



Presupuesto y gasto en el Sistema Nacional de Salud

Norberto Sanfrutos Velázquez

Director Económico-Administrativo • Complejo Hospitalario Virgen del Rocío de Sevilla

Este artículo tiene por objeto describir el actual Sistema Nacional de Salud como estructura superior en la que se integran los Servicios Regionales de Salud de todas las CC.AA. Hay que resaltar la importancia del gasto sanitario procedente de la Seguridad Social y la incidencia que la transferencia del mismo ha tenido en las comunidades que han recibido estos traspasos, lo que ha cambiado cuantitativamente y, por ende cualitativamente, el contenido de estas.

Asimismo, se trata de resaltar la importancia que la financiación de estos servicios tiene en el actual panorama autonómico ya que la misma supone en torno al 30 por ciento de los gastos que hoy tienen las CC.AA. Los problemas que la financiación sanitaria tiene no sólo afectan a los propios servicios sanitarios sino también a las comunidades autónomas en su conjunto.

Se pretende analizar el presupuesto del sistema sanitario público desde el punto de vista del gestor e intentar analizar si cumplen las condiciones para que la gestión presupuestaria pueda hacerse en un marco que permita la eficiencia: que la restricción financiera esté bien definida, que esté vinculada a quien la ha de gestionar y que sea creíble ⁽¹⁾.

El acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de septiembre de 1994 ha supuesto un respiro y el inicio de un camino a recorrer pero no la solución a los problemas presupuestarios y financieros de los servicios regionales de salud y es necesario seguir por el camino emprendido

(1) El catedrático de Hacienda Pública, G. López Casanovas ha explicado estas condiciones magistralmente en múltiples escritos y en cuantas ocasiones le ha sido permitido.

La importancia de la Seguridad Social en el Sistema Nacional de Salud

Durante mucho tiempo, pero especialmente durante la década de los 70 y 80, los que pensaban que la equidad y solidaridad debían ser los principios esenciales a la hora de asignar los recursos en el sector de la salud, incluso por encima de los criterios de eficiencia ⁽²⁾, proponían como la mejor alternativa para conseguir estos objetivos, la creación de un Servicio Nacional de Salud integral e integrado para atender a las necesidades de salud (sentidas, expresadas o vehiculizadas a través de terceros) de la población. Si se analizan los programas de los partidos del centro-izquierda española en los primeros años de la transición, esta reivindicación aparecía en todos ellos.

(2) No es que hoy estos principios no se mantengan sino que la mayor parte piensa que no tiene por qué haber incompatibilidad entre eficiencia y equidad. La eficiencia es fundamental en un contexto de recursos limitados para que puedan conseguirse objetivos de equidad en cualquier programa de asignación de recursos. Más aún, la equidad a cualquier precio puede traer consigo ineficiencias que provoquen a la larga inequidad en la asignación de recursos.

El Título VIII de la Constitución puso en crisis este concepto en su nominación, aunque no en su contenido, para hacerlo compatible con el proceso de descentralización política que dicho título constitucional pretendía. Apareció el concepto de *Sistema Nacional de Salud* como conjunto en el que debían incardinarse los Servicios Regionales de Salud de las distintas CC.AA, pero sin olvidar que éstos seguirían siendo integrales (incluir todas las facetas del proceso sanitario: prevención, promoción, curación y rehabilitación) e integrados (incluir en un solo organismo gestor las distintas redes sanitarias que existiesen en ese momento en el Estado español y que estaban transferidas a las comunidades autónomas).

Se olvidaba que el Título VIII de la Constitución predicaba fundamentalmente -aparte de la solidaridad y equidad- otro gran principio, el de la autonomía o capacidad de organizar los servicios públicos en función de la voluntad de los propios ciudadanos, siempre que quedasen a salvo los principios superiores que el texto constitucional consagraba.

Hoy en día todas las CC.AA de competencias plenas y la mayor par-

te de las denominadas de segundo nivel tienen constituidos sus Servicios Regionales de Salud, pudiéndose afirmar que el Sistema Nacional de Salud es una realidad evidente en nuestro país, aunque sus niveles competenciales sean diferentes en función de las transferencias que tengan asumidas (plenas si se exceptúa la sanidad exterior y la alta inspección para las comunidades autónomas que se regulan por el art. 151 de la Constitución).

Refiriéndonos al Sistema Nacional de Salud y si analizamos las últimas cifras dadas por la Sociedad Española de Administración Sanitaria y Salud Pública (SESPAS) ⁽³⁾ respecto al gasto sanitario, hay que decir al respecto que éste representó en 1994 el 7,65% del PIB, ascendiendo a un montante total cercano a los 5 billones de pesetas ⁽⁴⁾ de los que el 77% es financiado públicamente y el 23% restante se financia vía primas y aportaciones individuales por lo que podríamos considerarlo como gasto privado.

(3) Informe Sespas 1995. Los Servicios Sanitarios. Las cifras del Sistema Sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España (1980-1994). E. Bengoechea y J.E. del Llano. Barcelona Ed. MG. 1995.



TABLA I: EVOLUCION DEL GASTO SANITARIO EN LA DECADA DE LOS 80-90

AÑO	GASTO S. TOTAL	% PIB	GASTO S. PUBLICO	% TOTAL	% PIB	GASTO S. PRIV	% TOTAL	% PIB
1980	859	5,7	687	78	4,5	112	20	1,1
1981	991	5,8	780	78,7	4,6	211	21,3	1,2
1982	1167	5,9	927	79,4	4,7	240	29,1	1,2
1983	1352	6	1148	84,9	5,1	204	15,1	0,9
1984	1472	5,8	1206	81,9	4,7	266	18,1	1,1
1985	1601	5,7	1298	81,1	4,6	303	18,9	1,1
1986	1816	5,6	1451	79,9	4,5	366	20,1	1,1
1987	2062	5,7	1643	79,7	4,7	420	20,3	1,2
1988	2546	6,3	2017	79,2	5,1	529	20,8	1,3
1989	2941	6,5	2290	78,2	5,1	642	21,8	1,4
1990	3468	6,9	2731	78,7	5,5	737	21,3	1,5
1991	3740	6,8	2888	77,2	5,3	851	22,7	1,6
1992	4094	7	3162	77,2	5,4	932	22,8	1,6
1993	4437	7,3	3427	77,2	5,6	1010	22,8	1,7
1994	4960	7,7	3806	76,7	5,9	1154	23,3	1,8

Fuente: Las cifras del Gasto Sanitario. Informe SESPAS 1995. En miles de millones de ptas. y porcentajes

Del gasto sanitario público, el 88% es financiado por la Seguridad Social, quedando el resto en manos de otras administraciones públicas tanto centrales como territoriales. Es decir, prácticamente el 70% del gasto sanitario total de nuestro país se financia vía Seguridad Social, fundamentalmente por cotizaciones sociales hasta 1988 y por impuestos a partir de ese año que podemos considerar como un punto de inflexión importante para el proceso de reforma de la financiación de la sanidad en España⁽⁴⁾. En la Tabla II puede verse la evolución del presupuesto del Insalud en los últimos años de esta década.

No sólo se financia vía Seguridad Social sino que se gestiona a través del Insalud gestión directa (Igd), o a través de los diversos servicios con el Insalud transferido: Servicio Catalán de la Salud (SCS), Servicio Andaluz de Salud (SAS), Servicio Vasco de Salud (OS), Servicio Valenciano de Salud (SVA), Servicio Navarro de Salud (SNS), Servicio Gallego de Salud (SG) y Servicio Canario de Salud (SCS), con un peso específico cada vez mayor de los servicios transferidos con respecto al Insalud gestión directa, tal como puede verse en el cuadro adjunto:

(4) Toda cifra de gasto sanitario en nuestro país hay que tomarla con cierta precaución por cuanto que las mismas difieren en función de los distintos autores que han trabajado este tema. La razón fundamental estriba en la inexistencia de un sistema de información económica sobre la sanidad aceptado por todos los órganos con competencias sanitarias.

(5) Efectivamente la Ley 37/1988 de Presupuestos Generales del Estado para 1989 supuso el principal punto de inflexión para el cambio de la financiación sanitaria en nuestro país. Modificó los instrumentos de recaudación cambiando los impuestos por cotizaciones sociales, creó el fondo de aportación sanitaria para las diputaciones y cabildos, e hizo efectiva la universalización estableciendo el mecanismo para hacer frente a los gastos de la incorporación de determinados colectivos (beneficencia) en el sistema sanitario de la Seguridad Social.

TABLA II: EL PRESUPUESTO DEL INSALUD EN EL CONTEXTO DEL GASTO SANITARIO

AÑO	PRESUPUESTO LIQUIDADADO DEL INSALUD	% RESPECTO AL PUBLICO	% RESPECTO AL TOTAL	% DEL PIE
1991	2259,4	78,4	60,4	4,12
1992	2845,3	89,98	69,5	4,83
1993	2991,1	87,2	67,4	4,91
1994	3311,1	87,2	66,8	4,91

En miles de millones y porcentajes.

Fuente: Idem 1994 son previsiones respecto a liquidación

Un último dato para determinar la importancia de la gestión sanitaria en nuestro país. El Insalud gestión directa, con toda la importancia cualitativa que puede tener a nivel central, no deja de representar en torno al 10% de los gastos totales del presupuesto de las administraciones centrales. Pero una vez transferido y debido al carácter de gestora de servicios que tienen preferentemente las CC.AA, este porcentaje puede elevarse por encima del 30%.

Un salto cuantitativo que supone también un paso cualitativo de gran importancia pues convierte a los instrumentos de financiación sanitaria de las administraciones en elementos claves de sus ingresos comparables o, al menos, casi con el mismo peso que los considerados fundamentales (el porcentaje de participación en los tributos del Estado, por ejemplo). Los problemas de la financiación sanitaria afectan no sólo a los departamentos sanitarios de las distintas CC.AA sino al propio desarrollo de éstas y, por tanto, pueden incidir en el desarrollo de las previsiones constitucionales en lo que se refiere a su Título VIII.

La restricción financiera en el Sistema Nacional de Salud

Desde que en 1981 comenzó el proceso de traspaso de los servicios y prestaciones médico-farmacéuticas de la Seguridad Social gestionadas por el Insalud a la Generalitat catalana, hasta 1995 año en el que ha concluido el proceso por cuanto que la última Comunidad Autónoma (Canarias), de las previstas en la primera fase, ha recibido los traspasos, hay una constante problemática en estos servicios regionales: la no resolución de sus problemas financieros y económicos.

La manifestación más clara de estos problemas se encuentra en las liquidaciones anuales de los presupuestos del Insalud, siempre por encima de los presupuestos iniciales

TABLA III: LA DISTRIBUCION DEL PODER GESTOR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ORGANO GESTOR	PORCENTAJE DE GESTION
INSALUD G.D.	39
SCS	15,9
SAS	17,8
OS	5,7
SVS	10
SNS	1,3
SGS	6,4
SCS	3,9
TOTAL	100

en unos porcentajes que han oscilado entre el 4% de 1984 y el 12% de 1989, y las consiguientes participaciones en liquidación de las CC.AA.

Junto a estos procesos de liquidación hay que anotar cuatro procesos de saneamiento -1983, 1989, 1992 y 1994- que pretendían limpiar (nunca lo han conseguido realmente) los cajones de las administraciones de los centros de todas aquellas facturas (generalmente bienes y servicios, conciertos y cotizaciones a la seguridad

social) que no habían entrado en los presupuestos ampliados en cada ejercicio (personal, farmacia y algo de bienes y servicios y seguros sociales).

Hoy -hace algunos años éramos pocas voces las que defendíamos tales tesis-⁽⁶⁾, todos los expertos reconocen que la causa fundamental ha sido el sistema de presupuestación del Insalud que, por diversas razones, presupuestaba muy por debajo del gasto real liquidado en el

TABLA IV: LOS PROCESOS DE SANEAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

AÑO	PERIODO DE REFERENCIA	CUANTIA
1983	1980-1982	70.000
1989	1983-1988	140.000
1992	1989-1991	560.000
1994	1992-1993	291.000

En millones de pesetas

Fuente: Procesos de saneamiento de cada año

anterior ejercicio, lo que provocaba que la *restricción presupuestaria*, al no ser realista, no servía de instrumento de control y los gestores la tenían muy poco en cuenta, por no decir que pasaban de ella. ¿Por qué? La respuesta a esta pregunta sería importante a la hora de analizar la conformación del Sistema Nacional de Salud, y seguro que estaría relacionada con el convencimiento de algunos de que presupuestando bajo se gastaría menos o, según otros, se trataba de ocultar el verdadero nivel del déficit público existente en nuestro país ⁽⁷⁾.

Por tanto, lo primero que hay que hacer es ajustar los presupuestos a los servicios reales que se prestan, o los servicios que se prestan a los presupuestos que este país puede permitirse dedicar a sanidad. Cualquiera de las dos opciones es perfectamente legítima si la decisión se toma por quien debe hacerlo y en el lugar legitimado políticamente para tomar estas decisiones. Lo que no sirve es pretender que se presten todos los servicios a todo el mundo pero con un presupuesto no ajustado a los mismos. Es necesario, pues, definir exactamente lo que el sistema público debe dar a los ciudadanos de una forma realista y de acuerdo con las posibilidades económicas del país.

Junto a esta razón de peso, hay otra de procedimiento que tiene que ver con la forma de participar en la elaboración del presupuesto por parte de los distintos organismos con competencia en su gestión. Si una de las reglas de oro

para que el presupuesto sirva como instrumento de control, es que esté vinculado a quien lo tiene que gestionar, mal puede cumplirse esta condición si el presupuesto lo elabora el Insalud en un 100% y lo gestiona en un escaso 40%, pues el otro 60% es responsabilidad de Cataluña, Andalucía, Navarra, País Vasco, Galicia, Valencia y Canarias, tal como puede verse en la Tabla III.

Hay que buscar un sistema en el que todas las CC.AA con transferencias participen en la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto del Sistema Nacional de Salud. Esto pasa por asignar competencias en esta materia al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano en el que están representadas todas las administraciones con responsabilidad sanitaria.

Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera: ¿solución o remedio parcial?

La situación vivida por el Sistema Nacional de Salud en el campo presupuestario durante la década de los 80 era insostenible. Un sistema de recepción de fondos que dependía de cuánto presupuestaba el Insalud, de cómo gestionaba sus presupuestos y de cuánto dejaba para ejercicios posteriores no podía sostenerse por más tiempo, no sólo porque generaba incertidumbre en los responsables políticos sino que la misma situación -el no saber cuánto había- provocaba en los propios gestores un intento de *huida hacia adelante* que traía consigo un *gap* entre presupuesto y gasto cada vez de mayor importancia cuantitativa y cualitativa.

CUADRO 1: PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL ACUERDO

BASES PARA LA REFORMA DEL MODELO DE FINANCIACION DE LA SANIDAD

ACUERDO DEL CONSEJO DE POLITICA FISCAL Y FINANCIERA
21 DE SEPTIEMBRE

AMBITO TEMPORAL

SE PRETENDE UN PERIODO DE VIGENCIA DE CUATRO AÑOS 1994-1997

INDIZACION DEL CRECIMIENTO DEL GASTO

SE ACEPTA UNA TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DEL GASTO SANITARIO PROCEDENTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL IGUAL A LA PREVISTA PARA EL PIB

BASE DE CALCULO DEL ESCENARIO

SE TOMARA COMO BASE LA LIQUIDACION REAL (LIQUIDACION MAS DEUDAS) DEL INSALUD PARA 1993. SE DEDUCEN LOS CENTROS NACIONALES Y EL FISS

CRITERIOS DE REPARTO

LOS RECURSOS SE REPARTIRAN ENTRE LAS DIVERSAS ENTIDADES GESTORAS EN BASE A LA POBLACION PROTEGIDA (POBLACION CUBIERTA POR LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA A TRAVES DEL INSALUD) QUE SE CALCULARA PARTIENDO DE LA POBLACION DE DERECHO DEL CENSO DE 1991 DEDUCIENDO DE LA MISMA LOS COLECTIVOS CUBIERTOS POR EL MUTUALISMO ADMINISTRATIVO.

(6) N. Sanfrutos. *La financiación de los Servicios Sanitarios transferidos procedentes de la S. Social. El caso de Andalucía.* Consejería de Economía y Hacienda. Sevilla. 1989.

(7) *Ocultación que servía para poco porque quedaba de manifiesto en las liquidaciones anuales de los presupuestos y en las periódicas operaciones de saneamiento.*

TABLA V: LOS ESCENARIOS PRESUPUESTARIOS

INDICADORES	AÑO BASE 1993	1994	1995	1996	1997
PIB	60881	63995	68090	72993	78879
VARIACION ANUAL %		5,1	6,4	7,2	8,1
VARIACION ACUMULADA		1,051	1,118	1,199	1,296
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>					
INSALUD	2875	3123	3224	3476	3652
GESTION DIRECTA		1247	1279	1373	1425
GESTION TRANSFERIDA		1876	1945	2103	2227

En miles de millones

Las cifras presupuestarias son el resultado de aplicar los coeficientes de crecimiento, restar determinadas cantidades por mejoras en gestión y sumar el saneamiento financiero pendiente de ejercicios anteriores a 1994.

Así pues, coincidiendo con el tercer proceso de saneamiento del Sistema Nacional de la Salud, se constituyó en 1992 un grupo de trabajo compuesto por representantes de Economía y Hacienda, Ministerio de Sanidad y CC.AA, con el encargo de elaborar un estudio sobre *Bases para la Reforma del Sistema de Financiación de la Sanidad* que debería elevarse al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su aprobación. El encargo finalizó en 1994 coincidiendo con el cuarto proceso de saneamiento (las obligaciones contraídas y no contabilizadas durante 1992 y 1993), y aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera de 21 de septiembre de ese mismo año.

En el Cuadro 1 se recogen los principios fundamentales del acuerdo que, si bien fue acogido con reticencias por los responsables de sanidad de los distintos departamentos autonómicos⁽⁸⁾, fue aceptado globalmente por los responsables de la Hacienda central y autonómica.

¿Resuelve este acuerdo los problemas financieros del Sistema

Nacional de Salud? ¿Será posible que a partir de ahora la disciplina presupuestaria sea un principio aceptado y cumplido realmente en el Sector de los Servicios Sanitarios Públicos? ¿No serán necesarios más procesos de saneamiento o, por el contrario, hemos iniciado el camino de la quinta operación de saneamiento?

Partimos de la base de que el acuerdo es bueno en sí por muchos motivos de los que me gustaría destacar dos en particular. Primero, ha supuesto el reconocimiento de que los problemas de la sanidad tenían algo que ver con la falta de experiencia en la elaboración presupuestaria del Insalud y con su dependencia bicéfala: Trabajo y seguridad social para el presupuesto, sanidad para la gestión. Segundo, ha eliminado gran parte de la incertidumbre en la que se movían tanto los responsables sanitarios como de Hacienda de las propias CC.AA. En la Tabla V pueden analizarse las pre-

(8) Las declaraciones de los consejeros catalán y andaluz son reveladoras al respecto. Ambos estimaban el acuerdo como positivo pero insuficiente porque la base de cálculo de inicio no era realista.

visiones sobre el crecimiento del PIB, así como los escenarios presupuestarios del Insalud.

A pesar de los méritos de un acuerdo de esta naturaleza, creemos que el mismo no resuelve los problemas fundamentales del sistema ya que no ha entrado en el fondo de las causas que los han provocado: el proceso de presupuestación de las prestaciones sanitarias, la forma de redistribuir los recursos entre los diversos servicios regionales de salud y la forma de gestionarlos.

El modelo de reparto aplicable a la sanidad debe ser similar al del resto de los servicios públicos



Conclusiones: Algunas reflexiones sobre el futuro

Es difícil evitar que un economista termine sus escritos diciéndole al gobierno lo que debe hacer (Mark Blaug), y tampoco me resisto mucho a hacerlo y menos en este caso porque estos temas han ocupado mi actividad profesional, y preocupado personalmente, en los últimos veinte años. Ya hemos comentado algunas cuestiones referentes a la forma de elaborar los presupuestos del Sistema en la que se debe dar mucha más cancha a los que van a tener la responsabilidad de gestionarlos.

Esta mayor participación no debe entenderse tan sólo como una mayor participación de las CC.AA en la elaboración del Presupuesto Global del Sistema (nivel macro), sino de la participación de los centros en su reparto (nivel meso) y los servicios clínicos a la hora de repartir los presupuestos, de los centros (nivel microeconómico). Sin la vinculación de los gestores a la definición de la restricción, difícilmente podrá exigirse que la cumplan en toda su extensión en un sector como el de la sanidad.

Asimismo, creemos que el modelo de reparto aplicable a la sanidad debe ser similar -con las correcciones pertinentes debido a las peculiaridades del sector- al del resto de los servicios públicos. Y también, mal que nos pese, a los propios sanitarios porque perderíamos unos recursos finalistas y tendríamos que convencer a la sociedad, y especialmente al Parlamento, que la rentabilidad social de los recursos destinados a salud es mayor que si se dedican a obras de infraestructura, educación o desarrollo económico.



A cuatro años de un nuevo siglo no se justifica de ninguna manera que la sanidad tenga carácter contributivo (en España ya no lo es por efecto de la Ley General de Sanidad y la Ley de Presupuestos de 1989), y que siga dependiendo de la Seguridad Social, igual que no depende de ella la educación u otros servicios de carácter social y, sin embargo, todos ellos forman parte del Sistema de Protección Social Pública.

Pero ese modelo diseñado por la LEGSA hay que llevarlo a sus últimas consecuencias, consagrando un modelo universal financiado sólo por impuestos y con los límites subjetivos y objetivos que considere oportuno el Parlamento de la nación, con el mayor consenso posible entre todas las fuerzas políti-

cas y sociales y con una única restricción: las posibilidades reales que este país tiene, ya que vivir por encima de los ingresos no se puede mantener durante mucho tiempo sin graves perjuicios a la economía y, por tanto, poniendo en peligro el incipiente estado-sociedad del bienestar.

Mantener la ficción de que la sanidad permanezca en la órbita de la seguridad social (como organización no como concepto en su sentido amplio) bien por razones de seguir participando las fuerzas sociales en los órganos de control (argumento de las organizaciones empresariales y sindicales) o por razones de no transferir este servicio a las CC.AA del 143 (argumento esgrimido por otros), no tiene justifi-



cación alguna porque ambos problemas son fácilmente solventables por otras vías.

El Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se actualiza el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social ha dejado a la Sanidad como la única prestación de la S.S. regulada por un texto preconstitucional. En el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud no se ha entrado en serio sobre el problema, y su amplitud sigue siendo prácticamente la misma con lo que no se ha resuelto el problema de *darlo todo con presupuestos limitados*. De esta manera, la receta o la decisión del clínico siguen siendo cheques al

portador que han de ser pagados exista o no exista presupuesto.

Se ha perdido, por tanto, una nueva oportunidad de regular este servicio público de forma más acorde con las tendencias que hoy se defienden en casi todos los países de nuestro entorno, pero sobre todo más de acuerdo con los recursos que este país tiene.

Si desde nuestro punto de vista, la sanidad no debe ser incluida como una prestación de la S.S. sino como un servicio público más, la financiación debe seguir un camino paralelo al del resto de los servicios públicos. Con una particularidad especial que debe ser la base fundamental del sistema: los recursos financieros deben ir allí donde esté la población, garantizando el principio de equidad en el acceso y, como consecuencia, los servicios esenciales.

Financiación sanitaria incluida en el modelo general; modelo de reparto basado en la población, ajustada en base a determinados indicadores con especial incidencia en el nivel de servicios sanitarios (territorio, estructura de la población, etc.); mecanismos diferentes para garantizar la solidaridad y la nivelación de servicios de los que se usen para garantizar la suficiencia, son los principios que defendemos. Además, habría que comenzar a pensar en la posibilidad de separar la financiación de las recetas (la prestación farmacéutica), sobre la base de que supone realmente una transferencia de renta a terceros, transferencia que debe ser mayor para los que tienen menor nivel de renta o mayor necesidad, para lo que sería necesario salir del contexto estricto de la Seguridad Social.

No todos los problemas se terminarían con la solución de los pro-

La rentabilidad de los recursos destinados a la salud es mayor que si se dedican a infraestructuras, educación o desarrollo económico

blemas presupuestarios y financieros. Pero sería fundamental para garantizar el aseguramiento universal ante las necesidades de salud de la población, porque esta financiación es la que garantiza que el servicio sea público.

Igualmente, sería necesario hablar sobre nuevas formulas de gestión para los servicios sanitarios públicos. Nos limitamos a esbozar tan solo algunos principios: más profesionalización de la gestión, mejores sistemas de información para la toma de decisiones, implicación de los clínicos en la asignación de recursos, flexibilización de las técnicas y procedimientos de actuación en el marco de las administraciones públicas, etc. Son algunas de las exigencias para que estas *peculiares empresas de servicios públicos* puedan actuar eficientemente en un marco donde el *dinero siga al paciente*, primando la competencia entre los diversos proveedores, sean estos públicos o privados.

Sin esta competencia, difícilmente puede conseguirse la eficiencia, y sin ella se pone en peligro la posibilidad de hacer efectiva la equidad y, en el campo sanitario, el objetivo fundamental del aseguramiento público para todos los ciudadanos. ■