

COLABORACION ESPECIAL**LA EVALUACION DE LA REFORMA SANITARIA,
UNA BASE NECESARIA PARA REFORMAS FUTURAS****F. J. Elola Somoza****RESUMEN**

La evaluaci3n de la reforma sanitaria, emprendida durante los últimos años, es una tarea necesaria para elaborar medidas de reforma, encaminadas a la mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. En este trabajo se realiza un análisis de la reforma de la asistencia pública sanitaria en España durante el período 1983-1990. Se desarrolla un marco metodol3gico y conceptual de estudio, que trata de relacionar las directrices de las medidas con el éxito en el logro de sus objetivos últimos. De la evaluaci3n realizada se extraen algunas conclusiones de cara a reformas futuras.

Palabras Clave: Sistema Nacional de Salud, Reforma Sanitaria, Evaluaci3n.

ABSTRACT**Assesment of the Health Reform, a
Necessary Bases for Future Reforms**

The assessment of the reforms in health undertaken in recent years is a necessary task in order to establish reform measures aimed at improving the efficiency of the National Health System. This paper analyses the reform of Public Health Care in Spain during the period 1983-1990. A methodological and conceptual framework is created for study, in an attempt to relate the directives behind the measures with the achievement of the final goals. Some conclusions are drawn from the assessment with a view to future reforms.

Key Words: National Health System. Health Reform. Assessment.

INTRODUCCION

La reciente creaci3n de una Comisi3n de Expertos, que evalúe el funcionamiento de nuestro Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) y proponga las medidas para la mejora de su eficiencia, debe ser saludable con satisfacci3n, pues responde a una necesidad ampliamente sentida por los profesionales del sistema sanitario público y por la poblaci3n. La necesidad de introducir reformas en los sistemas sanitarios públicos, para lograr de ellos mayores niveles de eficiencia, es compartida por la práctica totalidad de los países occidentales desarrollados, con independencia del modelo sanitario público (Servicios Nacionales de Salud o Seguros Sociales) ^{1, 2} o de la mayor o menor

intervenci3n del Estado en el "mercado" sanitario ³. Es, por tanto, este "afán por la eficiencia" ⁴ o la necesidad de introducir (o preservar) mecanismos de competencia aún en mercados cautivos ⁵ un fen3meno que pertenece a la cultura de la administraci3n de los servicios sanitarios públicos en este momento.

El informe de la Comisi3n de Expertos generar  un debate sobre su diagn3stico de situaci3n del S.N.S. y las medidas que propugne. Probablemente, el debate se centrar  en el balance costo/beneficio y en los otros diferentes factores, involucrados en la valoraci3n (pertinencia, adecuaci3n, factibilidad, etc.), de introducir determinadas medidas de reforma. Asimismo, es posible que se discuta si las medidas de reforma propuestas comprometen algunos de los objetivos esenciales de los Servicios Nacionales de Salud

(universalidad en la cobertura pública, equidad en el acceso a los servicios públicos de salud, solidaridad) o específicos de nuestro propio S.N.S. (además de los mencionados, la concepción integral de los cuidados de salud, por ejemplo) ⁶.

La disposición a centrarse en las medidas concretas de reforma puede dejar al diagnóstico de situación de nuestro S.N.S. en un segundo plano del debate. Sin embargo, el logro de un consenso en relación a este punto es fundamental para poder alcanzar acuerdos sólidos sobre las medidas de reforma que se propongan. Por ello, es necesario que la descripción de nuestro S.N.S. precise las disfunciones encontradas, eludiendo el recurso a la descalificación genérica.

La situación actual de nuestro S.N.S. es directa consecuencia de su evolución a lo largo del tiempo, especialmente durante los últimos años. Sin embargo, existe un riesgo real de marginar del debate la evaluación sobre las medidas de reforma emprendidas en nuestro sistema, más o menos vinculadas al desarrollo de la Ley General de Sanidad (L.G.S.) y genéricamente incluidas dentro de la "reforma sanitaria". Este trabajo, basado en otro más extenso ⁷, pretende aportar algunas reflexiones sobre la evaluación de las medidas de reforma recientemente emprendidas (1983-1990) en los servicios públicos de asistencia sanitaria, con exclusión de la salud mental. La evaluación de la reforma sanitaria se propone como una base necesaria para la discusión de las medidas de reforma que se propugnen en el futuro.

Son múltiples los aspectos involucrados en la evaluación de la reforma sanitaria, aún reduciéndola solo a la asistencia sanitaria pública. En este trabajo se señalan algunos de los elementos de análisis que se han considerado más relevantes. En primer lugar, se ha evitado confeccionar un listado de problemas cuya exhaustiva enumeración nos impo-

sibilitara alcanzar una perspectiva global (que los árboles no impidieran ver el bosque); para ello, ha sido necesario dotarse de un marco de referencia para el análisis de los problemas. En segundo lugar, se han vinculado las reformas emprendidas con la pretensión de solución de los problemas implicados; la relación entre problemas identificados y medidas de reforma permite la evaluación de éstas por el éxito en el logro de sus objetivos, a dicha evaluación se dedica el tercer apartado de este trabajo. Por último, se proponen unas conclusiones con la intención de incorporarlas al debate sobre las propuestas de reformas futuras.

Un marco de referencia para el análisis de los problemas de los sistemas sanitarios públicos

El debate sobre el funcionamiento de los servicios públicos, como el sistema sanitario, es, primordialmente, un debate de carácter político. En primer lugar, porque la percepción ciudadana de los bienes y servicios que recibe está vinculada a los mecanismos de legitimación del sistema político ⁸. En segundo lugar, porque las ideologías y valores de la sociedad contribuyen a la conformación de los sistemas sanitarios. Así, Donabedian ⁹ clasificó a los sistemas sanitarios de acuerdo con su ideología en igualitaristas y liberales y, posteriormente, Mooney ¹⁰ y Pereira ¹¹ han hecho énfasis en la importancia que tienen las teorías sociales y, dentro de ellas, las teorías distributivas (en especial las diferentes expresiones del utilitarismo) en la definición de los objetivos y funcionamiento de los distintos modelos sanitarios.

Desde una perspectiva general, que trate de articular los problemas de nuestras sociedades con los que afectan a los sistemas sanitarios públicos, estos últimos se pueden enmarcar dentro del análisis de la crisis del Estado del Bienestar ¹².

Ello no quiere decir que tengan problemas solo aquellos modelos sanitarios en los que existe una mayor intervención del Estado en el mercado sanitario, pues sistemas “empresariales”, como el de Estados Unidos¹³, tienen serios problemas de control del gasto sanitario e importantes carencias de cobertura, propugnándose desde múltiples sectores de ese país la necesidad de una reforma en profundidad de su sistema sanitario^{14,16}.

La crisis del Estado del Bienestar tiene, de acuerdo con Rosanvallón¹⁷, tres componentes: financiero, de racionalidad y de legitimación. A continuación se hace una breve referencia a la forma en la que se expresan cada uno de estos componentes dentro de la crisis de la sanidad.

El componente financiero de la crisis de la sanidad se manifiesta en el progresivo incremento de los gastos sanitarios, que tiene como factores más importantes de su génesis el aumento de la cobertura sanitaria pública, el envejecimiento de la población y, principalmente, la introducción y aumento de utilización de la tecnología en la asistencia sanitaria.

El componente de la crisis de racionalidad está generado por la disminución de la eficacia (cambios en las necesidades sanitarias de la población) y de la eficiencia (aumento de los costes con disminución de la eficacia, pobre evaluación de la tecnología médica) de los servicios sanitarios.

Por último, el componente crisis de legitimación estaría fundamentado en una disminución de la solidaridad, a la que se uniría el descontento de la población como producto del consumismo sanitario y de las irreales expectativas depositadas en la eficacia de la medicina¹⁸. Una causa subyacente a esta crisis de legitimación es el extrañamiento del sistema sanitario en relación con los individuos a los que supuestamente atien-

de, motivada por la interposición de un aparato burocrático entre ciudadanos y servicios sanitarios⁸.

Las directrices de la reforma sanitaria

La plétora de análisis de los problemas por los que atravesaba la sanidad pública española^{19,26}, así como la multiplicidad de propuestas de reforma^{27,31}, hablan de una profunda crisis de legitimación de la sanidad pública española en 1983. El sistema sanitario público español, en especial el subsistema de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se percibía como impuesto a los médicos y ajeno a las necesidades de la población. Sobre esta crisis de legitimación se fundamenta la necesidad de una “reforma sanitaria”, en el sentido de producir una alternativa global a todo el sistema sanitario público.

La reforma sanitaria tenía que elegir entre dos posibles modelos alternativos, el basado en el funcionamiento de los Seguros Sociales o el inspirado en el esquema del Servicio Nacional de Salud. El modelo de Servicio Nacional de Salud era deseado por la mayoría de la población, promocionado por los partidos de izquierda (P.S.O.E. y P.C.E.) y apoyado por aproximadamente el 25 por 100 de los médicos, siendo el modelo asumido finalmente por la Ley General de Sanidad de 1986.

La creación de un Servicio Nacional de Salud es, por tanto, el referente último de la reforma sanitaria, asentando sobre esta directriz las restantes medidas de mejora en el funcionamiento del sistema. Además de las características de universalidad, equidad y solidaridad, implícitas en el modelo del Servicio Nacional de Salud (predominio de la ideología igualitarista), la participación y el control comunitario, frecuentemente olvidados,

son importantes elementos para su legitimación.

El componente financiero de la crisis de la sanidad se combatió en España, como en otros países, a través de medidas de control del gasto³² y de mejora de la eficiencia. El gasto del Insalud hasta 1986 se basó principalmente en la restricción presupuestaria. Esta política era continuadora de la seguida desde 1977. El control del crecimiento del gasto del Insalud se logró mediante el establecimiento de controles directos a corto plazo, siendo los aspectos más destacados de esta política las restricciones salariales, así como la disminución de los ciertos y de las inversiones^{34, 35}.

La reforma de la atención primaria ha sido una de las piezas clave de la reforma sanitaria desarrollada durante el período 1983-1990. La necesidad de dar prioridad a la reforma de la atención primaria estaba fundamentada en dos motivos principales. Por una parte, la asistencia primaria era la principal fuente de crítica del funcionamiento del sistema sanitario público, por los distintos agentes (médicos, administradores, población). Por otra parte, la reforma sanitaria asume la potenciación de la atención primaria de salud, preconizada por la O.M.S., como estrategia de racionalización (mejora de la eficacia) del sistema sanitario. Esta mejora de la eficacia se conseguiría reorientando el sistema sanitario público hacia las actividades de promoción de la salud y preventivas, dentro de una concepción integral (no solo reparadora) de los cuidados de salud.

A diferencia de la atención primaria, basada en el desarrollo de una estrategia (la potenciación de la atención primaria de salud), para la mejora de la eficacia del sistema sanitario, la reforma hospitalaria pretendía una mejora de la eficiencia de los hospitales. Esta estrategia implicaba, para los profesionales (médicos, administradores), la adopción de una serie de medidas racionalizadoras, en el

sentido de adecuar medios a objetivos (lo que implicaría, entre otros aspectos, la introducción de mecanismos eficaces de evaluación), así como en el sentido de mejora de la productividad. La creación de una red hospitalaria pública única hace que la reforma hospitalaria sea (con exclusión de los hospitales psiquiátricos) prácticamente equivalente a la reforma de los hospitales de Insalud.

Un aspecto destacado de la reforma hospitalaria ha sido el refuerzo de la estructura de gestión. Esta línea de reforma, que persigue una mejora de la eficiencia mediante la introducción de mecanismos de gestión, se ha extendido posteriormente a la administración de la atención primaria y, a través del Real Decreto 571/1990, a la administración periférica del Insalud. La mejora de la eficiencia mediante el refuerzo de la estructura de gestión es, por tanto, una directriz que informa todo el Insalud como organización.

La participación ciudadana es un elemento importante para la legitimación del sistema sanitario público. Sin embargo, la reforma sanitaria se ha acompañado de una serie de medidas encaminadas más hacia la satisfacción del usuario³⁶ que a su participación directa en la toma de decisiones. La política de lograr una mayor satisfacción del usuario se basaba en el establecimiento de un Estatuto o Carta de Derechos de los pacientes, en el desarrollo de un soporte institucional para atender las quejas y sugerencias de los usuarios (las Comisiones de Humanización de la Asistencia y los Servicios de Atención al Paciente) y en una mejora de las condiciones de hostelería, información y trato al paciente en los centros sanitarios.

Las directrices de reforma identificadas pueden ponerse en relación con cada uno de los componentes de la crisis de la sanidad (tabla 1). Al componente financiero de la crisis se ha opuesto una

política de control del gasto y de mejora de la eficiencia. La crisis racionalidad se ha tratado de combatir a través de medidas de mejora de la eficacia (reforma de la atención primaria) y de la eficiencia (reforma hospitalaria, refuerzo de la estructura de gestión); la introducción de mecanismos de evaluación, como estrategia fundamental para la mejora de la racionalidad (adecuación de medios a fines) del sistema sanitario, estaba integrada dentro de las medidas de reforma hospitalaria. A la crisis de legitimación se opuso la creación de un sistema sanitario público (el S.N.S.) basado en el esquema del Servicio Nacional de Salud; dentro de este modelo, la participación ciudadana es un mecanismo básico de legitimación, mientras que la política sanitaria enfatizó los aspectos relativos a la satisfacción del usuario.

TABLA 1
Componentes de la crisis y directrices de reforma

<i>Componentes</i>	<i>Medidas de reforma</i>
<i>FINANCIERO</i>	<i>Controles directos del gasto</i>
RACIONALIDAD	
— Eficacia	Reforma de atención primaria
— Eficiencia	Reforma hospitalaria Mejora estructura de gestión
— Evaluación	
LEGITIMACION	Servicio Nacional de Salud Participación ciudadana Satisfacción del usuario

La evaluación de la reforma sanitaria

La reforma de la asistencia sanitaria pública en España durante el período

analizado (1983-1990) ha supuesto un notable avance en la consolidación de una organización de la asistencia sanitaria pública basada en el esquema del Servicio Nacional de Salud. Los logros más notables en este sentido han sido: la creación del S.N.S., por la L.G.S. (1986); la práctica universalización del derecho a la asistencia sanitaria pública, a través de la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a lo largo de este período y la financiación mayoritaria del S.N.S. por ingresos del Estado (1989).

A pesar del notable avance de la consolidación de un sistema sanitario público basado en el esquema del Servicio Nacional de Salud existen, no obstante, algunos aspectos, de carácter nuclear en la conformación del propio modelo, que imposibilitan considerarlo completamente cerrado. La L.G.S. es ambigua en la definición de elementos centrales para la creación de un Servicio Nacional de Salud descentralizado, entre otros: deja abierto el proceso de transferencias del Insalud a las Comunidades Autónomas, así como el de integración del dispositivo sanitario de las corporaciones locales; no se define sobre la equiparación de los distintos subsistemas de asistencia sanitaria pública y no garantiza el derecho al libre acceso a esta para toda la población.

Como fruto de la mencionada inconcreción sobre aspectos nucleares del modelo, no se ha cerrado el mecanismo de financiación del S.N.S., persistiendo en la actualidad una multiplicidad de fuentes y vías de financiación, así como la disparidad en los criterios de asignación y distribución de los recursos entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

La persistencia de los aspectos más arriba mencionados posibilita que, en ocasiones, se trate de plantear nuevamente un debate sobre el modelo sanita-

rio. Esta posición se sustenta sobre una crítica deslegitimadora genérica de los Servicios Nacionales de Salud y del funcionamiento de nuestro S.N.S. El riesgo que se corre es centrar el debate sobre las reformas futuras en el modelo de sistema sanitario público, cuando la fundamentación ideológica del S.N.S. parece estar firmemente anclada en nuestra sociedad, y dejar en un segundo plano la discusión sobre medidas concretas de mejora de la eficiencia del sistema, cuya consideración en este momento parece prioritaria.

El mantenimiento de la proporción del gasto del Insalud sobre P.I.B. durante la década de los 80³⁷ sugiere un éxito en la política de contención del gasto. Sin embargo, esta política parece haberse basado prácticamente en exclusiva en la restricción presupuestaria y no en una mejora de la eficiencia^{34, 38}. Esta hipótesis puede estar avalada por la importante tasa de crecimiento del gasto del Insalud durante el período 1986-1989³⁵, en el que existieron mayores disponibilidades financieras.

El crecimiento del gasto del Insalud durante el período 1986-1989 se debe, en parte, a problemas derivados de la etapa anterior: incrementos salariales, deudas deslizadas, costes financieros por el retraso en los pagos y desvinculación entre gestión y presupuesto. Sin embargo, las elevadas tasas anuales de crecimiento del gasto del Insalud en este segundo período probablemente también obedecen a la no puesta en práctica de medidas de política de personal (Estatuto), de racionalización del gasto farmacéutico³⁹, de evaluación de la tecnología y de introducción de incentivos para la eficiente gestión de los recursos.

El hecho más llamativo en relación con la reforma de la atención primaria es el énfasis puesto en la extensión del nuevo modelo de atención primaria, que contrasta con el escaso esfuerzo invertido en la evaluación de sus resultados. Se

carece, por tanto, de una evaluación global de la reforma de la atención primaria realizada por la Administración, en base al seguimiento de indicadores de resultados. Recientemente, desde sectores político-profesionales se ha realizado una evaluación de la reforma de la atención primaria⁴⁰, cuyas conclusiones son, en líneas generales, coincidentes con las que se exponen más adelante.

La evaluación realizada sobre la reforma de la atención primaria⁷ (tabla 2) muestra al aumento del tiempo dedicado al paciente en cada consulta, como su éxito más importante; por el contrario, el logro de otros posibles objetivos, como el uso racional del medicamento, un menor recurso a la asistencia especializada o un desarrollo más importante de las actividades de promoción y prevención arrojan resultados dudosos, o no existen datos suficientes para su evaluación o no han sido alcanzados.

TABLA 2
Evaluación de los resultados de la reforma de la atención primaria

OBJETIVOS	RESULTADOS
Disminuir la frecuentación	Aumento de la frecuentación
Reducir % de consultas burocráticas	Posible ligero descenso
Dedicación de mayor tiempo a consulta	Alcanzado (6' promedio)
Disminuir el consumo farmacéutico	Datos insuficientes
Disminuir el recurso a la asistencia especializada	Disminución % remisión a especialista. Aumento consultas externas y urgencias hospital
Desarrollo de programas de salud	Posiblemente insuficiente
Participación comunitaria	No alcanzado

Los indicadores de rendimiento de los hospitales muestran que los objetivos de mejora de la eficiencia marcados al

inicio de la reforma hospitalaria ⁴¹ no hayan sido alcanzados (tabla 3); por el contrario, parece existir un cierto deterioro en el sentido de que el funcionamiento del hospital está cada vez más dedicado hacia actividades, como consultas externas sucesivas y urgencias que, en parte, debían haber sido asumidas por la atención primaria. El fracaso en el logro del objetivo de mejora de la eficiencia se da a pesar de haber completado el programa de refuerzo de la estructura de gestión. Asimismo, destaca negativamente el pobre desarrollo de actividades de evaluación (en sólo el 60 por 100 de los hospitales del Insalud-gestión directa están funcionando las Comisiones de Garantía de la Calidad) y, como en el caso de la reforma de la atención primaria, la práctica ausencia de participación ciudadana (las Comisiones de Participación Ciudadana solo funcionan en el 52 por 100 de los hospitales de Insalud-gestión directa).

La aparente contradicción entre el cumplimiento de la directriz de refuerzo

de la estructura de gestión y no haber alcanzado los objetivos perseguidos de mejora de la eficiencia, puede ser explicada por dos causas complementarias ⁷. Por una parte, la ausencia de medidas estratégicas de reforma en la conformación del Insalud como organización (personalidad jurídica, tipo de vinculación y dependencia de las Administraciones Públicas, régimen de funcionamiento, estatutos de personal, etc.), ha hecho que el refuerzo de la estructura de gestión no haya atraído mecanismos de gestión empresarial al funcionamiento de los servicios sanitarios, sino un aumento de la burocracia administrativa. De otra parte, el aumento de la burocracia y el desplazamiento de poder hacia la tecnoestructura (motivado, en parte, por la necesidad de controlar el gasto, aumentar la eficiencia e introducir criterios de evaluación más amplios que el componente científico-técnico) ha provocado una reacción disfuncional entre los profesionales, cuya manifestación más dramática ha sido la huelga hospitalaria de 1987.

TABLA 3
Evaluación de los resultados de la reforma hospitalaria

<i>Indicadores</i>	<i>1985¹</i>	<i>1989¹</i>	<i>Objetivos²</i>
I. Ocupación	78,4%	79,6%	85%
Estancia media	10,1	10,1	9 días
I. rotación	2,4	2,4	> 3
Distribución actividades ³ :			
— estancias	75%	72%	
— consultas	14%	15%	
— urgencias	11%	13%	
% Hospitales con			
— Equipo de dirección		100%	
— Comisión de Garantía de la Calidad		60%	
— Comisión de Participación Ciudadana		52%	

1. FUENTE: Memoria Funcional del Insalud y de la Subdirección General de Atención Hospitalaria.
2. S.G. de Atención Hospitalaria. Nuevo modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Insalud. 1984.
3. Distribución de la actividad hospitalaria en porcentaje, ponderando cada actividad por su peso estimado sobre el gasto (consulta primera = 1/2 estancia; consulta sucesiva = 1/4 estancia; urgencia = 1/2 estancia).

Las medidas de reforma han dejado en un segundo plano la participación ciudadana como componente esencial del modelo sanitario que se propugnaba: el Servicio Nacional de Salud. Ya se ha hecho mención a la insuficiente atención puesta sobre este aspecto en la reforma de la atención primaria y de la asistencia especializada. Esta postergación está, en parte, sustentada por el neocentralismo de la gestión de la sanidad pública en las Comunidades Autónomas y en la pérdida de protagonismo de las corporaciones locales que, en cuanto a competencias de gestión y control de la asistencia sanitaria, establece la L.G.S.

La participación ciudadana ha sido desplazada por la directriz de satisfacción del usuario. La evaluación de la eficacia de las medidas encaminadas a mejorar la satisfacción no suministra resultados muy alentadores⁷. La población parece haber asumido el exclusivo papel de demandante de servicios (aumento de la frecuentación, consideración generalizada de que los recursos son insuficientes), frente a una burocracia racionalizadora. Dentro de este papel de consumidor, los derechos de los pacientes gozan de un papel más formal que real, siendo poco eficaces los mecanismos de defensa y reclamación.

Las reformas emprendidas no han conseguido oponerse a las diferentes dimensiones de la crisis de la sanidad (tabla 4). El control de costos no se ha logrado a través de medidas de mejora de la eficacia. La mejora de la eficacia se ha traducido, al menos por el momento, principalmente en la expansión de los servicios de atención primaria. Las medidas de mejora de la eficiencia han incrementado la burocracia del sistema sanitario público, sin que haya aumentado la productividad de los hospitales. No se ha desarrollado una estrategia de mejora de la eficacia y eficiencia a través de la evaluación de técnicas y procedimien-

tos. Por último, se han marginado los aspectos de participación ciudadana, mientras que el desplazamiento del ciudadano hacia el papel de cliente puede incentivar el consumismo sanitario.

TABLA 4
Evaluación de las directrices de la reforma sanitaria

<i>DIRECTRICES</i>	<i>RESULTADOS</i>
Creación de un Servicio Nacional de Salud	Importante avance S.N.S. Falta "cierre" del modelo
Control del gasto	Restricción presupuestaria No mejora de la eficiencia
Reforma a. primaria	Expansión de servicios Asistencia de evaluación de resultados
Reforma hospitalaria	No aumento productividad Descontento profesional
Refuerzo de la estructura de gestión	Aumento de la burocracia
Evaluación	Pobre desarrollo
Participación ciudadana	Prácticamente nula
Satisfacción del usuario	Aumento de la demanda y expectativas

CONCLUSIONES

La evaluación de la reforma de la asistencia sanitaria pública en España es un tema complejo, lleno de matices. En este trabajo se han discutido los aspectos más relevantes de los resultados obtenidos en otro más extenso⁷. No se pretende obtener de esta evaluación un recetario de medidas de reforma, sino contribuir al debate sobre el diagnóstico de situación de nuestro S.N.S., pues el consenso sobre ese diagnóstico es una base necesaria para afianzar las reformas futuras. De la evaluación realizada se proponen las siguientes conclusiones:

1. A pesar del notable avance producido durante el período 1983-1986 en la consolidación del S.N.S. sería conveniente cerrar el modelo sanitario, dando un tratamiento definitivo a aspectos como el de la universalización del derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública o la existencia de distintos colectivos cubiertos, así como estableciendo un calendario para la transferencia del Insalud hacia las Comunidades Autónomas y un mecanismo más coherente de asignación y distribución de recursos a los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma. La conveniencia de cerrar el modelo estriba, en parte, en evitar que las propuestas de reforma reabran el debate sobre el modelo, lo que exigiría una nueva legitimación ideológica, en lugar de enfocarse hacia la mejora de la eficiencia de nuestro S.N.S.
2. La utilización prácticamente en exclusiva de la restricción presupuestaria se ha demostrado como un mal instrumento de control del crecimiento del gasto, en ausencia de mejoras de la eficiencia.
3. Es preciso evaluar la eficacia de la reforma de la atención primaria, monitorizando la evolución de indicadores de resultados y no solo de desarrollo de estructura o de incremento en el número de actividades.
4. La actual estructura organizativa del Insalud: personalidad jurídica, vinculación y dependencia respecto a las Administraciones Públicas, régimen de personal, etc., dificulta la introducción de mecanismos de gestión empresarial en este organismo. Una profunda adecuación estructural del Insalud (y de los Servicios de Salud de Comunidad Autónoma), alejándolo de los patrones de funcionamiento de las burocracias administrativas, parece una condición necesaria para mejorar su gestión.
5. Se debe infundir en el sistema sanitario la necesidad de que la evaluación (económica, de calidad, de resultados) informe todas sus actividades. Las futuras reformas deben dotarse desde su inicio de indicadores de seguimiento del logro de sus objetivos.
6. La participación ciudadana debería ser el mecanismo principal de legitimación del sistema sanitario público, siendo posiblemente un instrumento para evitar el consumo sanitario. Una estrategia de participación ciudadana debería otorgar un mayor protagonismo a los Ayuntamientos en la gestión y control de la asistencia sanitaria pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Reformas Sanitarias Actuales. ICE, 1990, 681-2. Número monográfico.
2. Escuela Nacional de Sanidad. Seminario sobre Análisis Comparado sobre Sistemas y Políticas de Salud. Madrid: ENS, 1990.
3. Roemer M.I. Los sistemas sanitarios como intervenciones de mercado. En Escuela Nacional de Sanidad. Seminario sobre Análisis Comparado sobre Sistemas y Políticas de Salud. Madrid: ENS, 1990; 1-21.
4. Poullier J-P. El afán por la eficiencia. ICE, 1990, 681-2: 7-25.
5. Segura J. Competencia, mercado y eficiencia. Claves 1990; 9: 18-28.
6. Elola J, Ruiz Alvarez J L. Reformas sanitarias y Sistema Nacional de Salud. Reflexiones para el debate. Ppto y Gasto Público. En Prensa.

7. Elola J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Madrid: FIS, 1991.
8. Elola J. Democracia y sistema sanitario. *Sanit* 1989; 13: 472-5.
9. Donabedian A. Social responsibility for personal health services: an examination of basic values. *Inquiry* 1971; 8: 3-19.
10. Mooney G. What does equity in health mean? *Wld Hlth Stat Quart* 1987; 40: 296-303.
11. Pereira J. What does equity in health mean? York: University of York, 1989.
12. Elola J. Los servicios sanitarios públicos en la crisis del Estado del Bienestar. *Claridad* 1987; 20-1: 25-34.
13. Enthoven AC, Kronick R. A consumer-health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy. *N Eng J Med* 1989; 320: 29-37, 94-101.
14. Himmelstein du, Woolhandler S and the writing committee of the working group on program design. A national program for the United States. A physician's proposal. *N Eng J Med* 1989, 320: 102-8.
15. The National Leadership Commission on Health Care. For the health of a nation. A shared responsibility. Ann Arbor: Health Admn. Press Perspectives, 1989.
16. Rosanvallon P. Les trois crises de l'Etat providence. *Aujourd'hui* 1982; 57: 29-40.
17. Barsky AJ. The paradox of health. *N Eng J Med* 1988; 318: 414-8.
18. Bravo F, de Miguel JM, Polo R, Reventós J, Rodríguez JA. Sociología de los ambulatorios. Barcelona: Ariel, 1978.
19. Duran MA. Desigualdad social y enfermedad. Madrid: Tecnos, 1983.
20. Evangelista M. Medicina y sociedad. La reforma sanitaria. Madrid: Insalud, 1981.
21. Martín López E. Seguridad Social, Sanidad y Servicios Sociales en España. 1975-1982. En Fundación FOESSA. Informe sociológico sobre el cambio social en España. 1975-1982. IV Informe FOESSA, Vol. II. Madrid: Euramérica, 1983.
22. Pérez Díaz V. Médicos, administradores y enfermos: la calidad de la asistencia sanitaria. *Papeles de Economía Española* 1982; 12/13: 231-63.
23. Pérez Peñasco A (ed.). La sanidad española desde la perspectiva del usuario y de la persona enferma. Madrid: Encuentro, 1983.
24. Scrigó A. La crisis de la sanidad española. Madrid: Gala, 1978.
25. Subsecretaría de la Seguridad Social. Libro Blanco de la Seguridad Social. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977.
26. Acarin N. El Servei Nacional de la Salut. Una alternativa democrática. Barcelona: Laia, 1977.
27. Comisión Interministerial para la reforma sanitaria. Informe al Gobierno. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1975.
28. De Miguel JM (ed.). Planificación y reforma sanitaria. Madrid: CIS, 1978.
29. Gol J, Jaén J, Marcos J y cols. El médico de cabecera. Barcelona: Laia, 1980.
30. Reventos J. Salut, sanitat y societat. Barcelona: 7 x 7, 1977.
31. Abel-Smith B. L'experience de douze pays euopéens en matière de contrôle du coût des soins de santé (1977-1983). Luxemburgo: Commission des Communautés Européens.
32. Girón B, Dilmé M, Velayos J, Elola J. Niveles de salud y gasto sanitario en España. 1988. *Rev San Hig Púb* 1989; 63: 25-38.
33. Costas JC, López Casanovas G. Aspiraciones colectivas y eficiencia del sistema sanitario. *Papeles de Economía Española* 1988; 37: 225-39.
34. Ruiz Alvarez. El sector sanitario público: balance y perspectivas. *Presupuesto y Gasto Público* 1990; 28-1: 31-46.
35. Instituto Nacional de Salud. Jornadas de humanización de la asistencia sanitaria en la red asistencial del Insalud. Madrid: Insalud, 1985.
36. Coll P. La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy: variaciones y causas. *ICE*, 1990; 681-2: 75-87.

37. Belenes R. La limitacion presupuestaria y la gestión de los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1988; 5: 101-11.
38. Lobo F. El gasto público en la prestación farmacéutica. *Papeles de Economía Española* 1988; 37: 255-64.
39. Ruiz-Giménez JL. Atención primaria de salud. En Federación para la Defensa de la Sanidad Pública. *La sanidad española a debate*. Madrid: FADSP, 1990.
40. Subdirección General de Atención Hospitalaria. *Nuevo modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Insalud, 1984.