

España: democracia, crisis económica y política sanitaria

por

V. ORTUN y A. SEGURA

Publicado en la REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA

MAYO-JUNIO : — : Año LVII

MADRID

1 9 8 3

España: democracia, crisis económica y política sanitaria *

VICENTE ORTUN ** y ANDREU SEGURA ***

1. SALUD, SANIDAD Y POLÍTICA SANITARIA EN ESPAÑA

1.1 Evolución del estado de salud de la población

A falta del sistema deseable de información sanitaria pueden ofrecerse algunos datos extraídos de las estadísticas vitales. La esperanza de vida al nacer ha aumentado de forma continuada, de 33,85 años, para hombres, en 1900, a 70,4 años en 1975 (véase cuadro 4). La tasa de mortalidad infantil ha disminuido de 35,3 por 1.000 nacidos vivos en 1960 a 15,25 en 1978 (véase cuadro 5). Esta caída ha sido general aunque con diferencias entre regiones, así la tasa para Cataluña ha bajado durante el mismo periodo de 32,4 a 12,32.

Otros indicadores demográficos importantes han evolucionado de la forma siguiente: la población envejece, con un 10 por 100 de la misma con más de sesenta y cinco años en 1975; sin embargo, la intensidad del proceso todavía no es comparable a la de otros países occidentales. La tasa de natalidad muestra una tendencia espectacular a la baja yendo de 18,88 por 1.000 habitantes en 1975 a 15,25 en 1980. Lo que supone unos 130.000 nacimientos menos en el año respecto a los que se hubieran producido si la tasa hubiese permanecido constante en el nivel de 1975.

La tasa global de mortalidad muestra una estabilidad alrededor de 8 por 1.000 habitantes en los últimos años. En ausencia de tasas estandarizadas no se puede presentar un análisis epidemiológico de la tendencia. Sin embargo, como la población experimenta un envejecimiento continuo la mortalidad está—de hecho—decreciendo.

En cuanto a la mortalidad por causas conocemos aún las tasas estandarizadas por edad y sexo. No obstante las enfermedades cardiovasculares siguen

* Adaptación de «Spain: Democracy, Economic Crisis and the Health Policy», ponencia presentada al congreso del International Group for the Study Political Economy of Health celebrado en Frankfurt del 29 al 31 de julio de 1982.

** Economista.

*** Epidemiólogo.

constituyendo la primera causa de muerte. Se detecta un aumento del cáncer a expensas de algunos tumores determinados como del cáncer de pulmón. La mortalidad por causa externa aumenta persistentemente, sobre todo la debida a accidentes de tráfico. Las muertes atribuidas directamente al consumo de alcohol —cirrosis hepática— muestran también un incremento notable.

A pesar de que distintos grupos están trabajando en el análisis epidemiológico de la mortalidad, todavía no se dispone de una panorámica global del fenómeno. Hay que resaltar, sin embargo, que la información estadística sobre la mortalidad ha mejorado desde los años cincuenta —con un 15 por 100 de síntomas y estados morbosos mal definidos— a la actualidad en que el porcentaje del epígrafe mal definidos es de un 3 por 100.

Los datos sobre morbilidad tienen menor calidad que los de mortalidad. El Instituto Nacional de Estadística se ha esforzado por mejorarlos y ha publicado dos números de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, referidos a 1977 y 1978, elaborados sobre una muestra del 10 por 100 de todas las altas hospitalarias.

Existen otras fuentes de información sobre mortalidad pero no son fiables por su escasa calidad. En cualquier caso, los pocos datos fiables de que disponemos nos permiten creer que las pautas de morbilidad en España son similares a las de otros países occidentales. Las enfermedades degenerativas y crónicas como el cáncer, reumatismo y cardiovasculares han ido en aumento y las enfermedades transmisibles en disminución. Se dan, sin embargo, rasgos específicos como la persistencia de algunas enfermedades transmisibles altamente correlacionadas con el sistema de saneamiento como, por ejemplo, la fiebre tifoidea. También la tuberculosis constituye un problema importante de salud.

El conocimiento epidemiológico de la enfermedad mental es escaso, aun cuando constituye un problema importante. Estimaciones oficiales sitúan en unas 350.000 personas las que requieren asistencia psiquiátrica. Probablemente las alternativas sensoriales —visión y sordera— constituyen un problema que irá aumentando en función del envejecimiento de la población. El sistema sanitario español es poco sensible a este tipo de minusvalías.

En nuestra opinión, las diferencias más importantes con respecto a los otros países occidentales pueden deberse, en parte, al débil control de la Administración sobre las condiciones de trabajo y sobre el medio en general.

1.2 Principales rasgos del Sistema Sanitario Español

Cuatrocientos habitantes por médico en 1982 y 5,3 camas por 1.000 habitantes (déficit debido principalmente a la escasez de camas para crónicos). Ello supone casi un médico por cada dos camas, un ratio heterodoxo en el cual España ocupa la segunda posición mundial después de Israel (véase el cuadro 1).

CUADRO 1
MÉDICOS POR CAMA EN LOS 31 PAISES CON MAYOR ÍNDICE
DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES

	Médicos por 1.000 habitantes	(Año)	Habitantes por cama	(Año)	Médicos por cama
1. URSS	3,34	(1976)	85	(1975)	0,28
2. Israel	2,64	(1973)	173	(1975)	0,46
3. Checoslovaquia	2,45	(1976)	99	(1975)	0,24
4. Hungría	2,26	(1976)	117	(1975)	0,26
5. Austria	2,25	(1976)	88	(1975)	0,20
6. Bulgaria	2,19	(1976)	116	(1975)	0,25
7. Grecia	2,08	(1976)	155	(1975)	0,32
8. Bélgica	2,02	(1976)	112	(1975)	0,23
9. Italia	2,02	(1974)	95	(1975)	0,19
10. República Federal Alemana	1,99	(1976)	85	(1975)	0,17
11. Dinamarca	1,95	(1976)	105	(1975)	0,17
12. Suiza	1,92	(1976)	88	(1975)	0,17
13. República Democrática Alemana	1,91	(1976)	92	(1975)	0,18
14. España	1,88	(1977)	190	(1975)	0,36
15. Argentina	1,87	(1975)	179	(1970)	0,33
16. Noruega	1,76	(1976)	71	(1975)	0,12
17. Canadá	1,72	(1976)	109	(1975)	0,19
18. Suecia	1,70	(1975)	66	(1975)	0,11
19. Holanda	1,65	(1976)	99	(1975)	0,16
20. Estados Unidos	1,61	(1976)	152	(1975)	0,24
21. Polonia	1,61	(1976)	129	(1975)	0,21
22. Finlandia	1,49	(1976)	66	(1975)	0,10
23. Francia	1,47	(1975)	98	(1975)	0,14
24. Uruguay	1,40	(1975)	259	(1975)	0,36
25. Portugal	1,39	(1976)	168	(1975)	0,23
26. Rumania	1,32	(1976)	108	(1975)	0,14
27. Australia	1,28	(1972)	80	(1975)	0,10
28. Yugoslavia	1,25	(1976)	167	(1975)	0,21
29. Irlanda	1,19	(1976)	93	(1975)	0,11
30. Japón	1,17	(1976)	79	(1970)	0,09
31. Reino Unido	1,16	(1974)	107	(1975)	0,12

Fuente: World Health Statistics, Ginebra, OMS, 1979.

Ochenta y cinco ingresos hospitalarios por 1.000 habitantes (150-200 en otros países desarrollados) con 1,36 estancias por habitante (1,5-2 en otros países desarrollados). Muchas consultas médicas por persona: 14 anuales por protegido a la Seguridad Social (de 5 a 10 en otros países desarrollados).

Muchas de las visitas obedecen, sin embargo, a razones administrativas: pacientes en busca del certificado de baja o pidiendo medicamentos para ellos mismos o para sus familiares. Un estudio efectuado en Barcelona en 1978 muestra que sólo un 49 por 100 de los que acudían a la consulta del médico de cabecera lo hacían «para visitarse» (véase cuadro 2).

Comentaremos a continuación cada uno de los cinco rasgos que consideramos más distintivos del Sistema Sanitario Español:

1. Basado en la Seguridad Social.
2. Centrado en los hospitales.
3. No integrado, poco equitativo y con propiedad múltiple.
4. Escasa correlación entre gasto sanitario público y control ejercido.
5. En proceso de descentralización.

1.2.1 Basado en la Seguridad Social

El Sistema Sanitario Español se basa en la Seguridad Social. El 85 por 100 de la población está cubierta por un seguro de enfermedad obligatorio tutelado por el Estado, aunque se utiliza con intensidad muy variable. La Seguridad Social protege contra la enfermedad y el accidente, los riesgos derivados de la maternidad, la ancianidad, etc. Los beneficiarios reciben los medicamentos que les son prescritos aunque pagan de su bolsillo el 40 por 100 del coste de los mismos; en ciertos casos —pensionistas por ejemplo— se suministran medicamentos sin cargo alguno. Ni la Psiquiatría (responsabilidad de las Diputaciones) ni la atención dental —excepto extracciones y cirugía máxilo-facial— están cubiertas por la Seguridad Social. Finalmente, las prótesis (como gafas, dentaduras postizas y aparatos para la sordera) se proporcionan discrecionalmente, lo que es especialmente poco equitativo para los más viejos, un sector cada vez más importante de la población y principales usuarios de estas prótesis.

En 1982, el INSALUD (órgano gestor de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social) será financiado en un 85 por 100 por las cuotas de empresarios y trabajadores y en un 15 por 100 por impuestos. El gasto sanitario realizado por el INSALUD representa aproximadamente el 90 por 100 del total de gastos sanitarios realizados por las Administraciones Públicas (Estado, Organismos autónomos de carácter administrativo, Corporaciones locales y la propia Seguridad Social). Por otra parte, los servicios sanitarios financiados por las Administraciones Públicas representan el 70 por 100 del consumo total de servicios sanitarios. Finalmente, el consumo total de servicios sanitarios absorbe el 6 por 100 del Producto Interior Bruto. Véase el cuadro 3 para apreciar la evolución reciente de este porcentaje. Esquemáticamente:

CONSUMO DE SERVICIOS SANITARIOS	}	0.7 financiación pública.	}	0.9 INSALUD. { 0.85 cuotas, 0.15 impuestos.
				0.1 Otras Administraciones Públicas
				0.3 financiación privada.

Los gastos corrientes del INSALUD para 1982 pueden desglosarse de la forma siguiente:

	Millones de pesetas	Porcentaje
Servicios proporcionados por las instituciones propias de la Seguridad Social	375.191	57
Servicios proporcionados por instituciones concertadas por la Seguridad Social	136.280	21
Farmacia	143.313	22
	654.784	100

Si hemos empezado hablando de los aspectos de financiación es porque creemos que constituye una variable explicativa clave y puede indirectamente aportar una tipología de sistemas sanitarios. Como afirmaba Roemer (1) el alcance de la regionalización sanitaria (nuestro rasgo número 5) y el grado de autonomía de los hospitales (relacionado con nuestro rasgo núm. 2) varía con el método de financiación. Cuando la mayor parte de la financiación proviene de fuentes privadas, incluyendo el seguro voluntario, como en los Estados Unidos, las autoridades regionales son relativamente débiles, y la autonomía de los hospitales fuerte. Con sistemas sanitarios basados en esquemas de seguridad social tutelados por el Estado, la regionalización es mayor y se produce una cierta reducción en la autonomía de los hospitales. Con servicios sanitarios nacionalizados y financiados mediante impuestos, la regionalización aparece altamente desarrollada y los hospitales no funcionan tanto como entidades independientes sino como componentes de una red de instituciones.

1.2.2 Centrado en los hospitales

La Seguridad Social posee un dispositivo de asistencia extrahospitalaria muy importante, que cubre todo el país, y está compuesta por médicos de cabecera, especialistas no radicados en los hospitales y servicios ambulatorios de urgencias (en poblaciones con más de 5.000 afiliados a la Seguridad

(1) ROEMER, M.: «Regionalized health systems in five nations», en *Hospitalia*, 16 de diciembre de 1979.

MOTIVOS DE LAS VISITAS MEDICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

(Porcentajes)

	Visitarse	Buscar recetas	Buscar alta, baja o confirmación	Otros motivos	Total
Medicina General	49	31	9	11	100
Pediatría	86	6	—	8	100
Ambulatorio	80	7	4	9	100

Fuente: GAPS, Col.legi de Metges de Barcelona. *L'assistència extrahospitalària de la Seguretat Social a la ciutat de Barcelona*. Mimeo.

CONSUMO DE SERVICIOS SANITARIOS

(Precios corrientes, millones de pesetas)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Consumo de servicios sanitarios	96.839	125.797	157.855	185.813	249.413	305.762	404.869	539.301	665.648	762.065
Como porcentaje del Producto Interior Bruto a precios de mercado	3,76	4,31	4,60	4,49	4,89	5,08	5,60	5,88	5,93	5,79

Fuente: INE. *Contabilidad Nacional de España*. 1981.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN ESPAÑA

Años	SEXO	
	Hombres	Mujeres
1900	33,85	35,70
1910	40,92	42,56
1920	40,26	42,05
1930	48,38	51,60
1940	47,12	53,24
1950	59,81	64,32
1960	67,32	71,90
1970	69,69	74,96
1974-75	70,40	76,20

Fuentes: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. *Análisis de la situación sanitaria española*. Madrid, 1977. y Banesto. *Anuario del Mercado Español*, 1981.

Social). Los beneficiarios se asignan, en base a la agrupación familiar, a un médico de cabecera. Por cada médico de cabecera hay aproximadamente 1.500 beneficiarios. El 20 por 100 de ellos son pediatras. Los médicos de cabecera dedican sólo dos horas diarias, de promedio, a estos pacientes. Los cupos de pacientes asignados a los cabeceras se agrupan para formar un cupo de especialistas. El número de cupos de cabecera necesarios varía según la especialidad: desde 12.690 cartillas para Digestivo, Cirugía, Oftalmología, ORL, Traumatología, etc., a 50.770 cartillas para Endocrinología. La cartilla corresponde al afiliado y en la misma se recogen los familiares que dependen de él.

El funcionamiento de este dispositivo, no obstante, es más bien malo y, además la asistencia extrahospitalaria descrita está tan separada de la hospitalaria que la patología más común llega fácilmente a los hospitales más sofisticados.

Alrededor del 50 por 100 de los gastos sanitarios en España se canalizan a través de los hospitales. Pero ni este porcentaje ni el escaso número de camas por habitante ya mencionado caracterizarían al Sistema Sanitario Español como especialmente centrado en el hospital, a no ser que consideremos la composición del 50 por 100 de gasto sanitario que no se canaliza a través de los hospitales:

— Un 20 por 100 del gasto sanitario total en farmacia *versus* un promedio del 12 por 100 en los países de la Comunidad Económica Europea; el mayor gasto en medicamentos de Europa si se compara con la renta per cápita. Este hecho se explica por unos precios más altos y unas mayores cantidades consumidas. Si las cantidades se estandarizan según la dosis diaria definida (que tiene en cuenta el número de unidades por presentación

y la cantidad de principio activo por unidad) parece que se reducen las diferencias existentes —entre España y otros países europeos— en cuanto a cantidades consumidas (2).

— Un 30 por 100 de gasto sanitario extrahospitalario que no está considerando demasiado valor del dinero y cuyo mal funcionamiento queda impropriamente parchado por una intensa prescripción medicamentosa y la continua referencia de casos simples a los hospitales. Los hospitales más sofisticados tienen enormes servicios de Urgencias —operando como auténticos centros de primeros auxilios— que responden de la mayor parte de los ingresos hospitalarios.

1.2.3 No integrado, poco equitativo y con propiedad múltiple

En las estadísticas hospitalarias es donde mejor podemos apreciar la diversidad de propietarios (año 1976):

	Número de establecimientos	Camas más incubadoras	Personal por cama	Tasa de ocupación	Estancia promedio
Administración Central	161	37.393	0,8	58	23,2
Administración Local	197	51.374	0,7	72	35,3
Seguridad Social	118	43.908	2	75	9,9
Beneficencia	68	8.705	1,2	73	14,3
Iglesia	74	15.980	0,5	79	35,2
Cruz Roja	36	4.004	1,2	69	10,9
Privados	570	32.343	1,1	63	10,2
Otros	5	158	1,6	82	17,3
	1.229	193.865	1,1	69,2	16

Fuente: INE. *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*. Año 1976.

El Sistema Sanitario Español se ha constituido mediante la acumulación de estratos sucesivos a lo largo del tiempo: empezando con los hospitales medievales, siguiendo por el dispositivo de salud pública creado a mediados del siglo pasado y acabando con la consolidación de la Seguridad Social tras la Guerra Civil. Estos estratos no están integrados pese a la unidad formal que supone la existencia de una máxima autoridad central: el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los servicios de salud pública muy raramente han trabajado en coordinación con los servicios asistenciales, pero incluso los diferentes servicios asis-

(2) FRIEHL HANS ARZNEIMITTELVERBRAUCH: «Ein Vergleich der Verbrauchssituation in Einigen Europäischen Ländern», in *Deutsche Apotheker Zeitung*, 122. Jahrg., nr. 15.15.4, 1982, pp. 815-818.

tenciales ofrecen un grado importante de descoordinación. Las administraciones sanitarias municipales, la del Estado y la de la Seguridad Social han tenido una existencia más bien paralela.

CUADRO 5

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL (*): 1960-1978

Años	Cataluña	España
1960	32,4	35,30
1961	—	37,42
1962	—	32,52
1963	—	31,95
1964	—	30,95
1965	28,38	29,45
1966	27,07	28,09
1967	25,96	26,13
1968	23,97	24,69
1969	23,59	22,61
1970	20,27	20,78
1971	19,35	18,88
1972	17,50	16,38
1973	16,25	15,26
1974	15,07	13,84
1975	15,30	18,88
1976	14,26	17,11
1977	14,42	16,03
1978	12,32	15,25

Fuentes: INE. *Anuari Estadístic 1980*; CASAS, M.: *La mortalidad infantil en el decenio 1965-74*, Barcelona, 1978; SALLERAS, L.: *Análisis de los indicadores de mortalidad maternal, perinatal e infantil*, Barcelona 1979.

(*) Muertes de menos de un año por 1.000 nacidos vivos.

La oferta de recursos sanitarios muestra una distribución geográfica muy desigual. La inversión y consumo sanitarios no han estado relacionados hasta el momento con medida alguna de la necesidad pese a las amplias diferencias existentes entre regiones: tasas estándar de mortalidad que varían del 6,3 al 12 por 100; tasas de mortalidad infantil entre el 11 y el 31 por 100; gasto sanitario per cápita, camas por 1.000 habitantes y frecuentación hospitalaria que oscilan de uno a tres, etc.

No existen datos sobre el grado de equidad en la distribución de recursos sanitarios según clases sociales.

1.2.4 Escasa correlación entre gasto sanitario público y control ejercido

La propiedad múltiple, vista en el punto previo, favorece la falta de coordinación y la formulación de políticas particulares en cada centro con independencia de la política sanitaria global. La importancia de la financiación pública podría haber limitado esta independencia, dado que un porcentaje elevado de médicos (81 por 100), medicamentos consumidos (80 por 100) y servicios producidos por los hospitales son pagados por una única entidad: el INSALUD. Este poder monopolístico, que podría haber permitido a las autoridades sanitarias ejercer un control indirecto y ejecutar una política (por medio de los conciertos, los procedimientos de acreditación y el requisito de autorizaciones previas) apenas si ha sido usado. El resultado ha sido el de una falta de control público sobre la actividad sanitaria pese a la importancia de los gastos sanitarios públicos. Esta política ha favorecido a todos los «proveedores» mencionados: médicos, industria farmacéutica y ciertos hospitales.

1.2.5 El proceso de descentralización

La Constitución de 1978 crea el nuevo marco administrativo que institucionaliza las diferentes nacionalidades y regiones del país como titulares de una serie de poderes hasta ahora reservados al Gobierno central. Fue una manera de reconocer aspiraciones de zonas muy diferenciadas, especialmente el País Vasco y Cataluña, de tener una cierta capacidad de autogobierno. El proceso de descentralización afecta principalmente a materias educativas, sanitarias y culturales y se ha visto negativamente influido por el golpe de Estado del 23 de febrero de 1981.

El siguiente cuadro proporciona una idea acerca del alcance de la centralización en España:

PRESUPUESTOS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

(Porcentajes)

ESTADOS FEDERALES	Descentralizados	Centralizados
	República Federal de Alemania	60-65
Estados Unidos	50	50
Yugoslavia	50	50
ESTADOS NO FEDERALES		
Italia	22	78
Francia	25	75
España	12	88

Una vez se complete el actual proceso de transferencias, los presupuestos no centralizados de las administraciones públicas en España representarán aproximadamente el 50 por 100 del total de presupuestos públicos.

Las autoridades sanitarias de las Comunidades autónomas no podrán alterar las grandes líneas del sistema sanitario en España, pero una gestión más cercana a los problemas podría mejorar la eficiencia. Dos, no obstante, son los tipos de dificultades más importantes para conseguir esto último:

1. La no total disponibilidad de los instrumentos de gestión: estatutos de personal rígido y normativas esclerosadas, y
2. La carencia de unos servicios centrales suficientes y no inflacionarios. En el decreto que aprobaba las normas de traspasos de servicios del Estado a la Generalidad se decía que, cuando en relación a un servicio o actividad periférica transferidos sea posible identificar y dar de baja en los Presupuestos Generales del Estado los créditos que financian la organización y funcionamiento centrales que tienen proyección directa sobre los transferidos, el traspaso comprenderá también la parte proporcional de costos imputable a la actividad central. Esto es lo que más cuesta y lo que, por otro lado, no puede sostenerse es que cuando una parte importante de los 1.425.000 funcionarios son precisamente de servicios centrales, se creen 17 nuevos núcleos de servicios centrales (uno por Comunidad, sin considerar ni Ceuta ni Melilla) para atender a los servicios traspasados.

1.3 Política sanitaria en España

La falta de liderazgo, ya mencionada en 1.2.4 por parte de la Seguridad Social, ha ocasionado un desarrollo inercial de los servicios sanitarios.

El sector privado no ha sido tan tutelado como la legislación prevé. Por otra parte, la subsistencia del mismo depende de los conciertos con la Seguridad Social, la cual no ha utilizado este poder para racionalizar la oferta privada en interés de sus afiliados. Esto ha ocasionado, a veces, despilfarro en unas áreas y escaseces en otras. Por ejemplo, la oferta privada para diálisis renal es considerable en España y particularmente en Cataluña tenemos una de las más altas tasas de riñones artificiales del mundo. La burocracia sanitaria genera muchos datos, pero poca información útil. Dado que no existe un auténtico interés para evaluar los resultados tampoco se añora la ausencia de criterios de eficacia.

Ultimamente se intenta una gestión más empresarial del sector sanitario. No existe, sin embargo, una definición previa de cuáles son los «productos intermedios» que los gerentes deben contribuir a conseguir en mayor cantidad y con mejor calidad, ni se ha establecido todavía un sistema de control de gestión e incentivos coherente con los objetivos de la reforma. Estamos lejos aún de llegar a una situación donde se planifique según necesidades.

Tampoco hemos conocido una política sanitaria de corte neoliberal, como la del Canadá u Holanda, por ejemplo, que insista en la responsabilidad individual y promueva campañas de estilo de vida y actuaciones sobre el entorno no excesivamente comprometidas. Persisten, en cambio, las secuelas de la política sanitaria de la dictadura, que prestó escasa atención a las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo y permitió el desarrollo de un urbanismo insano.

2. IMPACTO DEL ESTADO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

2.1 Evolución reciente de la política social

Un notable esfuerzo en política social se ha producido en España durante estos últimos ocho años de crisis económica mundial, que han coincidido con la transición política en nuestro país. Los gastos de las Administraciones públicas (Estado, Organismos autónomos, Corporaciones locales y Seguridad Social) han pasado de representar un 23,3 por 100 del PIB en 1973 a un 32,6 por 100 en 1980 (véase cuadro 6). Si analizamos estos gastos por funciones —redistribución de la renta, consumo público, inversión—, vemos que el mayor aumento corresponde a gastos en redistribución de la renta (básicamente pensiones y servicios sanitarios financiados a través de la Seguridad Social, pero provistos en instituciones que no pertenecen a la misma), los cuales han incrementado de un 11,1 por 100 del PIB en 1973 a un 17,5 por 100 en 1980 (véase cuadro 7). Este desarrollo, sorprendente pese al nivel de protección social de que partíamos, puede explicarse en función de:

1. La crisis económica, que significa una caída en la población económicamente activa como porcentaje de la población total, una baja de la población ocupada como porcentaje de la económicamente activa y, por otra parte, mayores necesidades sociales (véase el cuadro 8).
2. El esfuerzo de legitimación realizado por el Estado durante la transición política: no tanto aumento en los gastos estrictamente legitimadores (beneficencia, por ejemplo) como aumento en los sueldos y salarios indirectos a un ritmo mayor que el registrado en otros países desarrollados. Recordamos algunos hitos del período de transición política: la muerte del almirante Carrero el 22 de diciembre de 1973, la muerte del general Franco el 20 de noviembre de 1975 y las elecciones constituyentes que tuvieron lugar el 15 de junio de 1977.
3. La evolución demográfica (envejecimiento de la población) y el aumento en el coste de los servicios sanitarios.

Los salarios reales directos en España han conocido una evolución análoga a la vista para los sueldos y salarios indirectos. Aquéllos han aumentado

EVOLUCIÓN DEL GASTO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

(En relación al producto interior bruto, a precios de mercado)

(Miles de millones de pesetas)

	1973	1974	1975	1976
PIB	4.139,6 (100)	5.102,0 (100)	6.018,3 (100)	7.234,2 (100)
Redistribución de la renta	462,9 (11,18)	559,1 (10,96)	718,0 (11,93)	934,2 (12,91)
Consumo público, Inversión	354,6 (8,57) 146,1 (3,53)	447,9 (8,78) 179,2 (3,51)	555,8 (9,24) 225,5 (3,75)	711,5 (9,84) 242,9 (3,36)
TOTAL	963,6 (23,28)	1.186,2 (23,25)	1.499,3 (24,91)	1.888,6 (26,11)
		1978(P)	1979(P)	1980(A)
PIB	9.178,4 (100)	11.224,7 (100)	13.156,6 (100)	15.075,9 (100)
Redistribución de la renta	1.252,6 (13,65)	1.763,0 (15,71)	2.172,8 (16,51)	2.644,3 (17,54)
Consumo público, Inversión	921,0 (10,03) 360,3 (3,93)	1.169,1 (10,42) 377,9 (3,37)	1.416,1 (10,76) 411,3 (3,13)	1.737,2 (11,52) 535,6 (3,55)
TOTAL	2.533,9 (27,61)	3.310,0 (29,49)	4.000,2 (30,40)	4.917,1 (32,62)

Fuente: INE *Contabilidad Nacional de España*, 1981.

a) Una tasa anual similar en los períodos 1973-80 y 1969-73 (véase cuadro 9). La evolución salarial española contrasta fuertemente con la de otros países industrializados donde se han registrado aumentos sustancialmente menores en los salarios reales directos, como puede verse en el cuadro 10. Debe notarse, sin embargo, que las mejoras en la productividad también han sido mayores en España que en los países industrializados mencionados, especialmente si se comparan con los respectivos aumentos de productividad que precedieron a la crisis de 1973. Este aumento en los salarios reales directos debe explicarse en términos de:

- a) Bajo nivel de partida.
- b) Conflictos entre clases en un período en que la izquierda ha sido relativamente fuerte y ha tenido la oportunidad de manifestarse abiertamente.
- c) El ya citado esfuerzo de legitimación realizado por el Estado. No obstante, desde 1978 se ha producido una inflexión en las tasas de crecimiento

DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS NO FINANCIEROS DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS
(En miles de millones de pesetas)

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Recursos totales	1.010,2 (100)	1.199,2 (118,7)	1.501,9 (148,7)	1.866,5 (184,8)	2.480,6 (245,6)	3.103,2 (307,2)	3.747,0 (370,9)	4.401,7 (435,7)	5.211,4 (515,9)
Empleos:									
Redistribución de la renta	462,9 (100)	559,1 (120,8)	718,0 (155,1)	934,2 (201,8)	1.252,6 (270,6)	1.763,0 (380,9)	2.172,8 (469,4)	2.644,3 (571,2)	3.207,4 (692,9)
Consumo público	354,6 (100)	447,9 (126,3)	558,8 (156,7)	711,5 (200,7)	921,0 (259,7)	1.169,1 (329,7)	1.416,1 (399,3)	1.737,2 (489,9)	2.003,0 (564,9)
Inversión	146,1 (100)	179,2 (122,7)	225,5 (154,3)	242,9 (166,3)	360,3 (246,7)	377,9 (258,7)	411,3 (281,5)	535,6 (366,7)	693,3 (474,5)
Capacidad (+) o necesidad (-) de financiación	+ 46,6	+ 9,3	+ 2,6	- 22,1	- 56,5	- 206,8	- 253,2	- 515,4	- 692,3
Discrepancia estadística	—	- 3,7	—	+ 3,2	—	—	—	—	—

Fuente: BAREA, J.: «El déficit público», en *Papeles de Economía Española* núm. 10, pp. 46 y 47.

to de los salarios reales directos como consecuencia aparente de tres acuerdos globales sobre salarios:
— Los Pactos de la Moncloa firmados en 1977 (con efectos en 1978 y 1979).
— El Acuerdo Marco Interconfederal para 1980.
— El Acuerdo Nacional sobre Empleo firmado en 1981, que ya preveía una disminución de los salarios reales directos para 1982.

POBLACION ACTIVA, OCUPACION Y DESEMPLEO
(En miles de personas)

Promedio anual	Población	Población activa	Activa — Porcentaje	Ocupados	Desempleo — Porcentaje
1973	34.692,1	13.427,9	38,7	13.053,5	2,8
1974	35.030,8	13.627,6	38,9	13.222,1	3,0
1975	35.400,9	13.510,9	38,2	13.000,3	3,8
1976	35.824,2	13.362,1	37,3	12.761,5	4,5
1977	36.255,7	13.522,2	37,3	12.755,8	5,7
1978	36.666,8	13.639,6	37,2	12.604,6	7,6
1979	37.073,0	13.576,6	36,6	12.308,2	9,3
1980	37.429,6	13.546,3	36,2	11.869,5	12,4
1981, 4.º trimestre.	37.682,4	12.918,9 (1)	34,3	10.930,7	15,4

(1) Esta cifra excluye por vez primera a aquellos con más de catorce años y menos de dieciséis.
Fuente: ALCALDE, J.: «La población española y el trabajo», en *Papeles de Economía Española* núm. 8, página 37, e INE: *Encuesta de Población Activa*.

SALARIO MEDIO POR HORA EN ESPAÑA
(Tasas de crecimiento en porcentajes)

Años	Salario nominal	Salario real
1970.....	14,4	8,2
1971.....	13,9	5,3
1972.....	17,4	8,4
1973.....	18,8	6,6
Crecimiento anual promedio (1969-73).....	16,1	7,1
1974.....	25,9	8,8
1975.....	28,6	9,9
1976.....	30,3	10,8
1977.....	30,4	4,7
1978.....	26,2	5,3
1979.....	23,6	6,8
1980.....	19,3	3,3
Crecimiento anual promedio (1973-80).....	26,3	7,1

Fuente: INE, citado en: «Servicio de Estudios del Banco Urquijo», *La economía española en la década de los 80*. Madrid, Alianza, 1982, p. 78.

SALARIO REAL PROMEDIO POR HORA. COMPARACIONES INTERNACIONALES
(Tasas de crecimiento en porcentaje)

Países	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	Crecimiento acumulado 1973-80	Crecimiento anual promedio 1973-80
España.....	8,8	9,9	10,8	4,7	5,3	6,8	3,3	61,1	7,1
Francia.....	4,8	4,9	4,1	3,0	3,5	2,1	1,3	26,1	3,4
Italia.....	2,4	8,2	3,8	7,1	3,3	3,7	1,1	33,5	4,2
República Federal de Alemania.....	2,4	2,6	2,4	3,6	0,7	1,6	0,3	14,4	1,9
Reino Unido.....	1,4	1,6	6,9	— 10,4	5,1	2,0	— 0,6	5,5	0,8
Estados Unidos.....	— 2,4	— 0,4	2,1	2,6	0,8	— 2,6	— 4,3	— 4,4	— 0,4

Fuente: INE, para España; OCDE: *Main Economic Indicators*, para los otros países. Citadas en: Servicio de Estudios del Banco Urquijo. *La economía española en la década de los 80*. Madrid, Alianza, 1982, p. 80.

Los sindicatos están en el brete de aceptar reducciones de salarios si el tremendo desempleo debe dejar de aumentar e incluso empezar a reducirse. El problema, en nuestra opinión, no es si los sindicatos deben firmar o no acuerdos que impliquen una reducción en los salarios reales, sino el de considerar hasta qué punto las compensaciones políticas, sociales y económicas recibidas del Gobierno y organizaciones patronales son suficientes para justificar la firma de tales acuerdos.

2.2 La crisis actual del sistema sanitario basado en la Seguridad Social

El sistema sanitario español está basado en la Seguridad Social, pero ésta no ofrece únicamente prestaciones sanitarias. El cuadro siguiente proporciona, para 1982, una idea del peso de las diversas prestaciones.

GASTOS CORRIENTES Y DE CAPITAL

	Miles de millones de pesetas	Porcentaje
Pensiones (vejez, jubilación, viudedad, orfandad) e incapacidad laboral transitoria.....	1.508	53,6
Subsidio de desempleo (gestionado por el INEM, que no pertenece al sistema de la Seguridad Social)....	483	17,2
Servicios sanitarios.....	691	24,5
Servicios sociales (vejez, disminuidos).....	31	1,1
Gastos administrativos.....	103	3,6
	2.816	100,0

Fuente: Presupuesto 1982.

El sistema de Seguridad Social de muchos países occidentales se construyó en base al fuerte desarrollo económico que siguió a la Segunda Guerra Mundial. Cuando la economía española crecía a una tasa acumulativa anual del 6 por 100, no tenía problema el sistema de seguridad social, basado en un principio de reparto, en atender las contingencias que se iban produciendo.

Tras la crisis económica de 1973 los sistemas de seguridad social establecidos empiezan a tener dificultades: algunas ocasionadas por los ingresos, otras por los gastos. Por el lado de los ingresos, los sistemas financiados fundamentalmente a través de las cuotas de empresarios y trabajadores incrementan los costes labores, mientras un mayor desempleo hace disminuir la población cotizante con la subsiguiente reducción de los ingresos. Por el

lado de los gastos, la crisis económica origina mayores necesidades y presión sobre los gastos (subsidios de desempleo, prestaciones familiares, pensiones). Estas dos tendencias opuestas resultan en una crisis fiscal del sistema de Seguridad Social. Las alternativas son aumentar cuotas, incurrir en déficit o reducir prestaciones. Las dos primeras agravan de forma acumulativa la situación, ya que la transferencia de recursos al sistema de seguridad social hace que la inversión sea menor, lo que implica una reducción en producción y empleo, con la consiguiente demanda de más prestaciones sociales, punto donde el círculo se cierra y el dilema inicial permanece sin resolver. Dos factores adicionales complican la situación:

El proceso de aumento en los costes de algunas prestaciones de la Seguridad Social (especialmente servicios sanitarios) y el envejecimiento de la población.

En otras palabras, la recuperación económica requiere un aumento de la tasa de ganancia que exige, hasta cierto punto, no distraer fondos de la acumulación productiva para dedicarlos a mejorar las prestaciones sociales (como ha sido el caso de estos últimos años). Ello puede suponer una disminución de salarios reales indirectos —servicios sociales— en línea con la disminución de los salarios reales directos, recientemente acordada por el Gobierno, sindicatos y organizaciones patronales (Acuerdo Nacional sobre el Empleo de junio de 1981). El hecho de que los servicios sociales sean una parte del salario real significa que están sujetos a la misma disputa que los salarios nominales. En esta disputa subyace el actual debate sobre la reforma de la Seguridad Social en España, debate que afectará a la organización de los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

En España, el grado de protección social (gastos de la Seguridad Social, más otros gastos no realizados por la Seguridad Social en relación al Producto Interior Bruto) está alrededor del 16-17 por 100 en el momento actual, cuando el promedio para los países de la Comunidad Económica Europea ronda el 24-25 por 100. Diversos factores nos hacen creer que esta diferencia se mantendrá, dado que incluso será difícil que se produzca el crecimiento del PIB necesario para mantener la *actual* participación de los gastos de Seguridad Social en el mismo. Cuando la economía española crecía, en los años sesenta, a una tasa acumulativa anual del 6,5 por 100, no era problema que el alza de la Seguridad Social se llevara medio punto de tal aumento. Surgen las dificultades en el momento en que la economía española crece a una tasa anual del 2 por 100 durante el período 1974-80 y la Seguridad Social absorbe la cuarta parte del crecimiento. Peor todavía ha sido la evolución en 1979-80-81 al absorber, la Seguridad Social, 0,85 del 1 por 100 de aumento económico anual.

Para el período 1982-85 se precisa una tasa anual acumulativa del 4 por 100 de aumento del PIB para mantener la actual participación de los gastos

de seguridad social en el PIB. Esta previsión (3) se funda en las hipótesis siguientes sobre aumentos acumulativos anuales:

- Del 3,4 por 100 en el número de pensiones.
- Del 4,8 por 100 en el importe de la pensión promedio.
- Del 2 por 100 en las prestaciones no económicas.
- Del 7 por 100 en el número de personas que cobran subsidio de desempleo.

3. ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS Y PERSPECTIVAS SANITARIAS

3.1 Estrategias alternativas

En el actual debate sobre la reforma de la Seguridad Social algunos sectores apuntan hacia un reforzamiento del sector privado a través de una fórmula todavía no empleada en nuestro país: la de la complementariedad. Esto es, mínimo universal obligatorio financiado por impuestos, cuotas profesionales obligatorias de gestión privada y complementos voluntarios. Ello supondría una reducción de los servicios sanitarios provistos por la Seguridad Social y un auge de las prestaciones individualizadas en detrimento de una posible mejora de los servicios de salud comunitarios. Desafortunadamente, una ideología medicalizada de profundo arraigo en la población puede quitar atractivo electoral a ofertas de la izquierda que pongan el acento en una política de salud integral y comunitaria y se enfrenten a los intentos de introducir sistemas complementarios.

Debe notarse que, aunque el interés económico del capital globalmente considerado no es incompatible con un sistema de seguro sanitario universal financiado mediante impuestos, no hemos identificado ninguna organización política en la derecha que abone tal postura.

Las estrategias alternativas de la izquierda se están elaborando. Las grandes consignas se han demostrado insuficientes y la preocupación actual es la de cómo aplicar los principios. Es significativo que el Partido Socialista pretenda prioritariamente «racionalizar» el sector público para acabar con la utilización, en beneficio privado, de instalaciones sanitarias públicas, empleos públicos y fondos públicos. En términos generales, la izquierda en España defiende:

— Un sistema de seguridad social universal para prestaciones sanitarias financiado mediante impuestos.

— Un sistema de seguridad social profesional para prestaciones sustitutivas del salario financiado mediante cuotas de la población protegida.

(3) BAREA, J.: «Conferencia en el Colegio de Economistas de Cataluña», 3 de junio de 1982.

— El fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios y la mejora en la coordinación y funcionamiento de los servicios sanitarios individualizables.

3.2 Perspectivas sanitarias

El estado del bienestar ha ido suministrando una proporción creciente de bienes salariales. Ian Gough (4) explica esta tendencia en base a la naturaleza colectiva o semicolectiva de los servicios suministrados y al papel jugado por el movimiento obrero. Estas explicaciones no son completamente aplicables a España, dado que la parte más importante del sistema español de seguridad social fue creado y desarrollado por los falangistas, partido que arropó ideológicamente la dictadura de Franco, especialmente en los primeros tiempos; no hubo intervención alguna del movimiento obrero.

Para hablar de perspectivas sanitarias en España consideraremos tres temas relacionados:

3.2.1 La naturaleza económica de los gastos sanitarios.

3.2.2 El volumen total del gasto sanitario.

3.2.3 El tipo de intervención estatal, especialmente el dilema provisión versus financiación.

3.2.1 *La naturaleza económica de los gastos sanitarios*

Para la economía convencional, el Estado suministra ciertas prestaciones sanitarias porque:

a) Existen externalidades: las decisiones individuales de producción o consumo afectan —benefician o perjudican— a otros individuos. Las vacuaciones constituyen el ejemplo clásico.

b) Existen bienes públicos, esto es, bienes que cumplen dos condiciones: 1), la cantidad consumida por un individuo no reduce la cantidad disponible para el consumo de otros individuos, y 2), nadie puede ser excluido de su consumo. (Por ejemplo, la higiene alimentaria o la policía de medicamentos.)

c) Existen bienes tutelares: bienes cuyo consumo debe ser protegido en opinión de aquellos que efectúan las decisiones públicas. Es el caso de la mayoría de servicios sanitarios.

d) Los servicios sanitarios constituyen una inversión (la teoría del capital humano).

O'Connor (5), en cambio, clasifica los gastos estatales en gastos que favorecen la acumulación (aumentar la productividad del trabajo o reducir

(4) GOUGH, IAN: *Capitalismo y gasto público*. La Coruña, Barca de Caronte, 1979.

(5) O'CONNOR, JAMES: *Estado y capitalismo en la sociedad norteamericana*. Buenos Aires, Periferia, 1974.

costes de reproducción de la mano de obra) y gastos legitimadores, destinados a promover la armonía social: los gastos sanitarios estarían incluidos en el primer grupo y, por ejemplo, los servicios sociales proporcionados a la población no activa —viejos, niños, desempleados y marginales por cualquier motivo— en el segundo.

Gough (6) proporciona una clasificación similar de los gastos estatales, pero insiste en la conveniencia de analizar los servicios sociales —en sentido amplio— entre aquellos que sirven a finalidades de acumulación-reproducción y los de propósito legitimador. Esta distinción resulta especialmente importante en los servicios sanitarios: los cambios en las pautas de mortalidad y el envejecimiento de la población en los países desarrollados han resaltado la importancia de la función de «cuidar» frente a la tradicional de «curar». Los servicios «curativos» se prestan normalmente a la población activa, mientras se «cuidan» más frecuentemente a la población no activa, que nunca volverá a ser activa (niños, por tanto, excluidos). «Curar» será un coste de reproducción de la fuerza de trabajo y «cuidar» será más un gasto de legitimación a no ser que adoptemos una definición muy amplia de los costes de reproducción de la fuerza de trabajo que sea capaz de incluir el impacto en la actitud y disciplina de la población activa del «cuidar» realizado a la población no activa. Finalmente, esto implica que una política liberal reducirá primero las funciones de «cuidar» lo que resulta especialmente grave en países como España, donde este tipo de funciones («cuidar») está muy desatendido. Recordamos lo dicho en 1.2 sobre el déficit de camas de enfermos crónicos. Desde una perspectiva amplia de salud, no obstante, «cuidar» debe ser un objetivo fundamental de cualquier servicio sanitario. Obtener la mejor calidad posible de vida deviene imposible sin las funciones de «cuidar».

3.2.2 *El volumen total del gasto sanitario*

En 1.2 vimos que el gasto sanitario absorbía el 6 por 100 del PIB. En 2.1 explicamos cómo los salarios reales directos e indirectos han aumentado en España, durante el período 1973-80, mucho más que en otros países industrializados. Expresábamos allí nuestra opinión de que los sindicatos deberán continuar aceptando recortes salariales si el desempleo ha de ser contenido e incluso reducido. También en 2.2 mencionábamos el fuerte —inalcanzable— aumento del PIB preciso para mantener la actual participación de los gastos de seguridad social en el mismo.

Por otra parte, los factores subyacentes a la explosión del coste sanitario continúan estando presentes. Al precio de una mayor injusticia una solución obvia podría ser proporcionar servicios sanitarios a los que puedan pagarlos.

(6) GOUGH, IAN: *Economía Política del Estado del Bienestar*. Madrid, Blume, 1982.

La presión fiscal española es la segunda más baja entre los 23 países de la OCDE (véase el cuadro 11). El período de transición política ha conocido una reforma fiscal que, supuestamente, ha contribuido a hacer la carga fiscal más equitativa y ha conseguido tímidos aumentos de presión fiscal. Estos últimos no han bastado para seguir la evolución de los gastos, lo que ha originado la tremenda tasa de aumento del déficit público vista en el cuadro 7. En la medida en que el déficit público ha sido financiado fundamentalmente por la creación de dinero, aquellos más afectados por la inflación resultante han sido los financiadores del aumento en los gastos de las administraciones públicas.

PRESIÓN FISCAL EN LOS PAISES DE LA OCDE

(Como porcentaje del PIB)

CUADRO 11

Países	1979		1980	
1. Suecia	50,27	49,87		
2. Holanda	47,42	46,19		
3. Luxemburgo	46,17	47,56		
4. Noruega	46,06	47,36		
5. Bélgica	44,69	42,79		
6. Dinamarca	44,09	45,14		
7. Austria	41,36	41,54		
8. Francia	41,16	42,51		
9. República Federal de Alemania	37,34	37,23		
10. Finlandia	35,03	34,46		
11. Reino Unido	34,02	35,91		
12. Irlanda	33,82	37,54		
13. Estados Unidos	31,32	30,69		
14. Nueva Zelanda	31,18	n. a.		
15. Suiza	31,12	30,74		
16. Canadá	31,01	32,81		
17. Italia	30,09	n. a.		
18. Australia	29,82	n. a.		
19. Grecia	27,69	n. a.		
20. Portugal	25,82	29,78		
21. Japón	24,77	25,85		
22. España	23,27	23,16		
23. Turquía	20,84	n. a.		

Fuente: OCDE.

Es difícil predecir la evolución de la presión fiscal en España. Parece, no obstante, que si algún aumento ha de producirse será más por la vía de redistribución entre rentas del trabajo que por la de redistribuir la rentas de capital a rentas de trabajo (dificultad para aumentar los impuestos sobre el

capital). Finalmente, es incierto el impacto que supondrá la introducción de IVA, tal como requiere la normativa de la Comunidad Económica Europea. Una cantidad de gasto sanitario público similar puede ser una hipótesis razonable. Ello nos daría una menor participación del estado en los gastos sanitarios dada la elasticidad renta superior a la unidad de la demanda sanitaria.

3.2.3 Tipo de intervención del Estado

El interés global del capital aconseja reducir los costes de reproducción de la fuerza de trabajo; y en la parte que afecta a servicios sanitarios puede conseguirse mejor en un sistema de *provisión* (tipo servicio nacional de salud) que en un sistema de *financiación* (basado en la Seguridad Social). El primero también es más potente para:

- Mejorar la equidad (como mínimo geográfica).
- Efectuar una regionalización auténtica (recordar Roemer).
- Establecer prioridades y formular una política sanitaria.

«Naturalmente aquellas secciones del capital implicadas en la producción de mercancías para el sector sanitario desearán maximizar el nivel de consumo y el precio de sus productos. Este objetivo puede entonces entrar en contradicción con el interés del capital en su conjunto» (7).

El sistema de *provisión* permite establecer mejor prioridades que el de *financiación* porque en éste se depende más de la demanda de los usuarios tal como la interpretan los profesionales sanitarios que actúan en su nombre (lo que se conoce como relación de agencia).

«Como la gente busca atención sanitaria únicamente cuando están enfermos, son estos costes los que el sistema —de *financiación*— paga desproporcionadamente. Y cuando el agente de compras profesional sabe que el paciente paga sólo una pequeña parte del coste y tiene no sólo la obligación profesional, sino también el interés financiero, de autorizar cualquier disposición de recursos que pueda concebirse beneficiosa, no debe sorprender la utilización pródiga de recursos... El seguro sanitario paga y se encuentra en una posición débil para examinar el valor de lo que está pagando. El paciente recibe y le falta el conocimiento necesario para juzgar el valor de lo que recibe. Los profesionales sanitarios autorizan sin restricciones presupuestos ni conocimiento real del coste de lo que están autorizando. Han sido educados para hacerlo tan bien como puedan, no para encontrar la mejor compra» (8).

El cambio hacia un sistema sanitario de «provisión» en España supondría un aumento del sector público. De la misma forma que el estado de bienestar español es peculiar por su escaso grado de desarrollo y origen falangista, un

(7) DOVAL LESLIE: *The Political Economy of Health*, London, Pluto Press, 1979, p. 45.

(8) ARFEL-SMITH, BRIAN: «Health care in a cold economic climate», en *The Lancet*, 14 de febrero de 1981, página 374.

sistema de «provisión» debe también ser peculiar en nuestro país. El crecimiento del sector público no es una solución *per se* en país alguno y tiene importantes inconvenientes, el sistema de incentivos es uno de ellos. En España el problema es especialmente agudo dado que algunas burocracias no son todo lo eficientes y honestas que debieran.

La reforma de la Administración Pública y el control —que no requiere instrumentos legales adicionales— sobre los profesionales sanitarios, la industria farmacéutica y las instituciones concertadas, financiados con fondos públicos, deben preceder —creemos— a cualquier cambio radical en la estructura del sistema sanitario.

R E S U M E N

Los años de transición política coinciden, en España, con los que suceden a la crisis económica de 1973 y en ellos el país conoce un esfuerzo considerable en política social. En la actualidad se produce un importante debate acerca de cómo un sistema sanitario basado en la seguridad social —y la misma Seguridad Social— debe reformarse para dar salida a los problemas actuales. Se consideran diferentes políticas sanitarias a la luz de la presente situación económica y social, una vez que el lector ha sido familiarizado con el estado de salud de la población, las características más distintivas del Sistema Sanitario Español y las peculiaridades de su Estado del Bienestar. Finalmente, se intentan acotar las perspectivas de la intervención del Estado en la política sanitaria española.

R É S U M É

Les années de transition politique coincident, en Espagne, avec ceux que succèdent à la crise économique de 1973, c'est dans ces années là que le pays connaît un effort considérable en politique sociale. Actuellement se produit un important débat sur comment un système sanitaire basé sur la sécurité sociale —et la Sécurité Sociale elle même— doit être reformée pour donner issue aux problèmes actuels.

On considère différentes politiques sanitaires par rapport à la présente situation économique et sociale, une fois le lecteur est familiarisé avec l'état de santé de la population, les caractéristiques les plus marquées du système sanitaire espagnol et les particularités de leur État du Bien-être. Finalement, on essaie de délimiter les perspectives d'intervention de l'État au niveau de la politique sanitaire espagnole.

S U M M A R Y

The last eight years of political transition in Spain have coincided with the economic crisis and the country has known during this period a considerable effort on social policy. An important debate is going on about how the social security based health system, and the social security itself, should be reformed to end up with present problems. The different health policies proposed are considered at the light of today's economic and social situation once the reader has been acquainted with the health status of the population, the most distinctive traits of the Spanish Health System and the peculiarities of its Welfare State. Finally an attempt is made to elucidate which are the perspectives about the state intervention in the Spanish health policy.