR ENFERMO INGRESADO EN 1979**
Alava	5.821	19.382
Albacete	5.666	14.128
Alicante	6.289	15.283
Almería	4.524	12.824
Ávila	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
Gerona	4.555	13.990
Granada	7.154	27.087
Guadalajara	4.611	28.064
Guipúzcoa	6.514	18.862
Huelva	6.241	17.690
Huesca	4.549	15.310
Jaén	5.990	14.427
León	5.163	16.856
Lérida	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
Segovia	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
Media	5.900	19.168
Desviación estándar	1.329	5.533
España	6.474	22.685

\* Fuente: Memoria estadística INP 1976, Madrid 1977.

\*\* Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, año 1974 INE. Madrid 1977.

Otra tasa de mortalidad muy interesante, como indicador sanitario, es la mortalidad infantil (nacidos vivos y muertos antes del año). Esta tasa puede sufrir variaciones importantes

de un año a otro y por eso hemos tomado dos años (1975 y 1976). Las cifras indican niños muertos antes de un año por 1.000 niños nacidos vivos.

A pesar de las diferencias entre uno y otro año, las diferencias son siempre de 1:3, y el porcentaje de desviación estándar respecto a la media es de un 20 %.

### Desigualdades en el gasto (tabla VI)

Es difícil calcular el gasto *per capita* a nivel provincial; hemos utilizado, en cambio, las cifras publicadas para el año 1976 del gasto en asistencia sanitaria del régimen general de la Seguridad Social, el cual hemos dividido por el número de protegidos que la Seguridad Social tenía ese mismo año por provincia. Faltan, por tanto, los gastos de otros regímenes, y ello puede afectar, aunque no mucho, al gasto de alguna provincia.

La provincia con un gasto más elevado fue Santander (8.340 ptas. por persona protegida) y la más baja Lugo (3.980 ptas. por persona protegida). La desviación estándar fue un 23 % de la media.

Una parte importante del gasto sanitario es el hospitalario. A través de los datos publicados para el año 1974 sobre el gasto por enfermo ingresado en un hospital encontramos las variaciones siguientes: la provincia con un gasto por paciente más elevado fue Madrid (35.429 ptas. por paciente) y la más baja Murcia (12.245 ptas. por paciente). La desviación estándar fue un 23 % de la media.

### Desigualdades en el acceso (fig. 1)

La primera indicación de acceso es la existencia de recursos sanitarios, y sobre ello hemos encontrado datos respecto a camas de hospital y médicos.

La dotación de camas por 1.000 habitantes y de camas de la Seguridad Social más camas concertadas por 1.000 protegidos, aparecen en el mapa de la tabla VII, referidas al año 1977.

La dotación de médicos más elevada se da en Madrid (un médico por cada 434 habitantes) y la más baja en Cádiz (un médico por cada 1.800 habitantes), en el año 1975. La desviación estándar es muy importante, un 31 % respecto a la media.

Otro aspecto del acceso es la cobertura aseguradora que tiene la población. Sólo hemos conseguido datos sobre cobertura global. En 1976 dos provincias tenían cubierto un 99 % de su población, eran Tarragona y Guadalajara. Las provincias más des-



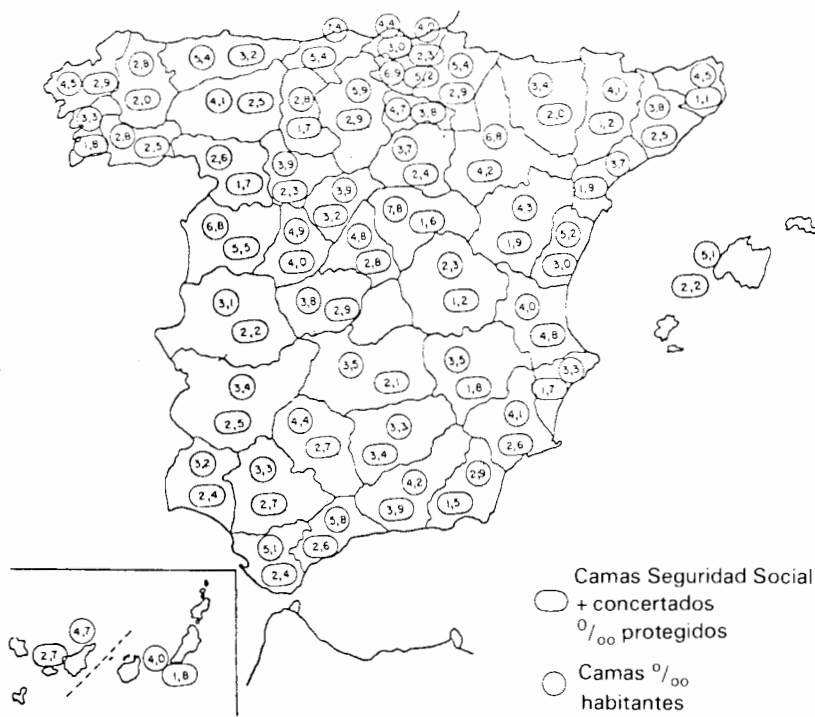


Fig. 1. Oferta de camas hospitalarias por provincias. Fuente: Coll P. *Problemática actual de los conciertos con instituciones sanitarias. Revista de Seguridad Social abril-junio 1980; 6:189.*

protegidas eran Badajoz (68,6) y Cáceres (71,1).

### Desigualdades en la utilización (tabla VIII)

Hemos podido conseguir datos sobre utilización de camas hospitalarias y de medicamentos. La tasa de ingresos en hospitales varió, en 1974, entre los 107,2 ingresos por mil habitantes de Alava y los 34,6 ingresos por mil habitantes de Segovia. La media del Estado español fue de 77 ingresos y la desviación estándar de un 25 % respecto a la media.

El gasto farmacéutico de la Seguridad Social en 1976 está dividido por el número de trabajadores de cada provincia, y nos puede dar una idea de las diferencias en la utilización de este recurso sanitario. La provincia más alta fue Cádiz (11.708 ptas. por trabajador) y la más baja Lugo (3.353 ptas. por trabajador). La media del Estado español fue de 6.583 ptas. y la desviación estándar del 27 % de la media.

### Panorama de las desigualdades

Las desigualdades son generalmente fuertes para todas las medidas estudiadas. La diferencia entre la provincia mejor situada y la peor varían entre 2 y 4 veces, y las desviaciones estándar oscilan entre el 14 % y el

31 %. En la tabla IX se resumen todas.

De una política sanitaria racional se podría esperar que intentase disminuir las desigualdades en términos de salud, a base de buscar una desigualdad de signo contrario en los medios y recursos sanitarios. Así, sería posible que en las provincias de mayor mortalidad encontrásemos más recursos que en las de menor mortalidad. Hemos comprobado que ello no sucede de tal forma por medio de unas sencillas correlaciones:

1. Correlación entre la mortalidad infantil y los pediatras activos por 1.000 nacidos vivos en las provincias del Estado español en 1975<sup>15</sup>:

$$Y = 24,5015 - 0,6551 X \quad r = -0,22$$

Y = Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

X = Pediatras activos por 1.000 nacidos vivos

2. Correlación entre la mortalidad infantil y las camas de agudos por 1.000 habitantes en las provincias del Estado español en 1975<sup>15</sup>:

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

X = Camas de agudos por 1.000 habitantes

Y = Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

3. Correlación entre la mortalidad estándar 1970-1972 y el gasto *per capita*, en asistencia sanitaria, del régimen general de la Seguridad Social en 1976:

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

X = Gasto *per capita*

Y = Mortalidad estándar

Prácticamente no existe relación entre la mortalidad infantil y el número de pediatras o el de camas, y tampoco entre la mortalidad estándar y el gasto sanitario. Ello hace pensar que, por un lado, los recursos no han estado asignados según medida alguna racional de necesidad, y que, por otro lado, los factores no estrictamente sanitarios tienen una gran influencia sobre la salud, tal como respalda la correlación siguiente<sup>15</sup>:

Correlación entre la mortalidad infantil y la renta familiar disponible por provincias en 1975:

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

X = Renta disponible *per capita*

Y = Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

La pendiente es negativa, es decir, a mayor renta corresponde una mortalidad infantil menor, y el coeficiente de regresión es significativo.

### CONCLUSIONES PROVISIONALES

El marco legal en el que debe conseguirse una distribución equitativa de los recursos sanitarios está ya definido, pero es muy abierto y admite concreciones muy diversas.

Ni la mayor eficiencia ni la mayor equidad de la nueva organización territorial española pueden darse por supuestas.

Los mecanismos redistribuidores previstos (participación en impuestos estatales no cedidos en base —parcialmente— a criterios de necesi-

TABLA VII  
Medidas de acceso a los servicios sanitarios

	POBLACION PROTEGIDA POR SS EN 1976*	HABITANTES/ MEDICOS EN 1974-75	CAMAS <sup>0/00</sup> HABITANTES EN 1977 (EXCEPTO PSIQUIATRICOS)***
Alava	96,6	756	6,5
Albacete	82,9	1.076	3,5
Alicante	77,6	902	3,3
Almería	83,3	1.288	2,9
Avila	77,4	860	4,9
Badajoz	68,6	1.121	3,4
Baleares	93,8	751	5,1
Barcelona	85	580	3,8
Burgos	97,2	874	5,8
Cáceres	71,1	1.077	3,1
Cádiz	83,3	1.822	5,1
Castellón	90,4	820	5,2
Ciudad Real	90,2	1.155	3,5
Córdoba	95,9	1.209	4,4
Coruña, La	96,9	652	4,5
Cuenca	81,9	1.164	2,3
Gerona	89,9	1.048	4,5
Granada	97,5	729	4,2
Guadalajara	99	775	7,8
Guipúzcoa	82,6	811	4
Huelva	81,4	1.066	3,2
Huesca	76,5	1.053	3,4
Jaén	83,1	1.142	3,3
León	90,1	867	4,1
Lérida	85,6	985	4,1
Logroño	84,7	729	4,7
Lugo	98	1.493	2,8
Madrid	95,2	434	4,8
Málaga	84	925	5,2
Murcia	78,9	886	4,1
Navarra	79,1	629	5,4
Orense	73,9	1.443	2,8
Oviedo	95,6	801	5,4
Valencia	85,6	793	2,8
Palmas, Las	80	1.053	4
Pontevedra	94,3	1.090	3,3
Salamanca	94	569	6,8
Sta. Cruz de Tenerife	88,5	1.005	4,7
Santander	92,1	680	7,4
Segovia	93,1	615	3,9
Sevilla	98,5	503	3,8
Soria	82,6	743	3,7
Tarragona	99	963	3,7
Teruel	94	910	4,3
Toledo	75,9	946	3,8
Valencia	89,3	509	4
Valladolid	78	544	3,9
Vizcaya	84,3	729	4,4
Zamora	82,3	847	2,6
Zaragoza	85,3	497	6,5
Media	86,9	898	4,3
Desviación estándar	8	275	1,22
España	87,8	699	

(a)\* Fuente: Memoria estadística, 1976 INP, Madrid 1977.

(b)\*\* Fuente: Estadística de los profesionales sanitarios, 1974-75 INE, Madrid 1977.

(c)\*\*\* Fuente: Coll P. La problemática actual de los concertos con instituciones sanitarias. Madrid, Revista de la Seguridad Social abril-junio 1980; 6.

dad y coste, la garantía de unos servicios mínimos a la altura del nivel medio estatal y la creación de un

Fondo de Compensación Interterritorial) podrían ser insuficientes. Reclaman, no obstante, una discusión y un

trabajo más profundo que permita llegar a las fórmulas que mejor puedan expresar los criterios generales que en ellos se enuncian.

Estos mecanismos redistribuidores plantean ya en este momento tres grandes cuestiones: *a)* el trato que recibirá la oferta privada en el momento de calcular los déficit; *b)* el grado en que los mecanismos de financiación provisional de las comunidades autónomas suponen una consolidación, e incluso legitimación moral, de la situación anterior, y *c)* el tipo de valoración de los costes indirectos que se realice: autonómica o meramente descentralizadora.

Faltan en cualquier caso fórmulas de participación de los gobiernos autónomos en el gobierno central y fórmulas de coordinación entre los gobiernos de las comunidades autónomas.

Se ha de distinguir entre la equidad operativa, distribución de recursos sanitarios (en sentido amplio) en función de la necesidad, y la equidad ideal, el mismo nivel de salud para todo el mundo.

La equidad operativa se consigue actuando sobre: *a)* la distribución de recursos sanitarios y su financiación; *b)* los denominados riesgos autoimpuestos, y *c)* la distribución de los riesgos derivados del entorno.

La profundidad de las actuaciones variará en función del umbral inmunológico del cuerpo social frente a medidas que pueden dificultar parcialmente la persecución de la eficacia productiva.

Se tiende hacia la equidad ideal actuando sobre las diferencias en niveles educativos, renta, niveles socio-profesionales y otros, en gran parte derivados de la pertenencia a una clase social. Exige, por tanto, una medicina realizada desde fuera de la medicina.

Las desigualdades regionales no pueden plantearse únicamente bajo el prisma de una balanza de pagos incompleta. El instrumento es útil para conocer, por ejemplo, la incidencia de la actuación fiscal del Estado, pero lo que es un instrumento no ha de convertirse necesariamente en un criterio. Hay que conocer tanto la distribución de los ingresos del Estado como la de sus gastos. Ahora bien, lo que nosotros proponemos es que la segunda no esté en función de la primera, sino en función de la necesidad.

Debe distinguirse entre tipos de desigualdad sanitaria (geográfica, in-

TABLA VIII  
Medidas de las desigualdades en la utilización de los recursos sanitarios

	PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES <sup>10</sup> / <sub>00</sub> HABITANTES EN 1974*	GASTOS FARMACEUTICOS DE LA SS POR TRABAJADOR EN 1976**
Alava	107,2	4.799
Albacete	67,6	7.948
Alicante	65,6	7.777
Almería	63,2	9.912
Ávila	50	5.784
Badajoz	62,4	8.877
Baleares	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
Gerona	66	5.641
Granada	70,5	8.517
Guadalajara	53,8	5.164
Guipúzcoa	78,1	6.167
Huelva	67,1	9.562
Huesca	56,6	5.376
Jaén	56,2	8.772
León	68,8	5.334
Lérida	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	6.270
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
Media	70,1	6.555
Desviación estándar	17,7	1.794
España	77	6.593

\* Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, año 1974. INE. Madrid 1977.

\*\* Fuente: Memoria estadística INP, año 1976. Madrid. 1977.

dividual y según clases sociales) y medidas de la desigualdad (gasto *per capita*, acceso *per capita*, utilización *per capita*, y nivel de salud).

Las desigualdades en España según la mortalidad global estandarizada,

mortalidad infantil, gasto sanitario, acceso al sistema sanitario y utilización del mismo son impresionantes. España registra los más altos desequilibrios regionales de toda Europa. Así lo confirma el estudio sobre la renta

nacional de España en 1977 y su distribución provincial, publicado en 1980 por el Banco de Bilbao. El producto y la renta han seguido concentrándose incluso en los años de crisis económica. Falta saber en qué medida ha tendido a concentrarse la población. Si la población no se ha concentrado como lo hacía antes de la crisis, las desigualdades en renta a nivel espacial y personal serán aún más ostensibles.

Los recursos sanitarios en España no han sido asignados en función de medida alguna racional de necesidad. Por otra parte, los factores no estrictamente sanitarios tienen mucha influencia en la distribución de la salud. No ha de sorprender la nada equitativa distribución de la salud en el Estado conociendo el fortísimo sesgo en la distribución geográfica e individual del indicador indirecto de salud que es la renta, al que hemos aludido en la conclusión anterior.

Puede conseguirse una mayor equidad, sin suscitar suspicacias ni atentar contra la eficiencia diferencial a nivel regional, distribuyendo el gasto sanitario en España según la necesidad. La fórmula a utilizar podría ser similar a la utilizada en el Reino Unido<sup>16,17</sup>, que considera: *a*) la población de cada zona, *b*) la composición de la población por edad y sexo, *c*) las diferencias en morbilidad no explicadas por las variaciones en las pirámides demográficas (utilizando variables substitutivas aproximadas de la morbilidad), y *d*) el coste de atención a cada proceso. Nuestro marco legal permite la introducción de una fórmula de este estilo.

La mejora necesaria en la información sanitaria, prioridad en cualquier política que pretenda ser racional, pasa en gran parte por acabar con el carácter reservado de los datos, impropio de la naturaleza pública de los que la poseen en exclusiva para no compartir el poder que la información proporciona.

Finalmente, y por lo que hace referencia a la equitativa distribución de la inversión sanitaria, debería valorarse su importancia relativa si realmente se consiguiera un grado satisfactorio de equidad en la distribución del gasto. Dos consideraciones son de gran importancia a este respecto: *a*) una mayor oferta sanitaria crea un gasto mayor, y *b*) lo importante no es tanto la propiedad pública de los recursos sanitarios como su control y financiación públicos.

TABLA IX  
Panorama de las desigualdades sanitarias

	MORTALIDAD				GASTOS			ACCESO		UTILIZACION	
	MORTA- LIDAD BRUTA EN 1976	MORTA- LIDAD ESTAN- DAR EN 1970-72	MORTA- LIDAD INFANTIL EN 1975	MORTA- LIDAD INFANTIL EN 1976	PTAS./ PROTE- GIDO DEL REGIMEN GENE- RAL DE LA SS EN 1976	PTAS./ ENFER- MO INGRESA- DO EN 1974	CAMAS <sup>0/00</sup> HABI- TANTES EN 1977	HABI- TANTES/ MEDICOS EN 1975	COBER- TURA DE LA SS EN 1976	INGRE- SADOS <sup>0/00</sup> EN 1974	GASTOS DE FARMACIA DE LA SS POR PROTEGI- DO EN 1976
Más alta	12,3 <sup>0/00</sup>	12 <sup>0/00</sup>	33,4 <sup>0/00</sup>	31,3 <sup>0/00</sup>	8.340	35.429	7,8	434	99 %	107,2	11.708 ptas
Más baja	6,5 <sup>0/00</sup>	6,3 <sup>0/00</sup>	11,8 <sup>0/00</sup>	11 <sup>0/00</sup>	3.980	12.245	2,3	1.800	68,6 %	34,6	3.353 ptas
Media	8,3 <sup>0/00</sup>	8,5 <sup>0/00</sup>	19,9 <sup>0/00</sup>	17,1 <sup>0/00</sup>	6.474	22.685	4,3	699	87,8 %	77	6.555 ptas
Desviación estándar	14 %	13,4 %	20 %	22 %	23 %	29 %	28 %	31 %		25 %	27 %

### Bibliografía

1. Ponencia presentada a las Jornadas sobre el Estatuto de Cataluña. Colegio de Abogados. Barcelona, 1980.
2. Regional Office for Europe. World Health Organization. Measurement of levels of health. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series n.º 7, 1979; 59.
3. Mc Keown Th. The role of medicine. Oxford, Basil Blackwell, 1979; 74.
4. Mc Keown Th. The role of medicine. Oxford, Basil Blackwell, 1979; 78.
5. Lalonde. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Government Printing Office, Government of Canada, 1975.
6. Surault P. L'inegalité devant la mort. París, Economica 1979.
7. Surault P. L'inegalité devant la mort. París, Economica 1979; 29.
8. Surault P. L'inegalité devant la mort. París, Economica 1979; 130.
9. Walters V. Class inequality and health care. Londres, Croom Helm, 1980.
10. Le Grand J. The distribution of public expenditure: the case of health care. Economica 1978; 45 (178):125-142.
11. Richardson W. Teoría del crecimiento regional. Madrid, Pirámide, 1977; 19.
12. Castells A. Balança fiscal de Catalunya: incidència fiscal de l'actuació de l'Estat. Banca Catalana, Revista Econòmica 1979; 54:1-18.
13. Vereda J, Mochón F. Efectos redistributivos de la Seguridad Social. Hacienda Pública Española 52:88, 89.
14. Cullis, West. The economics of health. Oxford, Martin Robertson, 1979.
15. Salleras Ll. Análisis de los indicadores de mortalidad maternal, prenatal e infantil en España y Cataluña. Tesis doctoral. Barcelona, 1979.
16. Department of health and social security. Sharing resources for health in England. Report of the resource allocation working party. Londres, 1976.
17. Royal commission on the national health service. Allocating health resources: A commentary on the report of the resource allocation working party. Londres, 1978.