

LA LIMITACIÓN PRESUPUESTARIA DEL INSALUD Y LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (I)

La crisis económica y la estructuración de servicios regionales de salud: repercusiones sobre la eficiencia hospitalaria

Raimundo Belenes Juárez

Gerente del Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat

Resumen

La política de limitación presupuestaria practicada en España sobre el Insalud no pasará a la historia ni por su «brillo técnico», ni por su preocupación para aumentar la eficiencia global del sistema. Legitimado el inicial impulso racionalizador por la contundencia de la evidencia de que se podían y debían optimizar los costes del sistema asistencial, los primeros y necesarios esfuerzos para gestionar mejor el presupuesto no se continuaron con la elaboración de una política a medio plazo.

La persistencia de las primeras medidas «de choque», encaminadas a crear cierta sensibilidad sobre el control del gasto, y obtener éxitos a corto plazo, tendrá posteriormente efectos negativos muy importantes, al no diseñarse mecanismos de ajuste y asignación presupuestaria más perfectos y evolucionados.

Al disminuir sustancialmente y de forma horizontal el nivel de recursos sobre el conjunto de la estructura sanitaria, se ha provocado un altísimo nivel de crispación, desánimo y frustración. Los gestores se han adaptado a la crisis, enquistándose en actitudes poco imaginativas, transformándose en víctimas de la crisis, y a veces en «cabezas de turco». No ha habido un estilo de dirección vivo, ni una mejora de instrumentos y técnicas de gestión.

El Insalud lleva un retraso importante en comparación con el tipo de adaptación producido en los sistemas sanitarios europeos (golpeados igualmente por la crisis), adaptación más inteligente y activa.

Políticos y gestores deben coincidir en la necesidad de descentralizar, desburocratizar e incluso desregularizar el sistema, manteniendo la coherencia de un sistema público. Aumentar la calidad global de las prestaciones sanitarias y estimular una política creadora en materia de gestión, constituirán elementos clave de una auténtica «revolución de la gestión» del sistema sanitario público en España.

Palabras clave: Crisis Presupuestaria. Modelo de Gestión. Desarrollo Hospitalario.

THE BUDGET LIMITATION OF «INSALUD» AND THE ADMINISTRATION OF HEALTH SERVICES (I) (II)

(I) The economic crisis and restructuration of regional health services: repercussions on hospital efficiency

(II) Proposals for the strategic development of hospital administration.

Summary

The policy of budget limitation practised in Spain on «Insalud» will not go down in history for its «technical gloss» nor for its concern to increase the overall efficiency of the system. Once the initial rationalizing impulse had been legitimized by the overwhelming evidence that the costs of the care system could and should be optimized, the first and necessary efforts to administer the budget better did not lead on to the development of a middle-term policy.

The persistence of the first «shock» measures, intended to create a certain sensibility to the control of cost and to achieve success in the short term, will subsequently have important negative effects if more perfect and evolved mechanisms of budget adjustment and allocation are not designed.

With the substantial horizontal decrease in the level of resources throughout the health sector, a high degree of tension, disillusion and frustration has been caused. Administrators have adjusted to the crisis, stagnating in unimaginative attitudes and converting themselves into victims of the crisis, at times into scapegoats. There has been no vigorous style of administration nor an improvement in its instruments or techniques.

«Insalud» is behind other European health systems (equally hit by the crisis) in terms of adaptation, which in the latter has been more active and intelligent.

Politicians and administrators must agree on the need to decentralize, debureaucratize and even de-regularize the system, maintaining the coherence of a public system of health. The improvement of the overall quality of health services and the stimulation of a creative administrative will be key elements in an authentic «administrative revolution» in the Spanish public sector health system.

Key Words: Budgetary crisis. Model of Administration. Hospital development.

Correspondencia: R. Belenes Juárez. Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat. Avda. José Molins, s/n. 08906 Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Los años negros de los presupuestos del Insalud: Análisis del período 1982-1987*

El sector sanitario público en España, y específicamente el gestionado por el Insalud, ha sufrido una rigurosa política de limitación presupuestaria. La participación del presupuesto de esa entidad gestora de la Seguridad Social en el PIB experimentó en el período 1982-1987 un decremento de medio punto (pasando su presupuesto de un 3,8% sobre el PIB a un 3,3%).

Durante los últimos años de la década pasada y primeros de la de los ochenta, se consolida la idea de que la gestión de los recursos económicos de la sanidad pública distaba de ser óptima. Era pues necesaria una actitud de mayor control y rigor presupuestario. Este texto, por lo tanto, admite esa realidad muy positivamente y, explícitamente, valora los esfuerzos que se realizaron para desarrollar una gestión más eficiente, en medio de un marco organizativo y funcional extremadamente deteriorado. Posteriormente, ese impulso inicial no encontró continuidad lógica en una política más evolucionada: la no introducción de ajustes y nuevas orientaciones a los primitivos intentos de gestionar mejor un presupuesto limitado, ha acabado por tener consecuencias negativas para el funcionamiento global de la sanidad pública.

Podría concluirse fácilmente que en ausencia de convulsiones espectaculares del sistema asistencial, o de «estrangulamientos» funcionales, social y políticamente intolerables, el Insalud se encontraba notablemente «sobrefinanciado», por lo que ha tolerado y encajado una política de limitación de recursos muy dura, con notable deportividad.

Las tablas 1 y 2 reflejan la realidad presupuestaria del Insalud en los últimos cinco años. Llama poderosamente la atención por su espectacularidad la combinación de un

incremento negativo, en pesetas constantes, de los presupuestos del Insalud, con un aumento de más del 10% de la población asegurada¹. La casi universalización del derecho a asistencia sanitaria se ha materializado pues, al menos por el momento, con un coste cero. Los presupuestos para asistencia sanitaria de la Seguridad Social han experimentado además un crecimiento menor que el conjunto del sistema, el cual ha recibido subvenciones estatales mayores cada año, si bien su efecto ha sido nulo para el Insalud, ya que se han utilizado para financiar las prestaciones económicas de la Seguridad Social (especialmente los costes crecientes de las pensiones).

La evolución de la composición del gasto presenta, como rasgos característicos del período 85-87, un mayor incremento de la asistencia hospitalaria y una práctica congelación del gasto por conciertos, farmacia e inversiones. Ese marco presupuestario explica las dificultades que ha tenido la implantación del modelo de atención primaria, así como la situación de extrema y masiva obsolescencia en que se encuentra el parque de equipos técnicos de los hospitales de la Seguridad Social.

Cómo interpretar los datos económicos

Gasto sanitario en el contexto de crisis económica

La congelación «de facto» de los presupuestos del Insalud durante los últimos años ha sido posible, no sólo por una decidida voluntad política de la administración, sino también por los siguientes hechos:

La política general del gobierno en materia de contención de costes salariales, especialmente rigurosa en el conjunto del sector público. La congelación de presupuestos del Insalud ha ido paralela a una política retributiva para su personal

que ha conseguido, durante varios años consecutivos, incrementos salariales por debajo de la inflación registrada. La fuerte moderación salarial debe reconocerse como una de las causas principales de los resultados globales descritos anteriormente, dada la influencia de los costes de personal en la estructura del gasto del Insalud.

Estrechamente ligado con lo anterior, resulta evidente el efecto «facilitador», en la consecución de la congelación de presupuestos de la práctica congelación de plantillas. Especialmente a nivel hospitalario, los «stocks» de personal no se han repuesto cuando se ha producido alguna disminución y algunos planes de expansión en la dotación de plantillas, previstas antes de la crisis, no se han llevado a la práctica.

En sintonía con el conjunto de las administraciones públicas, la política en materia de inversiones ha seguido una tónica de gran debilidad, potenciada, por las dificultades estructurales para ejecutar el gasto previsto, problema tradicional del Insalud durante muchos años.

Los comentarios anteriores deberían servir para ponderar juiciosamente la evolución de los presupuestos del Insalud. No parece haber existido una auténtica política racional de contención presupuestaria, a no ser que se considere como tal, una reducción rígidamente articulada desde las estructuras de poder centrales, que además encontró ayuda y alivio en el contexto general de la economía nacional.

Al mismo tiempo, puede afirmarse que tal política ha bloqueado la adaptación y moderación de la estructura asistencial, que se encuentra en una comprometida situación de obsolescencia tecnológica a causa de la caducidad de los equipos y de la lenta introducción en el sector de nuevas tecnologías cuya necesidad, si bien

* Algunas ideas expuestas en este trabajo han servido de base para la elaboración de la Comunicación, *La crisis de financiación del sector hospitalario público: notas para el desarrollo de una nueva filosofía de gestión*, presentada al 2º Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria, celebrado en Madrid los días 11, 12 y 13 de Noviembre de 1987, por Raimundo Belenes Juárez y Ricard Gutiérrez Martí.

Tabla 1. Evolución de algunos indicadores del presupuesto del Insalud

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	(Período 1982 - 1987*) % Incremento 82-87
Presupuesto del Insalud en pesetas corrientes**	763	844	875	970	1.049	1.155	+51,3
Presupuesto del Insalud en pesetas constantes**	763	750	700	719	718	752	-1,4
Porcentaje del Presupuesto del Insalud sobre el PIB	3,8	3,7	3,5	3,4	3,4	3,3	-0,5
Presupuesto de la S.S. española	-	-	3.104	3.529	3.958	4.373	+40,8 (período 84-87)
Subvención del Estado a la S.S.	-	-	625	753	941	1.053	+68,3 (período 84-87)
Porcentaje de población protegida	85,5	86,5	93	95	96	-	+10,5

* Los datos relativos a los años 82/84 son de presupuesto final; los de 85/87 son de presupuesto inicial del INSALUD.

** En miles de millones de pesetas.

Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín de Indicadores Sanitarios* 1985;21.

Elaboración propia

debería ser rigurosamente analizada, aparece como básica para mantener e incrementar la calidad asistencial.

Problemas del modelo de gestión presupuestaria de la S.S.

La gestión presupuestaria de la S.S., incluida la del Insalud, presenta una gran complejidad. Merecen destacarse algunos problemas cuya comprensión es necesaria para arrojar luz sobre la estrategia económica aplicada al Insalud durante los últimos años.

El modelo de presupuestación del Insalud ha sido, y sigue siendo, de tipo «histórico-incrementalista». Es un modelo extraordinariamente rígido, tanto en las técnicas de presupuestación como de ejecución del gasto. El sistema de presupuestación esteriliza la acción de los gestores, que apenas pueden decidir entre programas asistenciales alternativos, base de toda actuación autónoma y eficaz. Como es habitual en toda la administración pública española, los modelos de presupuestación y la actitud de los gestores responden sobre todo a la necesidad de cumplir todas las normas reguladoras de cualquier área administrativa, más que aumentar las cotas de eficacia y eficiencia (la «hiperregulación» jurídica de la administración, que no evita el derro-

che de recursos públicos, es una de las grandes causas de la falta de adaptación y modernización del sector público a un escenario general que requiere dinamismo y flexibilidad).

Un ejemplo es ilustrador: el problema de los déficits del Insalud y de las CCAA. A pesar del retraso con que se cierran los ejercicios económicos, y de las dificultades de todo tipo existentes para encontrar información macroeconómica de buena calidad, es notorio que el presupuesto inicial de cada uno de los años estudiados ha sido inferior al presupuesto final (las desviaciones registradas han sido a veces superiores al 10%). Quiere esto decir que los gestores deben administrar presupuestos crónicamente insuficientes, puesto que al principio de cada año cuentan con cantidades inferiores a las estimadas como de cierre del año anterior.

La acumulación de déficits de Insalud central y transferido, debe alcanzar cifras muy importantes y es de esperar que algún día, se cierre definitivamente el período anterior y salga a la luz pública la cifra de desviación acumulada para el conjunto del sistema, circunstancia ésta que, con toda probabilidad, permitirá juzgar con mayor realismo el auténtico alcance de la limitación presupuestaria, artificialmente sobrevalorada por la

existencia del citado artilugio contable*. En el mismo sentido, la deuda a proveedores, cuyo plazo de pago ha superado a veces los doscientos días, es un ejemplo de la absurda situación creada. El recorte de fondos para la adquisición de productos sobre cuya demanda interna y precio, los gestores no tenían posibilidad alguna de actuar, impedía una correcta gestión de compras y de stocks, con situaciones de desabastecimiento y de crispación entre responsables sanitarios y proveedores. No estaría de más, por otro lado, evaluar qué beneficio, en términos monetarios y de racionalización de la gestión, se hubieran obtenido mediante una adecuada y normal política de pago a proveedores, siempre tentados para repercutir en los precios los elevados costos financieros originados por una mala política de pago. El «coste de oportunidad» de pagar a proveedores a sesenta o noventa días, debería ser objeto de evaluación por parte de quienes proclaman las excelencias de la reciente «gestión racionalizadora» del sector sanitario público.

Déficits presupuestarios y transferencias del Insalud a las CCAA

La política de transferencias del Insalud a las CCAA, ha añadido un nuevo factor de complejidad a la hora

* Algunas estimaciones fidedignas evalúan el déficit conjunto del sistema de asistencia sanitaria de S.S. en, al menos, un 10% del presupuesto inicial del Insalud del año 1987.

**Tabla 2. Evolución de la composición del gasto del Insalud
(en miles de millones de pesetas)**

	Cifras en pesetas corrientes			
	1985	1986	1987	%
Asistencia Primaria	192	212	242	+26,0
Asistencia Hospitalaria	391	460	519	+32,7
Conciertos	182	154	157	-13,7
Farmacia	160	173	183	+14,3
Inversiones	41	41	45	+9,7

	Cifras en pesetas constantes			
	1985	1986	1987	%
Asistencia Primaria	192	196	213	+10,9
Asistencia Hospitalaria	391	425	456	+16,6
Conciertos	182	142	138	-0,2
Farmacia	160	160	161	-
Inversiones	41	38	40	-

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín de Indicadores Sanitarios* 1985;21.

de formular juicios sobre la historia reciente de los presupuestos del Insalud. Por un lado, la determinación del déficit agregado del conjunto del sistema asistencial de la S.S. se ha hecho más difícil, por causas técnicas, y también por causas políticas. Debe reconocerse que, tanto el Insalud como el ICS y la RASSSA, han podido utilizar artilugios contables para enmascarar algo tan natural como los déficits anunciados (previstos generalmente de antemano).

No es descabellado pensar que la austeridad económica ha golpeado más las autonomías que gestionan el Insalud, con menos «recursos» para presionar en los momentos «álgidos» (generalmente, durante el último trimestre del año).

En cualquier caso, frente a algunas opiniones superficiales, parece consolidarse una realidad: ha existido compatibilidad entre la reducción del déficit público y la contención del gasto sanitario público y, a su vez, entre esa política y la transferencia del Insalud a Catalunya y Andalucía.

Por otro lado, nada se sabe sobre el volumen óptimo de recursos para Insalud y otras entidades gestoras de asistencia sanitaria en el momento de

su transferencia, ni sobre si, en ausencia de las mismas, la cuantía de los déficits y la parte atribuible a cada subsistema, hubiera sido diferente. Parece haber existido pues una transferencia de recursos y de responsabilidad política para responder ante una política de subfinanciación del Insalud.

Hay que hacer una última referencia respecto al tema de las transferencias del Insalud a las CCAA. Con los sistemas estadísticos actualmente disponibles, no es posible aventurar hipótesis alguna sobre la eficiencia y eficacia diferenciales con la que han gestionado el Insalud, ICS y RASSSA. Además de la poca transparencia existente sobre las magnitudes de los diferentes déficits, faltan indicadores básicos sobre producción de servicios. Debería haber causado alarma que Catalunya se «descolgara», un año después de la transferencia de Insalud, del sistema de información centralizado. Las series estadísticas publicadas por la entidad gestora, que aparecen en las «Memorias Económico Funcionales», ya no suministran datos elementales para el conjunto del Estado. Bien es cierto que la orientación del sistema de recogida, trata-

miento y producción de la información es lento, burocrático y de mala calidad, pero a falta de otro nuevo, debería haberse mantenido*.

La Alta Inspección del Estado, prevista en la Ley General de Sanidad, figura institucional que no debería ser entendida como un órgano de control político, podría abordar la creación de un sistema de información básico para toda la red asistencial de la S.S., basado en el consenso político entre todas las partes implicadas y que aportara elementos de comparación entre Comunidades Autónomas.

En 1987 se ha producido el acuerdo para transferir el Insalud a la Comunidad Autónoma Vasca y País Valenciano.

Los novedosos mecanismos y criterios para determinar la asignación de créditos a transferir en el caso del País Vasco (que incluyen partes proporcionales de los créditos destinados actualmente a sostener los servicios centrales relacionados con Insalud: estructura del Ministerio de Sanidad; estructuras diversas de la administración de S.S., etc); los acuerdos para liquidar deudas atrasadas; los procedimientos para recibir los fondos posibiliten que en el País Vasco se desarrolle realmente una política sanitaria con una gestión más autónoma y con menos limitaciones burocráticas.

Sería deseable que se clasificaran y homogeneizaran las «reglas básicas» que han de regir la política de transferencias de Insalud, corrigiéndose (incluso retroactivamente) los fallos del sistema actual. Objetivamente, una transferencia mal diseñada y peor dotada económicamente puede anular las buenas intenciones, en materia de mejora del sistema sanitario, de las CCAA.

Un panorama «normalizado» permitirá (o al menos creará las bases adecuadas) una gestión diferente en cada CCAA y, en cualquier caso, podrá juzgarse más objetivamente los aciertos y fracasos de las dife-

* A partir de 1982, los datos relativos a Catalunya desaparecen de los principales documentos de análisis estadísticos de Insalud, siendo aparentemente imposible obtener información, incluso básica (número de ingresos hospitalarios, por ejemplo), válida para el conjunto del estado, lo que no debe ser, desde luego, motivo de orgullo para nadie.

rentes políticas sanitarias autonómicas.

Sin duda será más útil centrar el interés público en la eficiencia de la gestión de cada CCAA (y del Insalud-Central), que en la discusión de niveles de financiación, discusión que puede enmascarar la existencia de políticas y programas sanitarios socialmente interesantes, pero sostenidos a costes excesivos o, en el lado contrario, el mantenimiento de recursos improductivos, o que proporcionan servicios de mala calidad. Ya que, al menos retrospectivamente, es prácticamente imposible dilucidar qué parte del déficit registrado en Cataluña y Andalucía, es atribuible a la subfinanciación del conjunto del sistema de S.S., y cuál a una política autónoma (con independencia de sus resultados), póngase al menos las bases para que, en un futuro, se hable más de los frutos de cada gestión sanitaria que de las lamentaciones por insuficiencia de recursos.

Financiación y eficiencia hospitalaria en período de crisis

Es sumamente difícil determinar el nivel de financiación óptimo de un sistema sanitario, esto es, el nivel que permitiría la producción de servicios al más bajo coste posible, considerando la cantidad y calidad de los mismos como fija². Un mecanismo «optimizador» idóneo, podría consistir en limitar globalmente los presupuestos, lo que inevitablemente conlleva a una reducción forzosa de «costes» excedentarios». En España, se partió de la idea (no sustentada en estudio técnico alguno) de que el Insalud, al estar «sobrefinanciado», toleraría una política de contención del gasto que, favorecida por la centralidad del sistema, se «desparramaría» por el conjunto de sus unidades y servicios, obligando de forma prácticamente automática, a los gestores periféricos a una identificación y actuación correctora sobre «bolsas de mala gestión» (costes excedentarios).

No obstante, las presiones financieras sobre los sistemas sanitarios no suelen lograr, por sí mismas, un aumento de su eficiencia. Una política que únicamente pretenda limitar o re-

ducir costes, sin aumentar la eficiencia de los servicios afectados, tiene un alcance muy limitado, y puede tener efectos perversos: presión indiscriminada con independencia de nivel de «sobrefinanciación» de cada unidad (o de «subfinanciación»); dificultades para gestionar en un marco sustancialmente diferente que el existente en los años de la expansión del gasto, sin que existan los instrumentos de gestión apropiados, etc...

Generalmente, las políticas racionalizadoras en el sector sanitario combinan dos o más de las medidas clásicas utilizadas en estos casos: la limitación presupuestaria, los incentivos financieros, los estándares de calidad y la información a proveedores y usuarios^{3, 4}. Se pretende minimizar la existencia de efectos negativos haciendo la política de racionalización más global. La coexistencia de esas medidas con la implantación y desarrollo de sistemas de información que respondan a las necesidades planteadas, suele ser algo habitual. Por ejemplo, el «presupuesto global» utilizado en Canadá (y también en Francia, aunque con matices diferentes) combinan las tres primeras de las cuatro medidas citadas y se basa en un sistema de información que permite la comparación de la eficiencia de hospitales, agrupados homogéneamente según algunas características asistenciales y estructurales básicas.

Otras actuaciones correctoras utilizadas en Europa para frenar el crecimiento de los gastos en sanidad han sido la disminución del número de camas (generalmente de enfermos agudos); la instauración de nuevas modalidades alternativas a la hospitalización clásica (hospitalización de día, domiciliaria, etc.); la transformación de camas de enfermos agudos en camas de crónicos; el desarrollo de procedimientos de evaluación de tecnologías médicas, así como su planificación, según criterios técnicos estrictos, etc....

En España, el principal, y casi único, mecanismo utilizado ha sido el control y reducción del gasto. Se ha desarrollado pues, una política técni-

camente muy pobre, muy lineal y rígida, creándose numerosos problemas nuevos o aumentando algunos que ya existían.

La experiencia canadiense, sin embargo, es reveladora: es posible controlar los costes hospitalarios, creando instrumentos que estimulen un incremento de la eficiencia y desarrollando nuevas técnicas de gestión en un marco que permite un proceso de adaptación constante a los problemas que la implantación del presupuesto global hacía aflorar.

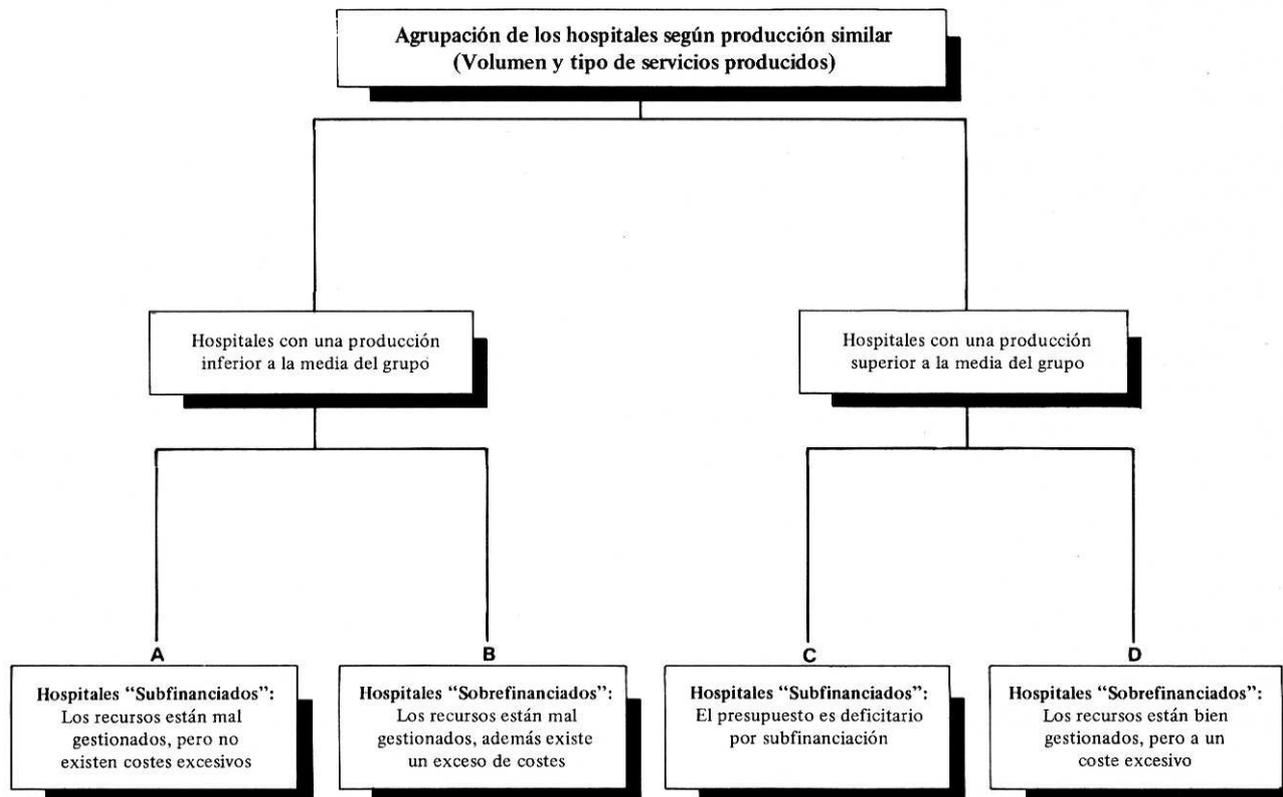
En Canadá, la administración sanitaria entendió, cabalmente, que la situación financiera de un hospital poco indica acerca de la eficiencia con la que se gestionan sus recursos. Una situación de sub o sobrefinanciación estará siempre causada por una presupuestación inadecuada, derivada, a su vez, de circunstancias diversas. Ante esta situación, se conseguía que las desviaciones detectadas en materia presupuestaria no sólo no se corregían, sino que se perpetuaban.

Se diseñó en ese país, como pieza clave del nuevo sistema, un método relativamente sencillo de agrupación de los hospitales según su producción (similares volúmenes y tipos de servicios producidos). La idea base es la siguiente: es posible una presupuestación basada en una comparación inter-hospitales, agrupados de forma homogénea, por ejemplo, según el número de días de hospitalización por grandes grupos diagnósticos (observese que el método es bastante más elemental que la comparación por costes por proceso).

La figura 1 describe las cuatro posibles situaciones teóricas en las que se encontraban los hospitales canadienses (y es de suponer que los españoles), antes de la instauración del presupuesto global, a principios de la década de los setenta.

La situación C es aquella en la que se combina una gestión eficiente de los recursos, puesto que el volumen de producción es superior a la media del grupo, con un presupuesto deficitario. Por lo tanto, no existe mala gestión de los recursos, sino «subfinanciación».

Figura 1. Eficiencia y financiación hospitalaria: 4 posibles situaciones



La situación B es bien diferente. Coexiste una baja eficiencia, con producción de servicios inferior a la media del grupo y una «sobrefinanciación». En este caso, la filosofía del presupuesto global estaba orientada al siguiente fin: normalizar el nivel de presupuestación mediante un aumento de la producción de servicios (o por una disminución de los recursos utilizados) y un recorte en el presupuesto anual del centro, excedentario.

Debe haber en los hospitales de la S.S. española idénticas situaciones que en Canadá: la aplicación de un único remedio no sólo ha debido tener un éxito desigual, sino que en algunos casos, ha debido provocar auténticas situaciones incompatibles con un nivel normal de prestaciones de servicios, castigándose por igual la eficiencia y la ineficiencia, la buena y mala gestión.

La limitación de recursos en el Insalud ha provocado una amplia gama de consecuencias prácticas: han sufrido por igual todas las partes

del sistema, con independencia de su nivel de presupuestación. Si en el caso de los servicios «sobrefinanciados», la consecuencia de tal política podría estimular, en el mejor de los casos, un proceso de optimización de la utilización de los recursos, en el caso de los servicios con bajo nivel de dotación económica (subfinanciados), el resultado fué ciertamente una adaptación desordenada, con distorsión, tanto a nivel central como periférico, de los mecanismos de distribución de recursos. Las necesidades de reducción de costes no han estado dirigidas hacia las partes o unidades del sistema asistencial que gastaban inadecuadamente mal, sino al conjunto. Al no existir mecanismos incentivos para estimular una política *inteligente* de reducción o limitación de costes, el resultado ha sido muy negativo para el funcionamiento del sistema y quizás ha perpetuado ineficiencias justificando estilos de dirección poco emprendedores y nada imaginativos.

En resumen, el modelo escogido en España para hacer frente al crecimiento excesivo de los gastos del Insalud, ha sido poco ejemplar, desde el punto de vista técnico. Piénsese que en Canadá, el sistema de presupuestación (por presupuesto global) implantado hace más de 10 años, ha experimentado ya tres revisiones en profundidad, y una de ellas ha conocido cuatro variantes. A pesar de eso, el sistema ha recibido numerosas críticas por el carácter poco científico de sus bases metodológicas. Pero la experiencia canadiense, como la francesa o la inglesa, por cierto, combinó en todo momento novedosos procedimientos de presupuestación, con políticas de recorte y, cada 5 o 6 años, una operación de saneamiento financiero, puesto que no se consiguió suprimir totalmente los déficits. El resultado ha sido una aceptable situación financiera del sector sanitario y un avance considerable de las técnicas de gestión.

Además, los mecanismos optimi-

zadores implantandos en otros países han sido especialmente sensibles en el tema del mantenimiento y mejora de la calidad de los servicios, compatibilizando esa línea de actuación con la preocupación para contener los costes del sistema y para reorientar su «producción», de acuerdo con las necesidades sanitarias de la población, porque una adaptación «perversa» a una situación de baja eficiencia puede saldarse con una sobreproducción de servicios inútiles

En definitiva, la política de limitación presupuestaria de rendimientos decrecientes utilizada hasta el mo-

mento, ha tocado a su techo máximo. La optimización de los recursos o se ha producido ya, aunque caóticamente, o no se producirá. Continuar la misma política asegura, no una mayor racionalización económica, sino una agresión que el sistema ya no puede tolerar.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín de Indicadores Sanitarios*; 21. Madrid 1985.
2. Contandriapoulos AP. *Le niveau de financement des services de santé: quelques critères d'appréciation*. Montréal: Université de Montreal. Faculté de Médecine. Département d'administration de la Santé, 1982.
3. World Health Organization. Control of health care costs in social security systems. *Euro Reports and Studies* 1982;55.
4. Conseil de l'Europe. *Methodes modernes de gestión utiliseés dans les services de santé*. Strasbourg: Comité Européen de Santé Publique, 1979.
5. *Memoire sur le financement des centres hospitaliers publics au Quebec*. Quebec: Association des hôpitaux du Quebec, 1981.

