

LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA: EVOLUCIÓN RECIENTE Y PERSPECTIVAS DE FUTURO*

PEDRO A. TAMAYO LORENZO**

SUMARIO: 1. *Introducción.*—2. *Consideraciones acerca de la justificación de la existencia de un sistema sanitario público: la sanidad como bien preferente.*—3. *El gasto público en sanidad en los países de nuestro entorno. Breve descripción de los sistemas sanitarios públicos en Europa.*—4. *La sanidad pública en España, 1978-1986.*—4.1. *Breve repaso a la situación de la sanidad hasta la Constitución de 1978.*—4.2. *De la Constitución de 1978 a la Ley General de Sanidad (1986): tiempo de universalización, tiempo de descentralización.*—4.2.1. *El proceso de descentralización de la sanidad hacia las Comunidades Autónomas. Mecanismos de financiación de los servicios sanitarios regionales.*—4.3. *El sistema de financiación de la sanidad pública. Evolución de la participación de los impuestos y de las cuotas de la Seguridad Social en la financiación. Breve análisis del cambio en la financiación a partir de los Presupuestos Generales, 1989.*—5. *La crisis del SNS y las propuestas de reforma: especial mención al informe «Abril».*—6. *Perspectivas de futuro: el gasto público en sanidad en el marco de la convergencia europea.*

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que aquí se presenta tiene un solo objetivo: ofrecer de forma breve y sintética, pero sin olvidar cada uno de sus aspectos más significativos,

* El trabajo que aquí se presenta tiene su origen en la ponencia presentada en el Curso *¿A quién beneficia el gasto público?*, celebrado en Ávila, en julio de 1993, dentro del programa de Cursos de Verano de la UNED.

**Economía Política y Hacienda Pública. Facultad de Derecho (UNED).

el proceso de evolución reciente de la sanidad pública en nuestro país. Por ello, el «grueso» de la ponencia está referida a ese punto, lo que obliga a pasar por encima aspectos de la sanidad en general, que sin duda son importantes para conocer y entender nuestro modelo sanitario: el papel jugado por la sanidad privada a lo largo de este siglo y especialmente en la actualidad; una explicación más al detalle de los procesos de reforma que han tenido lugar en los sistemas sanitarios de los países próximos al nuestro, y que con seguridad proyectarán su influencia en los procesos de cambio sanitario que se abran en nuestro país, etc. Todos estos aspectos se mencionan de forma sucinta; pero, insisto, el tema principal de la ponencia es un intento de explicar la historia reciente de nuestra sanidad pública.

Hecha esta salvedad, el esquema del trabajo podría reducirse a tres puntos fundamentales: la sanidad pública antes de la democracia, en la democracia, y la necesidad de reforma planteada en los últimos años. La explicación de cómo era nuestra sanidad pública antes de la Constitución de 1978 y de la Ley General de Sanidad es fundamental para comprender, en parte, el modelo actual, en la medida en que algunas de sus deficiencias y de sus virtudes encuentran su origen en el modelo anterior. Del mismo modo es necesario explicar lo que ha sido el último intento de reforma o renovación de nuestra sanidad (Informe «Abril»), entre otras razones porque no se trata de un proceso cerrado, por lo que cabe pensar que gran parte de las propuestas contenidas en ese Informe serán de aplicación efectiva en los próximos años.

2. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA JUSTIFICACIÓN DE UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO: LOS FALLOS DEL MERCADO. LA SANIDAD COMO BIEN PREFERENTE.

Durante los últimos cincuenta años ha existido en la mayor parte de los países occidentales un amplio consenso sobre la necesidad de actuaciones públicas positivas en la provisión de determinados bienes o servicios. Este consenso, origen del Estado de Bienestar, descansa en la aceptación de *la teoría de los fallos del mercado*; más en concreto, si hablamos de la sanidad, este planteamiento se ha utilizado a la hora de valorar la capacidad de un sistema sanitario exclusivamente privado para atender todas las necesidades de salud del conjunto de la población. Así, el Estado, que tradicionalmente se había limitado a suministrar los llamados *bienes públicos puros* (defensa, administración de justicia, representación exterior), asume el papel de proveedor de una serie de bienes, cuyo consumo se entiende deseable. Es el caso de los llamados *Bienes Preferentes o Sociales*: se trata de aquellos bienes o servicios considerados esenciales en el mantenimiento de un nivel de vida digno para todos los ciudadanos y cuya provisión por el mercado no garantiza tal nivel de bienestar. Es lo

que se conoce como *igualitarismo específico*¹: el derecho a la vida, esto es, el derecho a unos servicios médicos suficientes, no puede dejarse en manos del mercado. Por sus propias características, los mercados médicos no son, según el planteamiento tradicional, capaces de garantizar el acceso de todos los ciudadanos (ver Cuadro 1).

CUADRO 1

***Diferencias entre los mercados médicos
y los mercados competitivos convencionales***

<i>Mercados competitivos convencionales</i>	<i>Mercados médicos</i>
Numerosos vendedores	Sólo un reducido número de hospitales (excepto en las grandes ciudades)
Empresas maximizadoras del beneficio	Sin ánimo de lucro
Compradores bien informados	Compradores mal informados

Tomado de STIGLITZ (1986), pág. 321.

3. EL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO. BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS EN EUROPA Y DE SUS PROCESOS DE REFORMA.

A la hora de clasificar la sanidad pública de los países de nuestro entorno, son dos los modelos sobre los que se construyen los distintos sistemas: el sistema de seguros sociales y el modelo de Sistema Nacional de Salud (no obstante, no parece que hoy día tal distinción pueda hacerse en términos tan tajantes (Hurts, 1992)².

El sistema de seguros sociales encuentra su origen en los mecanismos de protección social nacidos en la época de Bismarck, basados en el pago de cuotas «obreras», de manera que la prestación de la asistencia sanitaria está vincu-

¹ TOBIN, J. (1970), págs. 263-277.

² «(...) Los sistemas sanitarios actuales son sorprendentemente diversos. Sin embargo, examinándolos con mayor detenimiento, observamos que todos están compuestos por distintas combinaciones de unos siete subsistemas comunes, pocos de los cuales tienden a dominar la escena en los países de Europa Occidental». HURST (1992), pág. 70.

lada al pago de tales cuotas. Países que tradicionalmente han mantenido este modelo son: Alemania, Holanda³, Francia y España, hasta la Ley General de Sanidad (1986) y el cambio de financiación que tuvo lugar en 1989.

El otro modelo existente es el conocido como Sistema Nacional de Salud, financiado principalmente con impuestos, y en el que las prestaciones sanitarias se ofrecen con independencia de la existencia o no de una relación laboral. Es el modelo de la sanidad británica (modelo Beveridge), Italia y Suecia (ver Cuadro 2 y Gráficos 1 y 2 para los distintos niveles de gasto en sanidad).

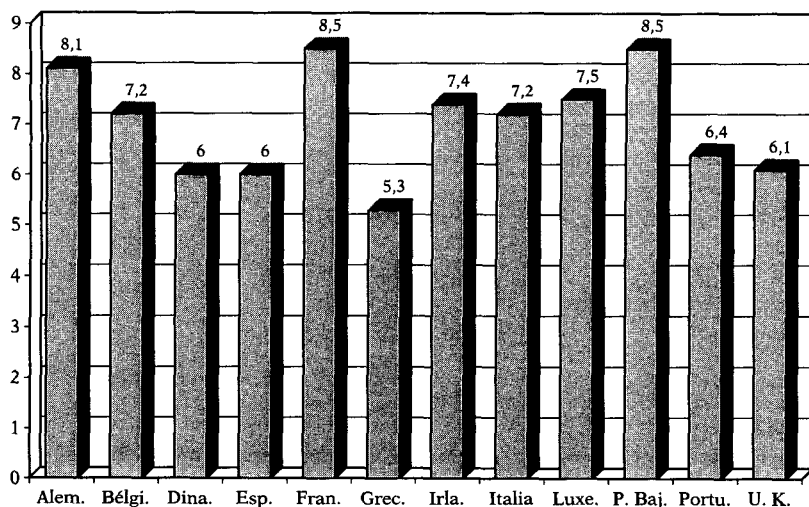
CUADRO 2

<i>Sistemas nacionales de salud</i>	<i>Seguros obligatorios (Seguridad Social)</i>
1. Basan su lógica financiación y provisión pública en la consideración de la salud como un bien público de protección social. 2. Son financiados vía impuestos. 3. En los SNS, el derecho a la asistencia se considera básico, garantizándose el acceso a los servicios sanitarios públicos con independencia de la posición social y económica de los ciudadanos. 4. La gestión, y generalmente la provisión de servicios compete a las Administraciones Públicas. 5. Responden a este modelos los sistemas sanitarios de: * Reino Unido e Italia (CEE). * Suecia y Finlandia. 6. Como debilidad de estos sistemas se ha señalado su estructura organizativa y la falta de vinculación entre «output» y costes en los niveles más desagregados de decisión.	1. Encuentran su lógica en la cobertura del riesgo de enfermedad. 2. Se financian principalmente mediante cotizaciones sociales obligatorias. 3. El derecho a la asistencia sanitaria está vinculado a la relación laboral, desarrollando generalmente un sistema complementario de asistencia para la población sin recursos que no ha accedido al mercado de trabajo. 4. Aunque la Administración de los sistemas de S.S. compete a entidades (no Administraciones) públicas, su provisión puede ser pública (p. ej., asistencia sanitaria de la S.S. española) o mayoritariamente privada (p. ej., sistema francés). 5. Responde a este modelo: * RFA, Holanda, Francia y Bélgica (CEE). * Austria y Suiza.

³ A lo largo de la década de los ochenta Holanda ha iniciado el camino de reforma de su sanidad pública que le ha llevado a un sistema de universalización de la asistencia. En este sentido resulta muy interesante el artículo de WYNAND (1990).

GRÁFICO 1

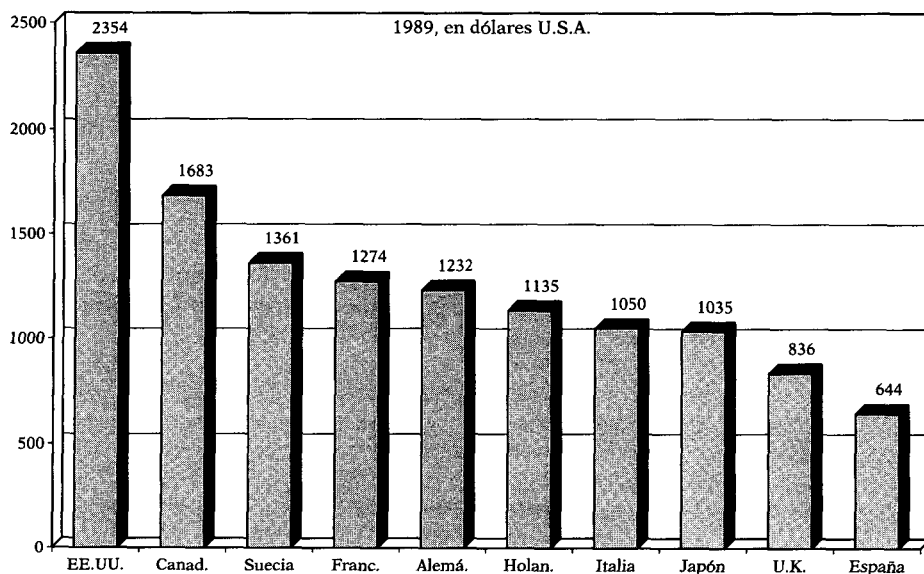
Los gastos de salud en los gastos totales, 1987 (% PIB)



FUENTE: *Les systèmes de santé*, París, OCDE, 1990.

GRÁFICO 2

Gasto sanitario «per cápita» en once países



FUENTE: *Les systèmes de santé*, París, OCDE, 1990.

No obstante, tal y como ya se ha dicho, no parece que hoy día se pueda hacer una clasificación de los sistemas sanitarios occidentales tan nítida como la recogida en el Cuadro 2, sobre todo tras los procesos de reforma iniciados en gran parte de los países de nuestro entorno. Siguiendo a Hurst (1992), podemos encontrar siete subsistemas, formados por las relaciones de servicios, financieras, reguladoras y de referencias, entre cinco grupos de agentes principales en el sector sanitario:

- Población/pacientes.
- Prestatarios de servicios de primer nivel.
- Prestatarios de servicios de segundo nivel.
- Entes financieros que actúan como terceros.
- El Gobierno como ente regulador.

A partir de esta consideración los sistemas sanitarios pueden clasificarse en los siguientes submodelos:

1. *Pago voluntario de los servicios sanitarios*: Es el sistema más simple de prestaciones, propio de un sector privado puro. Sigue jugando un papel importante en muchos sistemas (por ejemplo, en la venta de productos farmacéuticos sin receta). Ofrece como ventaja el permitir contener los costes, en la medida en que la totalidad del gasto de la asistencia sanitaria corre por cuenta del paciente. Presenta como aspecto negativo el restringir el acceso en función de la capacidad económica.
2. *Seguro voluntario con reembolso a los pacientes*: Es el modelo de seguro privado por compensación (por ejemplo, el «Blue Cross» en EE.UU.). Como aspectos negativos presenta la restricción por la capacidad económica, así como el riesgo de generar procesos de selección adversa.
3. *Seguro obligatorio con reembolso a los pacientes*: Es el modelo utilizado en Francia en los años cincuenta. Sustituye el seguro público por compensación por el seguro privado por compensación. Como ventaja frente al anterior, elimina los procesos de selección de riesgos.
4. *Seguro voluntario con contrato entre prestatarios de servicios y aseguradores*: Es el modelo adoptado por la Health Maintenance Organization (HMO).
5. *Seguro obligatorio con contrato entre prestatarios y aseguradores*: Se trata de un seguro público en el cual la aportación depende de la capacidad económica. Se establecen contratos entre entes financieros, que actúan como terceros, y prestatarios independientes, lo que permite ofrecer

asistencia «gratuita» a los pacientes. Es el sistema de la sanidad de Alemania, Canadá y Países Bajos.

6. *Seguro voluntario con integración entre aseguradores y prestatarios de servicios*: Los aseguradores contratan a médicos y otros profesionales por un sueldo, y son dueños de los hospitales u otras instalaciones.
7. *Seguro obligatorio con integración entre aseguradores y prestatarios de servicios*: Es el modelo del «National Health Service» (NHS), o modelo «Beveridge», financiado públicamente a través de impuestos, con profesionales asalariados y hospitales de propiedad pública. Es el modelo sanitario español actual, de los países escandinavos y el de los hospitales públicos de Irlanda. Con este sistema se eliminan los procesos de selección de riesgos, si bien no parece que genere los incentivos microeconómicos necesarios (maximización de los servicios prestados, maximización del grado de satisfacción de los pacientes, minimización de los costes).

Durante la década de los ochenta y principios de los noventa, coincidiendo con la llegada al poder de Gobiernos de ideología liberal conservadora, los Sistemas Sanitarios occidentales han sido objeto de amplios y polémicos procesos de revisión, y que han puesto de manifiesto una serie de deficiencias comunes a todos ellos, con independencia de que su configuración respondiera al modelo de Sistema Nacional de Salud (por ejemplo, Gran Bretaña y el National Health Service), o bien al modelo de Seguros Sociales (por ejemplo, España, hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 y el cambio en su forma de financiación que tiene lugar en 1989).

Estas deficiencias pueden resumirse en las siguientes⁴:

- *La creciente presión de la demanda sanitaria de mayor calidad*, motivada por el proceso de envejecimiento de la población, así como por la exigencia ciudadana de una mayor calidad en los servicios (existencia de listas de espera, escasa dedicación al paciente ...).
- *Las insuficiencias detectadas en la gestión sanitaria*, derivadas de una organización institucional poco propicia a generar incentivos y estímulos a la eficiencia (sustituir la cultura «administrativa» por la cultura «de gestión»).
- *Falta de información sobre la efectividad y costes de muchos de los servicios sanitarios*⁵: se trataría de conseguir unos sistemas sanitarios efi-

⁴ CABASÉS HITA (1992), pág. 28.

⁵ ORTÚN RUBIO (1992), pág. 56.

cientes a la hora de alcanzar el objetivo de salud, y con una financiación adecuada.

- *Existencia de incentivos perversos*⁶: perversiones del sistema que «olvidan» la eficiencia como objetivo de las políticas públicas de gasto.
- *Ausencia de auténticas políticas de prevención*⁷.
- *La necesidad de limitar el crecimiento de los gastos y de reducir los déficits públicos, en el marco de la convergencia económica europea*, que hace muy difícil el manejo de las políticas monetarias y de tipos de interés.
- *Las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria* que todavía perduran, en función del territorio, estrato social, etc.

En estos años los objetivos de los distintos procesos de reforma llevados a cabo pueden resumirse en los siguientes (ver Cuadro 3):

1. Universalización del seguro público sanitario.
2. Introducción de presupuestos globales para los hospitales.
3. Introducción de criterios de competencia e incentivos de mercado.

CUADRO 3

Reformas sanitarias en los 80

UNIVERSALIZACIÓN DEL SEGURO PÚBLICO

- España
- Holanda

INTRODUCCIÓN DE PRESUPUESTOS GLOBALES EN HOSPITALES Y OTROS CENTROS

- Bélgica
- Francia
- Alemania
- Holanda

INTRODUCCIÓN DE CRITERIOS DE COMPETENCIA Y DE MERCADO

- Alemania
- Reino Unido
- Holanda

⁶ ORTÚN RUBIO (1992), pág. 57.

⁷ Una de las principales metas de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (*Salud para todos en el año 2000*), OMS, n.º 4.

En este contexto, y sin entrar en más detalles, mencionar que el proceso de reforma de la sanidad pública más destacado es el que se ha llevado a cabo en el National Health Service, entre 1989 y 1991 (*Working for Patients*, Libro Blanco de la Sanidad). El más destacado porque, en primer lugar, el sistema británico ha sido durante muchos años el espejo donde se miraban todos los sistemas europeos modernos (por su organización, sus prestaciones, su eficiencia...), y, en segundo lugar, porque la reforma la ha llevado a cabo un Gobierno conservador, paradigma de la ideología política y económica de la década de los ochenta.

4. LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA, 1978-1986

4.1. Breve repaso a la situación de la sanidad hasta la Constitución de 1978

Hasta el primer tercio de nuestro siglo, la sanidad en España se sustentó sobre las bases de la Beneficencia, provincial y municipal, así como sobre la red de médicos y farmacéuticos rurales. Hasta la Constitución de 1931 no hay un reconocimiento expreso del derecho de los ciudadanos a un seguro sanitario, de manera que, hasta ese momento, la red de Beneficencia (pública y privada) y la Sanidad en nuestro país venían a ser la misma realidad. Creada en 1822 y desarrollada en su mayor parte durante el siglo XIX y los primeros años del XX, ha sobrevivido, si bien en un ámbito cada vez más reducido, hasta 1989, año en que se integra en el nuevo Sistema Nacional de Salud, de carácter universal. Se caracterizaba por la exigencia de demostrar un estado de necesidad, por sus servicios gratuitos y por su escaso atractivo para los ciudadanos. Como consecuencias positivas de esta identificación, Villota Villota (1987) señala las siguientes:

- Evitó el deterioro de la asistencia sanitaria prestada a los más pobres.
- Permitió canalizar hacia los servicios sanitarios unos recursos financieros y humanos que la Hacienda española no podría haber mantenido (las dotaciones presupuestarias para sanidad en esta época eran muy escasas).

El mismo autor señala las consecuencias negativas que, a su entender, generó el sistema de Beneficencia: el descrédito popular del hospital como institución, por el régimen casi penitenciario por el que se regía⁸, y, como princi-

⁸ «(...) La Beneficencia tenía una carácter correccional y un régimen muy parecido al penitenciario, lo que resultaba eficaz para desalentar el uso de la Beneficencia, incluso por los que tenían derecho a ella, que procuraban evitar el binomio asistencia-represión que implicaba». FREIRE CAMPOS (1993).

pal secuela de este sistema, el retraso en el desarrollo de la asistencia sanitaria moderna hasta los años sesenta de este siglo, momento en el que experimenta un notable impulso por parte del Instituto Nacional de Previsión.

La llegada de la II República (1931-1939) supone la constitucionalización del derecho de todo trabajador a un seguro de enfermedad (Art. 46 Constitución de 1931), y cuya implantación fue truncada por la guerra civil. Al mismo tiempo, se lleva a cabo una política de incrementos progresivos de las dotaciones presupuestarias correspondientes a la Dirección General de Sanidad (de 10,3 millones en 1923 pasa a 31,4 en 1933), así como una política de creación de Centros Primarios en el ámbito rural, a través de los cuales se desarrollaron diversos programas de Higiene Rural.

En 1942, por Ley de 14 de diciembre se crea el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE), aplicable a partir de 1944 en lo relativo a medicina general y farmacia, incluyéndose a partir de 1947 determinadas especialidades quirúrgicas y hospitalarias. Dirigido principalmente a los trabajadores por cuenta ajena «económicamente débiles» y a sus familias, éstos venían definidos por unos límites de renta más bien bajos. Por esta razón, el SOE se va a ver marcado por un carácter «obrero», que le acompañará hasta tiempos recientes. Progresivamente su cobertura se va ampliando, al tiempo que se produce una progresiva ampliación de su cobertura: del 28,5% en 1946 al 43,3% en 1960 (ver Cuadro 4).

CUADRO 4
Población protegida, 1945-1965

<i>Año</i>	<i>N.º de asegurados</i>	<i>Personas aseguradas + familias aseguradas</i>	<i>Población protegida</i>
1946	2.749.100	7.698.500	28,5
1950	3.064.600	8.180.600	29,4
1955	3.784.400	9.380.800	32,3
1960	5.090.000	13.292.000	43,3
1965	6.271.000	16.475.000	51,3

FUENTE: *Anuario del Instituto Nacional de Estadística.*

Es en esta etapa cuando se van configurando algunas de las características del sistema sanitario español, y que en parte siguen presentes. Una de ellas, ha sido el papel desempeñado en la organización sanitaria por la cartilla de la SS⁹. Su trascendencia la encontramos en la configuración de la asistencia ambulatoria, basada en la cartilla y no en las personas individuales incluidas en ella. Además «(...) el SOE mantenía ficheros de los titulares “desconociendo” la identidad y el número de los beneficiarios totales de la asistencia sanitaria de la SS. En la actualidad tampoco los beneficiarios están en los modernos sistemas informáticos de la SS por lo que los cálculos de cobertura poblacional sanitaria son estimaciones que varían notablemente de unas fuentes a otras, por lo que la emisión de la tarjeta individual sanitaria se enfrenta a considerables dificultades»¹⁰.

Una nueva etapa de la sanidad pública española, marcada por el despegue económico del país y por el nacimiento de un tímido «Estado de Bienestar», se inicia con la *Ley de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social*, de 1963, que significó el desarrollo de la Seguridad Social, en la cual se integra el Seguro Obligatorio de Enfermedad, la potenciación de la asistencia hospitalaria, así como la extensión de la cobertura a todos los trabajadores, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia. Esta fase, que llegaría hasta 1978 (con la constitucionalización del derecho de todos a la salud), ve nacer el Ministerio de Sanidad en 1977, así como el desdoblamiento del Instituto Nacional de Previsión en varios organismos. En esta época se produce una nueva ampliación en el número de personas protegidas, pasando del 53,1% de 1966 al 81,7% en 1978 (ver Cuadro 5).

CUADRO 5

Evolución de la población protegida, 1967-1978

Año	Población protegida	% Cobertura
1967	18.200.000	55,54
1970	21.371.669	63,78
1975	28.989.823	81,41
1978	30.000.000	81,76

FUENTE: FREIRE CAMPOS (1993), *Elaboración del autor a partir de Memorias del Instituto Nacional de Previsión y del Insalud*

⁹ FREIRE CAMPOS (1993).

¹⁰ FREIRE CAMPOS (1993).

4.2. De la Constitución de 1978 a la Ley General de Sanidad (1986): tiempo de universalización, tiempo de descentralización

Con la llegada de la democracia a nuestro país se inicia un intenso proceso de cambios que inevitablemente alcanza a la sanidad. La nueva Constitución de 1978 incorpora en su art. 43 el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

4.2.1. La sanidad pública como sistema nacional de salud

La Constitución de 1978 crea un nuevo modelo político y administrativo, con la configuración de un Estado de las Autonomías como niveles de gobierno dotados de amplias competencias de decisión y gestión. Esta nueva organización también alcanzó a la Sanidad. El art. 148.1.21 CE establece que las CC.AA. podrán asumir competencias en materia de sanidad e higiene, reservándose el Gobierno central la competencia exclusiva en lo relativo a la sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad, así como lo que se refiere a la legislación sobre productos farmacéuticos (art. 149.1.16. CE).

Por otro lado, el mandato constitucional contenido en el art. 43 obligaba a reestructurar el sistema sanitario público, de manera que el derecho a la salud fuera un derecho efectivo. De ese mandato nace la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* (LGS), a partir de la cual nuestra sanidad pública se estructura conforme al modelo de Sistema Nacional de Salud, por la cual «la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva» (art. 3.2 LGS). La reestructuración que lleva a cabo la LGS se plantea en cinco frentes¹¹.

- Definir el Sistema Nacional de Salud.
- Reestructurarlo territorial e institucionalmente.
- Establecer un nuevo modelo de asistencia sanitaria.
- Implantar el principio de universalización.
- Establecer las pautas del nuevo mecanismo de financiación.

¹¹ RUIZ ÁLVAREZ (1990), pág. 32.

Por lo que se refiere a la *definición* del SNS, la encontramos en los artículos 44 y 45 LGS, según los cuales:

- Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud. Este es el conjunto de los servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. El SNS integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos.

En el art. 46 se recogen las *características fundamentales* del SNS:

- Extensión de sus servicios a toda la población.
- Organizado para prestar una atención integral a la salud, que comprenda las funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- La coordinación e integración de todos los recursos sanitarios públicos en un único dispositivo.
- La financiación mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.

4.2.2. El proceso de descentralización de la sanidad hacia las Comunidades Autónomas. Mecanismos de financiación de los servicios sanitarios regionales

Como ya se ha indicado, la Sanidad pública se ha adaptado a la nueva organización estatal, de manera que la LGS adopta el modelo autonómico como base para la organización territorial del SNS. Algunas Comunidades Autónomas han asumido las competencias de gestión del INSALUD (*Comunidades con Gestión Transferida*), creando sus propios servicios de salud, limitándose el INSALUD por tanto a gestionar la sanidad en aquellas Comunidades que no pueden asumir tales competencias en tanto no modifiquen sus Estatutos de Autonomía (*Insalud Gestión Directa*). Hasta 1992, seis CC.AA. han asumido esta competencia:

- País Vasco (*Osakidetza*), creado por R.D. 1536/1987, de 6 de noviembre.
- Cataluña (*Instituto Catalán de Salud*), creado por R.D. 1517/1981, de 8 de julio.
- Valencia (*Servicio Valenciano de Salud*), creado por R.D. 1612/1987, de 27 de noviembre.

- Andalucía (*Servicio Andaluz de Salud*), creado por R.D. 400/1984, de 22 de febrero.
- Galicia, por R.D. 1679/1991, de 28 de diciembre.
- Navarra, por R.D. 1680/1990, de 28 de diciembre.

La LGS, establece que las Comunidades Autónomas deberán organizar sus propios Servicios de Salud. Así, en cada Comunidad Autónoma se constituirá un *Servicio de Salud* (Título III, Capítulo II LGS) integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y de cualquier otra Administración territorial intracomunitaria, y que será gestionado por la propia Comunidad Autónoma. Asimismo, cada Comunidad Autónoma debe elaborar un *Plan de Salud*, en el que se recogerán las acciones sanitarias que sean necesarias para cumplir los objetivos de sus respectivos Servicios de Salud (por otro lado, las Administraciones territoriales intracomunitarias —Corporaciones Locales— que pretendan crear nuevos servicios o centros sanitarios deberán someterse a lo previsto por la Comunidad Autónoma en su respectivo Plan de Salud). Con esto, la LGS adopta para la organización del Sistema Nacional de Salud la organización territorial del Estado que se establece en la Constitución de 1978.

La financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los *Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda*. Esta financiación se encuadra dentro de la llamada *financiación básica*, como apartado más importante del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas (en torno al 75% en el período 1986-1989), y cuyo objetivo es garantizar la suficiencia necesaria para mantener los servicios transferidos de la Administración Central del Estado. Los componentes principales de esta financiación básica, así como su participación en el período 1986-1989, son los siguientes¹²:

- a) Tributos cedidos (alrededor del 20%).
- b) Tasas (en torno al 2%).
- c) Porcentaje de participación en los ingresos del Estado (38,82%).
- d) *Financiación para servicios procedentes de la Seguridad Social* (38,72%).

Para el caso de las CC.AA., en cuyos Estatutos de Autonomía se recoja la competencia para asumir las funciones sanitarias de la Seguridad Social, se establece en la LGS como criterio de financiación de la asistencia sanitaria el de *la población protegida*. Al mismo tiempo se dice que, a fin de contrarrestar el

¹² SANFRUTOS VELÁZQUEZ (1991).

impacto que supondría la adopción inmediata de este procedimiento, se establece un período inicial de 10 años, en el que se anulará la diferencia entre el porcentaje del gasto sanitario inicial y el porcentaje de la población protegida a un ritmo de un 10% anual. Este criterio, que en apariencia es sencillo y realista, presenta para algunos autores características que lo presentan como mejorable: distribuir los recursos según el criterio de las personas protegidas supone, desde un punto de vista de la equidad horizontal, que todas las personas, en la media, tienen la misma necesidad de recursos sanitarios, al tiempo que se ha constatado el incumplimiento de este precepto en las distintas transferencias realizadas.

Antes de efectuar el reparto se determinarán los gastos presupuestarios necesarios para la atención de los servicios comunes estatales y los relativos a centros especiales, que por sus características sea necesario gestionar en forma centralizada. De esta forma, del fondo a distribuir entre las Comunidades Autónomas se deducirán los gastos centrales, quedando tal deducción en manos del mismo órgano, que se encargará de gestionar la asistencia sanitaria en las CC.AA. que todavía no han recibido el traspaso de competencias (*INSALUD, Gestión Directa*).

Cada año, las Comunidades Autónomas elaborarán un anteproyecto del presupuesto general de gastos de la asistencia sanitaria de los Servicios de la Seguridad Social transferidos. Este anteproyecto se remite a la Administración del Estado, que lo adaptará a los recursos disponibles del Sistema de Seguridad Social para, posteriormente, presentarlo ante las Cortes Generales para su aprobación. Este procedimiento supone que el anteproyecto aprobado por la Comunidad Autónoma sólo tiene un valor orientativo.

Por otro lado, las cantidades asignadas a las Comunidades Autónomas tienen carácter limitativo al establecerlo la LGS, salvo para el caso de disposiciones estatales de carácter general y vinculante para todo el territorio, de manera que los compromisos de gasto que se adquieran por cuantía superior, deberán ser financiados con recursos que deberá aportar la propia Comunidad Autónoma.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el actual sistema de financiación de la sanidad autonómica es el provocado por los deslizamientos presupuestarios y el sistema de participación sobre las desviaciones presupuestarias. Desde 1982, las leyes de presupuesto han permitido a la Seguridad Social imputar en el ejercicio gastos generados en ejercicios anteriores. Esto ha llevado a que la participación de las Comunidades Autónomas en las desviaciones presupuestarias tenga lugar cuando se reconozcan, con el componente de inseguridad financiera que ello supone.

El principal defecto del sistema de financiación de los servicios sanitarios es el tener que manejar, por imperativo de la LGS, como criterio de referencia

el de la *población protegida*. La poca fiabilidad de este criterio a la hora de distribuir recursos entre CC.AA., así como la inexistencia de una estadística fiable sobre población protegida, ha llevado a que se configuren distintos sistemas de financiación, frente a la previsión de la LGS de un sistema unitario. A esta situación han contribuido otros hechos, como el que las transferencias a Cataluña y Andalucía se llevaran a cabo antes de la entrada en vigor de la LGS, así como los peculiares marcos legales de Navarra y País Vasco frente al resto de Comunidades.

Por lo que se refiere a *Cataluña*, el sistema de financiación del INSALUD incluido en los acuerdos de traspaso es el mismo sistema que el establecido para la financiación de los servicios transferidos del Estado. En 1986 se llega a un acuerdo entre la Administración del Estado y la Generalitat sobre el procedimiento de participación en el Presupuesto del INSALUD. Este acuerdo presenta algunas diferencias con respecto al sistema de la LGS, y que pueden resumirse en:

- La consideración de la *población de derecho* de 1981 como criterio a tener en cuenta a la hora de determinar el porcentaje de participación (y no la población protegida, como se recoge en el art. 82 LGS).
- En la actualidad se está en proceso de acercamiento del coste de los servicios a la población de derecho.

El comienzo del período de 10 años previsto en el art. 82, para ajustar la desviación entre los porcentajes de gasto antes y después de el traspaso de competencias, se fija en 1984, esto es, tres años después de los traspasos (se empieza en 1984 con el 16,3% correspondiente al coste de los servicios, para terminar en el 15,81% que corresponde a la población de derecho del censo de 1981).

Por lo que se refiere a *Andalucía*, en el Real Decreto de traspaso (R.D. 400/1984, de 22 de febrero) se incluye como peculiaridad respecto del sistema de la LGS, un criterio de participación que utiliza la población protegida en lo que se refiere al gasto corriente del presupuesto, INSALUD (fijado en un 17,47%), y la población de derecho para el gasto de capital, con un coeficiente de participación del 17,09% (población de derecho de 1981). La suma de ambas cantidades supone la cantidad a transferir a la comunidad andaluza. El Decreto de traspaso prevé que a partir de 1986 se acercase el índice del coste de los servicios al de población protegida, en un período de 10 años, a un ritmo del 10% anual (tal y como se recoge en el art. 82 LGS).

El traspaso y financiación del la *sanidad valenciana* no presenta ningún elemento diferenciador del sistema establecido en la LGS. El coeficiente de participación se estableció en 10,48% —porcentaje que se corresponde con el coste efectivo de los servicios transferidos en el momento del traspaso—, y el porcentaje de población protegida se estableció en el 9,72% (dato aproximado al de la población de derecho, 9,68%).

En cuanto a la *sanidad vasca*, que recibió la transferencia en 1987, cobrando plena vigencia a primeros de 1988, el criterio de participación en el Presupuesto del INSALUD es del 5,72% (porcentaje de población protegida), al tiempo que el Estado paga la diferencia (0,52%) entre este porcentaje y la cuota del 6,24% (participación del País Vasco en el PIB español) establecida como cupo por los servicios prestados en esa Comunidad, a través de la compensación de esa cuota. Por otro lado, mientras que para las demás CC.AA. del Presupuesto inicial del INSALUD se detraen las partidas correspondientes a los servicios centrales y especiales, los correspondientes al Fondo de Investigaciones Sanitarias (FISS), los ingresos propios, así como los programas sanitarios del Ministerio, al País Vasco sólo se le detrae la parte correspondiente al FISS (en virtud de lo establecido en la Disposición Adicional 1, 2.º de la LGS).

Por Real Decreto 1679/1991, de 28 de diciembre, se produjo el traspaso de las competencias sanitarias a la *Comunidad Gallega*¹³, valorándose los servicios transferidos según el coste efectivo de 1990 (si bien, de manera provisional, se utilizó el correspondiente a 1989 —5,9%—). Como criterio de financiación se adoptó el de la población protegida, establecido en un 7,06%.

La *Comunidad Navarra* recibió la transferencia de los servicios sanitarios mediante Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre, y se establece un criterio de participación en la financiación del 1,6% (índice de imputación del cupo).

4.3. *El sistema de financiación de la sanidad pública. Evolución de la participación de los impuestos y de las cuotas de la Seguridad Social en la financiación. Breve análisis del cambio en la financiación a partir de los presupuestos generales de 1989*

Por lo que se refiere a la *financiación* del Sistema Nacional de Salud (Art. 79 LGS), se realiza a través de distintas fuentes:

1. *Cotizaciones sociales.*
2. *Transferencias del Estado.* Estas contribuciones abarcan:
 - a) La contribución del Estado al sostenimiento de la Seguridad Social.
 - b) La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a personas sin recursos económicos.
 - c) Una compensación para los casos de integración de hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.

¹³ Datos tomados de CORONA RAMÓN, J. F. (1992).

3. *Tasas por la prestación de determinados servicios.*
4. *Aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.*

Tradicionalmente, la mayor parte de la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social recaía sobre las cotizaciones sociales, mientras que las aportaciones del Estado por la vía de los presupuestos constituía una pequeña parte de esa financiación, si bien desde principio de los años ochenta se observa una mayor aportación presupuestaria para el mantenimiento de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (ver Cuadro 6).

CUADRO 6

Estructura de la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social

	1960	1970	1975	1980	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Cotizaciones	90	95	92	89,4	75,8	68,4	27,4	27,6	27,4	27,4	30
Aportación del Estado	2,5	2	1	9,5	21,2	24,3	70,5	69,7	68,3	69,5	70
Otros conceptos	7,5	3	7	1,1	3	7,3	2,1	2,7	4,2	3,1	—
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

FUENTE: COLL CUOTA (1992).

1960 a 1980, *Libro Blanco de la Seguridad Social*.

1980 a 1988, *Cuentas del Sistema de la Seguridad Social*.

1989 a 1992, *Leyes de Presupuestos Generales del Estado de cada año*.

En este punto, una fase importante en la evolución del sistema de financiación lo constituye la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989, cuyo artículo 9 supone el cambio en los porcentaje de participación de las cuotas de la Seguridad Social y de los impuestos en la financiación del sistema. A partir de ese momento, el Estado asume una mayor responsabilidad en la financiación del INSALUD, liberando en gran parte a la Seguridad Social en esta función. Según Coll Cuota (1992), la Seguridad Social financiará el coste de dar servicios sanitarios a los titulares del derecho (cotizantes) y el Estado correrá con los costes de los beneficiarios/familiares del titular del derecho. De esta forma, se cumple el mandato constitucional y la previsión de la Ley General de Sanidad de que el Estado garantice a todos los ciudadanos el acceso a las prestaciones y servicios sanitarios.

5. LA CRISIS DEL SNS Y PROPUESTAS DE REFORMA: ESPECIAL MENCIÓN AL «INFORME ABRIL»

El 25 de enero de 1990 el grupo Parlamentario del CDS presenta en el Congreso de los Diputados una proposición no de Ley, en la que insta al Gobierno a «(...) la constitución de una Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro». Tal proposición fue adoptada por el Pleno del Congreso, encomendándose al Consejo Interterritorial del SNS la creación de una Comisión para analizar, evaluar y proponer las mejoras necesarias al SNS. En julio de 1991, la Comisión creada al efecto, y presidida por Fernando Abril Martorell presenta su Informe y Recomendaciones, y que dio origen al «conato» de debate sanitario más reciente y polémico de los últimos años.

El Informe parte del reconocimiento de la existencia de una serie de deficiencias en nuestro SNS (al tiempo que reconoce los logros alcanzados en relativamente poco tiempo): las tensiones originadas por el aumento de la demanda social, el progresivo envejecimiento de la población, la mejora del nivel de vida y el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias, en un escenario de recursos limitados. Estas deficiencias se han traducido en consecuencias negativas sobre los objetivos primordiales de nuestro sistema: la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios (como un «output» más a considerar). En este sentido, la Comisión recoge las conclusiones de una encuesta realizada a nivel internacional (encuesta Blendom) sobre la percepción ciudadana acerca de la calidad de los sistemas sanitarios, y que fue completada con el caso español por encargo de la Comisión (ver Cuadros 7, 8 y Gráficos 3 y 4). En las conclusiones de esta encuesta se pone de manifiesto que el ciudadano

CUADRO 7

Prioridades del gasto público

Si el Gobierno decidiera gastar más dinero en una sola de las siguientes partidas, ¿en cuál de ellas desearía usted que se gastara ese dinero?

	<i>España</i>	<i>EE.UU.</i>	<i>Canadá</i>	<i>Reino Unido</i>
Defensa	1%	9%	3%	1%
Educación	22%	34%	29%	12%
Sanidad	39%	24%	28%	56%
Vivienda	16%	12%	16%	8%
Pensiones	17%	20%	21%	21%
N.S/N.C	5%	1%	3%	2%

FUENTE: *Encuesta Blendom* (1991).

CUADRO 8

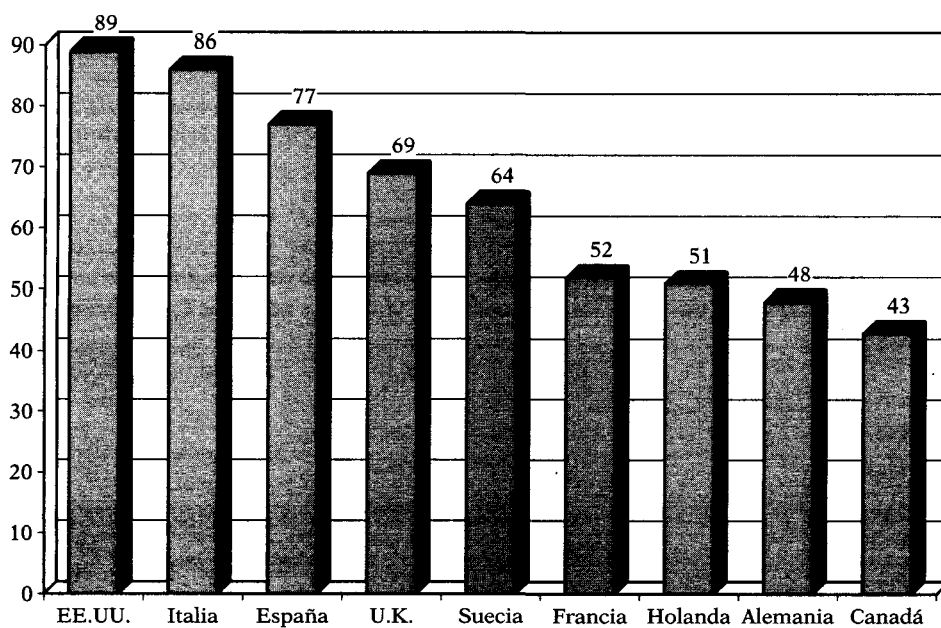
Grado de satisfacción con los servicios sanitarios

	<i>España</i>	<i>EE.UU.</i>	<i>Canadá</i>	<i>Reino Unido</i>
Muy satisfecho	28%	35%	67%	39%
Algo satisfecho		45%	27%	37%
Poco satisfecho		11%	4%	11%
Muy insatisfecho		7%	1%	4%
N.S/N.C.	1%	2%	1%	9%

FUENTE: *Encuesta Blendom* (1991).

GRAFICO 3

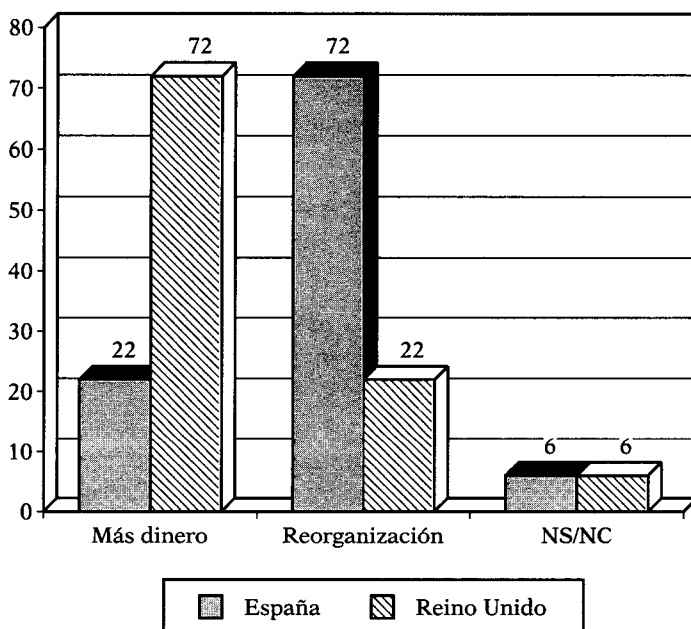
% de ciudadanos que creen que los sistemas sanitarios públicos de sus países necesitan cambios profundos o reestructuraciones



FUENTE: *Encuesta Blendom* (1991).

GRAFICO 4

¿Qué cree usted que necesita un sistema público de salud, más dinero o una reorganización?



FUENTE: Encuesta Blendom (1991).

español está considerablemente insatisfecho con el sistema sanitario actual: el 77% cree convenientes cambios profundos e incluso una reestructuración por completo. Sólo el 21% cree que el sistema funciona adecuadamente. Con estos resultados, el sistema sanitario español se sitúa en el tercer lugar en una hipotética escala de insatisfacción por parte de los ciudadanos, por detrás de Estados Unidos e Italia.

El Informe y Recomendaciones se estructura en cuatro grandes bloques de temas: *Organización, Gestión, Financiación y Servicios*. Al mismo tiempo, recoge los *principios generales* que, en opinión de los miembros de la Comisión, deberían informar la futura reforma de la sanidad pública:

- Incorporar mecanismos adecuados para promover el mayor grado de responsabilidad en los gestores del SNS, como vía para alcanzar una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales.

- Crear las bases para que el Sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios de los servicios, al tiempo que se posibiliten mayores grados de elección.
- Promover la conciencia de coste, tanto en el profesional del Sistema como en el usuario.
- Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse de forma flexible y autónoma en su gasto a las autorizaciones presupuestarias.
- Obtener el mayor grado de participación activa, vinculando en el proyecto al personal sanitario.

Por lo que se refiere al contenido del Informe, las principales cuestiones planteadas, encuadrándolas en los dos grupos temáticos más importantes (gestión y financiación) serían las siguientes siguientes (López i Casanovas, 1991, a):

a) Gestión

1. *Separar la financiación pública del suministro de servicios.*

Los servicios deberían ofertarse en régimen de provisión pública y privada, siendo demandados por el Area de Salud (como agente del Servicio de Salud). Este es el eje principal de la reforma propuesta para la mejora de la eficiencia.

2. *Conversión de los hospitales y otros centros de servicios sanitarios en sociedades estatales sometidas al Derecho privado.*
3. *Establecimiento de medidas que refuercen la capacidad de gestión de la dirección de los centros.*
4. *Introducción de elementos de mayor autonomía y flexibilidad, y **un sistema de intervención ad hoc** que permita recuperar grados de eficiencia.*
5. *Establecimiento, para una mejor evaluación de la gestión, de fondos presupuestarios específicos para la consecución de objetivos concretos.*
6. *Se propone el reforzamiento de la contratación externa con el sector privado.*
7. *Potenciación del Consejo Interterritorial del SNS.*

b) Financiación

1. Incentivar el desarrollo del capítulo «otros ingresos».

A través de la facturación de los servicios que no formen parte del sistema (que no constituyan prestaciones básicas), o prestaciones opcionales, u otros servicios que exijan participación directa del usuario en los costes.

2. Emisión de «facturas sombra».

Del coste de la prestación efectuada, con indicación de la aportación pública a dicho coste y firma del usuario.

3. Extensión de la participación del usuario en el coste farmacéutico.

Con el objeto de limitar la sobreprescripción y el consumo exagerado de fármacos.

4. Mantenimiento de la aportación de la Seguridad Social a la Sanidad y, en la medida de lo posible, desagregándola por tipos de contingencias de forma que los cotizantes perciban con más claridad el coste de las distintas prestaciones.

5. Financiación territorial del gasto sanitario basada en criterios per capita corregidos.

Estableciendo un fondo de nivelación interterritorial para paliar las diferencias existentes en lo relativo a inversiones y dotaciones iniciales.

La presentación pública del Informe no fue muy afortunada. Por un lado, la técnica de «filtrar» algunas de sus recomendaciones más espinosas (participación de usuario en el coste de las prestaciones, incluyendo a los jubilados) a modo de globo sonda, impidió, tras conseguir el rechazo inmediato de los sindicatos y de otros sectores sociales, el inicio de un debate más amplio sobre la reforma necesaria, y que podría haber tomado como base el trabajo de la Comisión¹⁴. Por otro lado, el Ministerio de Sanidad en ningún momento hizo suyo el Informe, lo que le restó capacidad de influencia. Que era y es necesario abrir un proceso de reforma es una realidad aceptada por todos —sindicatos,

¹⁴ Para LÓPEZ I CASASNOVAS (1991 b), el peligro de este hecho radica en que «(...) la propuesta continuada de reforma se acabe incorporando a la "cultura" de la gestión sanitaria como pretexto para inhibición. Y es que resulta relativamente sencillo proponer cambios organizativos —que no afectan por lo demás directamente el bolsillo de las partes— esperando que las cosas cambien como consecuencia por sí solas».

partidos políticos, profesionales de la sanidad—. Ese proceso podría haberse iniciado tomando como base el Informe de la Comisión, por tratarse de un estudio amplio y completo, sin que fuera necesario aceptar de principio todas y cada una de las recomendaciones. El fracaso de su presentación hace muy difícil el iniciar un debate social de carácter global sobre la sanidad española, lo que no va impedir que algunas de sus propuestas vayan a ser introducidas progresivamente por el Gobierno (tal y como se desprende del Programa de Convergencia).

En definitiva, el Informe Abril ha constituido el primer *simulacro* (López i Casanovas, 1991, a) de cambio de la sanidad pública española: su presentación ha supuesto uno de los acontecimientos más desafortunados de lo que es el marketing social del sector público.

6. PERSPECTIVAS DE FUTURO: EL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD EN EL MARCO DE LA CONVERGENCIA EUROPEA

Los acuerdos adoptados en el Consejo Europeo de Maastricht establecen la necesidad de que los Países miembros de la C.E.E. lleven a cabo políticas de convergencia real y nominal, que garanticen la Unión Económica y Monetaria prevista para la Europa de fin de siglo. Básicamente, las condiciones de convergencia nominal que deberán cumplir las economías de los países europeos que pretendan estar presentes en esa fase de la unidad europea son las siguientes:

- *Estabilidad de precios*: Manteniendo en los doce meses anteriores a la fase de unidad una tasa de inflación que no exceda en más de 1,5 puntos a la alcanzada por los tres Estados Miembros con mejor comportamiento en materia de precios.
- *Déficit Público*: Los Estados Miembros no podrán registrar un déficit del conjunto de sus Administraciones Públicas superior al 3% del PIB, al tiempo que no podrán mantener un stock de deuda pública por encima del 60% del PIB.
- *Estabilidad monetaria*: Pertenecer durante al menos dos años antes del Acuerdo Cambiario del SME (1997) a la banda estrecha de fluctuación, sin haber registrado tensiones graves y sin haber devaluado, a iniciativa propia, el tipo central bilateral de su moneda respecto de la de ningún otro Estado Miembro. Al mismo tiempo, el tipo promedio de interés nominal a largo plazo, en los doce meses previos, no deberá exceder en más de 2 puntos porcentuales el tipo que registren los tres Estados Miembros con mejor comportamiento de precios.

En este contexto, en 1992 el Gobierno español elaboró un Plan de Convergencia para intentar aproximar la economía española a las condiciones nacidas de Maastricht, en la medida en que nuestro país quedaba ciertamente alejado de las condiciones mencionadas.

En el Programa de Convergencia de 1992, en el que se contienen las líneas económicas básicas a seguir durante los próximos años para lograr los objetivos de convergencia nominal y real establecidos en Maastricht, se incluye un apartado dedicado a la sanidad y a lo que debería ser su evolución futura. En ese apartado, el Gobierno fija como prioridad de la futura política sanitaria la promoción de la salud y las medidas de prevención, para lo cual deberán llevarse a cabo un conjunto de medidas *organizativas, presupuestarias y de gestión* que permitan mejorar la eficiencia y la equidad del sistema. Las medidas propuestas pueden resumirse en las siguientes:

— *Organizativas*

El Gobierno considera necesario transformar el actual modelo administrativo en un *modelo de gestión de servicios*. De esta forma, el INSALUD centralizaría la función de compra de bienes y servicios, al tiempo que las áreas de atención primaria y los hospitales funcionarían como unidades prestadoras de servicios.

Deberían modificarse los sistemas de gestión de estas unidades de atención primaria y los hospitales, introduciendo procedimientos de contratación, contabilidad y presupuestación más flexibles que los actuales.

— *Gestión*

El Gobierno cree conveniente la introducción de medidas que incentiven a los profesionales del sistema a mejorar la calidad de las prestaciones. También se incluye como medida de gestión el establecer presupuestos limitativos para cada unidad de gestión, y que estará vinculado al logro de objetivos de prestación de servicios. Según el Programa, se desarrollará un sistema de facturación para que los centros puedan cargar el coste real de los procesos atendidos.

En este punto, conviene señalar el que el Programa de Convergencia recoge algunas de las recomendaciones contenidas en el Informe «Abril». Es una prueba de que el Informe «Abril» contenía propuestas adecuadas a la realidad económica y sanitaria española, y que su aplicación era y es verdaderamente necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

- BAREA TEJEIRO, J., y GÓMEZ CIRIA, A. (1993): *Crecimiento del gasto público en sanidad en la década de los 90*. Ponencia presentada en las XIII Jornadas de Economía de la Salud, Granada, junio 1993.
- BLENDON, R. J., y DONELAN, K. (1991): *Public Opinion about Spain's National Health System*.
- CABASES, J. M. (1992): «La crisis de los sistemas sanitarios occidentales y las propuestas de reforma», en ANTOÑANZAS, F., y PÉREZ-CAMPANERO, J. (Ed.), *La Reforma del Sistema Sanitario*, Fedea, 1992.
- COLL CUOTA, P. (1992): «La reforma de la financiación sanitaria de 1989 y sus efectos», Ponencia presentada en el Seminario *Economía de la Salud. La Salud de la Economía*, celebrado en la UIMP (Sevilla), noviembre 1992.
- COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1991): Informe y Recomendaciones.
- CORONA RAMÓN, J. F. (1992): «La financiación de la sanidad autonómica. Alternativas de reforma», *Presupuesto y Gasto Público*, 7/1992, pp. 19-35.
- FREIRE CAMPO, J. M. (1993): «Cobertura sanitaria y equidad en España». Ponencia presentada en el I Simposio de la Fundación Argentaria sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza. Madrid, 24-28 de mayo de 1993.
- HURST, J. (1992): «Reformas sanitarias en Europa», en XII Jornadas de Economía de la Salud: *Efectos del Proceso de Integración Europea sobre la Salud y los Sistemas Sanitarios*. Salud, Madrid, mayo de 1992.
- LÓPEZ i CASASNOVAS, G. (1991, a): «El Informe "Abril" de Reforma de la Asistencia Sanitaria», *Papeles de Economía Española*, 48.
- LÓPEZ i CASASNOVAS (1991, b): «Estar por la labor», Editorial del Boletín Informativo *Economía y Salud*, de la Asociación de Economía de la Salud, n.º 9, noviembre.
- ORTÚN RUBIO, V. (1992): «Los elementos de la crisis de la asistencia sanitaria», en ANTOÑANZAS, F., y PÉREZ-CAMPANERO, J. (Ed.), *La Reforma del Sistema Sanitario*, Fedea, 1992.
- RUIZ ÁLVAREZ, J. L. (1990): «El sector sanitario público: balance y perspectivas», *Presupuesto y Gasto Público*, 28.
- SANFRUTOS VELÁZQUEZ, N. (1991): «La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones», *Gaceta Sanitaria*, septiembre-octubre, n.º 26, vol. 5, pp. 219-224.
- STIGLITZ, J. (1986): *La Economía del Sector Público*. Ed. Antoni Bosch, 1988.
- TOBIN, J. (1970): «On limiting the Domain of Inequality», *Journal of Law and Economics*, 13.
- VILLOTA VILLOTA, F. (1987): «Un bosquejo de la evolución del sistema sanitario español (1800-1987)», *Moneda y Crédito*, diciembre, pp. 25-46.
- WYNAND, P. M. M. van de Ven (1990): «Perestroika en el sistema sanitario holandés», *Información Comercial Española*, pp. 681-682.