

Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica

Mitos y paradojas
de la sanidad en España.
Una visión crítica

Edita: Círculo de la Sanidad.

© 2007 SPA, S. L.

Edificio Vértice Antonio López, 249 - 1º 28041 - MADRID

ISBN: 84-95552-43-4

D.L.: M. 1.429-2007

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular del Copyright.

Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica

José Luis Perona Larraz

COMENTARIOS CRÍTICOS

Marina Geli i Fàbrega

Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

Gabriel M^a Inclán Iribar

Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
COMENTARIOS CRÍTICOS	
Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya	15
Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco	31
INTRODUCCIÓN	53
MITOS	
PRIMER MITO.	
La sanidad es incompatible con el mercado y con el beneficio	63
SEGUNDO MITO.	
España posee el sexto mejor sistema sanitario del mundo	89
TERCER MITO.	
El gasto sanitario español es el más reducido de Europa	125
CUARTO MITO.	
El número de consultas médicas por habitante es similar en España al de otros países	165
QUINTO MITO.	
El copago farmacéutico no es eficaz	197

PARADOJAS

PRIMERA PARADOJA.

El aumento del gasto sanitario no conduce siempre a mejores niveles de salud 229

SEGUNDA PARADOJA.

Las Urgencias no son muy urgentes 271

TERCERA PARADOJA.

A mayor eficiencia hospitalaria, mayor gasto 289

CUARTA PARADOJA.

Al bajar los precios crece el gasto farmacéutico 313

QUINTA PARADOJA.

Los funcionarios públicos prefieren la asistencia privada 337

PRESENTACIÓN

El Círculo de la Sanidad, asociación de empresarios relacionados con la sanidad y que ha celebrado ya el cuarto aniversario de su creación, agrupa a título personal a un reducido número de empresarios que ocupan puestos de alto nivel en empresas relacionadas de una u otra forma con la sanidad y que ofrecen en su conjunto una notable variedad, lo cual contribuye sin duda a enriquecer y a dar valor a la asociación.

Entre los objetivos del Círculo figura promover estudios sobre la función que la empresa privada puede y debe cumplir en la mejora del sistema sanitario global y, continuando con esa línea, que ya se puso de manifiesto en nuestra primera publicación de noviembre de 2004 sobre *El futuro de la sanidad en España*, presentamos en esta ocasión nuestra segunda aportación que versa sobre el tema *Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica*.

El trabajo principal, es decir, el análisis de los cinco mitos y las cinco paradojas que en su momento fueron seleccionados por los miembros del Círculo de la Sanidad entre un conjunto mucho más amplio que nos presentó el autor del trabajo, ha sido realizado de forma amplia y muy documentada por José Luis Perona Larraz. El muy notable currículum de José Luis Perona Larraz, ex secretario de Estado de Sanidad entre otros muchos y muy importantes puestos, y su conocimiento de la empresa privada a la que ha dedicado también buena parte de su quehacer profesional, justifican sobradamente su elección como autor principal de este trabajo que queda además, a nuestro juicio y a juicio de “sus críticos”, perfectamente justificada por la calidad, extensión, precisión y solidez de su trabajo.

Ingeniero industrial al servicio de la Hacienda Pública, su estancia en la Secretaría General Técnica del Ministerio de Hacienda, así como su posterior paso por cinco departamentos públicos en lo que su familia, con gracejo, denomina “safari ministerial”, le permiten poseer un profundo conocimiento de la cosa pública que se concentra especialmente en el mundo sanitario como vocación personal que le ha llevado a dedicar a este tema una gran parte de su

tiempo y, de forma muy especial, a medida que sus obligaciones profesionales como consecuencia del ineludible paso de los años han ido perdiendo importancia.

Su conocimiento del mundo de la sanidad, de una parte, y la inquietud que un libro de Luigi Einaudi –antiguo presidente de la República Italiana– había despertado en su ánimo, le llevaron en su momento a proponernos la realización de este proyecto y para ello nos mostró un amplio, amplísimo diría yo, elenco de mitos y paradojas porque quizás buscar mitos y paradojas en el panorama nacional español no resulta demasiado difícil, se trate de la sanidad o de cualquier otra actividad relevante.

El Círculo decidió que el trabajo contemplara en profundidad solamente cinco mitos y cinco paradojas, decisión que a la vista de la extensión del tratamiento que el autor ha dado a los elegidos se demuestra absolutamente acertada. Para proceder a la selección seguimos todos los socios del Círculo de la Sanidad un sistema muy simple puntuando de mayor a menor, entre todos los que nos habían sido propuestos, los cinco mitos y las cinco paradojas que entendíamos más interesantes; y los más seleccionados fueron:

Primer mito.

“LA SANIDAD ES INCOMPATIBLE CON EL MERCADO Y CON EL BENEFICIO”.

Segundo mito.

“ESPAÑA POSEE EL SEXTO MEJOR SISTEMA SANITARIO DEL MUNDO”.

Tercer mito.

“EL GASTO SANITARIO ESPAÑOL ES EL MÁS REDUCIDO DE EUROPA”.

Cuarto mito.

“EL NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE ES SIMILAR EN ESPAÑA AL DE OTROS PAÍSES”.

Quinto mito.

“EL COPAGO FARMACÉUTICO NO ES EFICAZ”.

Primera paradoja.

“EL AUMENTO DEL GASTO SANITARIO NO CONDUCE SIEMPRE A MEJORES NIVELES DE SALUD”.

Segunda paradoja.

“LAS URGENCIAS NO SON MUY URGENTES”.

Tercera paradoja.

“A MAYOR EFICIENCIA HOSPITALARIA, MAYOR GASTO”.

Cuarta paradoja.

“AL BAJAR LOS PRECIOS CRECE EL GASTO FARMACÉUTICO”.

Quinta paradoja.

“LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS PREFIEREN LA ASISTENCIA PRIVADA”.

La sola enunciación de los mitos y paradojas pienso que es ya, en sí misma, extraordinariamente sugerente y pone de manifiesto la oportunidad y conveniencia de enfrentarse con ellos como lo hace José Luis Perona al analizarlos con profundidad, seriedad y rigor.

Es importante señalar que además la contribución de Perona tiene el valor añadido que le confieren las muchas y relevantes opiniones de grandes expertos y conocedores de los temas que él trae a colación cada vez que analiza alguno de los mitos y paradojas.

Para facilitar la lectura, al inicio de cada capítulo se incluye un pequeño resumen que da una idea clara del contenido del mismo, contenido que necesariamente debe consultarse siempre que se pretenda aportar sentido crítico al resumen realizado. Esto favorece y permite una visión rápida del conjunto de los mitos y las paradojas, ya que según la personalidad del lector unos y otros tendrán diferente importancia a la hora de analizarlos y criticarlos.

En todo caso, es bien cierto que los mitos nos llevan a preguntarnos temas de la relevancia de los siguientes:

¿ES CIERTO QUE EN EL CAMPO SANITARIO NO FUNCIONA EL MERCADO Y NO DEBEN PRODUCIRSE BENEFICIOS ALREDEDOR DE LA SANIDAD?

¿NOS ENCONTRAMOS A LA CABEZA DEL MUNDO SANITARIO?

¿SOMOS, SANITARIAMENTE HABLANDO, LOS QUE HACEMOS MÁS POR MENOS, ES DECIR, LOS MÁS BARATOS DE EUROPA?

¿ESTAMOS EN COMPARACIÓN CON EUROPA ALINEADOS EN LO QUE SON NUESTRAS VISITAS AL MÉDICO, ESTO ES, LA FRECUENCIA CON LA QUE LO NECESITAMOS Y LO UTILIZAMOS?

¿PUEDE AFIRMARSE CON ALGO DE RAZÓN QUE LA APORTACIÓN DEL BENEFICIARIO NO MODERA EL CONSUMO FARMACÉUTICO?

Por otra parte y en lo que se refiere a las paradojas, cabría señalar que:

LOS MAYORES NIVELES DE GASTO SANITARIO NO ESTÁN SIEMPRE LIGADOS A LOS MEJORES NIVELES DE SALUD.

LA DEMANDA DE ASISTENCIA URGENTE, ES DECIR, LAS VISITAS A LAS URGENCIAS DE LOS HOSPITALES, CONTEMPLA A MENUDO MUCHOS PROCESOS QUE DE URGENCIAS TIENEN MUY POCO.

LA MAYOR EFICIENCIA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA NO LLEVA A MAYORES NIVELES DE GASTO.

LAS DISMINUCIONES DE PRECIOS NO PRODUCEN SIEMPRE UNA DISMINUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO.

LA ASISTENCIA PÚBLICA ES MAYORITARIA EN LA POBLACIÓN EN GENERAL, PERO MINORITARIA CUANDO NOS REFERIMOS A LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS.

La mera enumeración de estos comentarios estoy seguro que habrá despertado en el lector el interés por este proyecto que hoy presen-

tamos al mundo sanitario como segunda aportación documental en nuestro corto pero intenso periodo de vida como asociación y como una prueba más de nuestro espíritu de colaboración con la sociedad a la que nos debemos y con el ánimo de darle continuidad a un tipo de publicaciones que, desde el primer momento, ha contado con una positiva acogida de todo el sector.

Todas las opiniones son subjetivas y el Círculo de la Sanidad, como tal, no la tiene en este tema porque cree que su función es contribuir a formar criterio, no a tratar de imponer unas ideas, y para ello, nada mejor que poder contar además, como afortunadamente ha sido posible en este caso, con dos opiniones críticas del máximo nivel en el mundo sanitario español. De una parte, Marina Geli i Fàbrega, Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya, muy recientemente reconfirmada en su puesto y profesional del máximo prestigio, aporta ideas que, como catalana destacada, profesional muy competente de la sanidad y gestora política realista, tienen un gran valor práctico y están llenas de sensatez, algo que en ocasiones no es precisamente el mejor atributo de nuestros políticos. No sería justo que no terminara mi brevísimo comentario sobre el trabajo de Marina Geli i Fàbrega sin agradecerle muy especialmente que en un momento particularmente complicado para ella, como todo el mundo conoce, haya sido capaz de hacer este trabajo crítico tan valioso realizado desde la experiencia de una comunidad extraordinariamente importante y donde lo público y lo privado en el mundo sanitario han colaborado de forma ejemplar desde hace muchos años.

Gabriel M^a Inclán Iribar, Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco es, por encima de todo, un profesional de la Medicina y además un político gestor que se dedica en cuerpo y alma a dirigir uno de los mejores sistemas públicos de sanidad existentes en España, y no es una opinión mía, las estadísticas avalan esta afirmación sin lugar a dudas.

Su arrolladora personalidad y profundo conocimiento de la problemática sanitaria le han llevado a centrar su crítica en dos aspectos concretos y, a través de ellos, a desgranar poco a poco un conjun-

to de ideas que no sólo nos deja entrever con claridad su visión de la Sanidad con mayúsculas, sino que con habilidad y un lenguaje directo llega en ocasiones a terrenos que muchas veces rehuimos con cierta cobardía en nuestros análisis.

Es evidente que si Gabriel M^a Inclán Iribar hubiera querido abarcar el conjunto del trabajo, a tenor de la crítica ya realizada, su aportación hubiera excedido con mucho el objetivo de esta publicación. Queda, no obstante, clara constancia de su pensamiento en muchos aspectos y abierta la posibilidad de extender su comentarios a otros mitos y paradojas en el futuro.

Para terminar, añadiré que nos sentimos profundamente honrados y agradecidos al haber podido contar en esta ocasión con colaboradores tan distinguidos y tan importantes, y esperamos que ello sirva una vez más para consolidar nuestro propósito de permanente colaboración con el sector al que nos debemos y en el que se desarrollan todas nuestras actividades.

Juan Ignacio Trillo y López-Mancisidor
Presidente del Círculo de la Sanidad

Diciembre de 2006

COMENTARIOS CRÍTICOS

COMENTARIO CRÍTICO

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut
Generalitat de Catalunya

Me ha gustado leer el manuscrito de D. José Luis Perona sobre mitos y paradojas del sector sanitario y con sumo placer escribo estas notas a petición del Círculo de la Sanidad.

José Luis Perona es una persona entrañable en el mundo sanitario, que conjuga una trayectoria política en los albores de la democracia con un interés personal y de hormiguita en el conocimiento del sector. La verdad es que este libro sobre mitos y paradojas es un recorrido a lo largo de todo el sistema sanitario, llevado de la mano de un buen conocedor del mismo que a la vez es un analista incansable. Solamente por este motivo ya es interesante su lectura, pero además el autor ha enfocado esta descripción del sistema desde un punto de vista original y atractivo. No se ha limitado a contar o describir lo que existe en la sanidad, sino que ha procurado presentarlo en forma de mito o de paradoja, lo que hace más atractiva y estimulante la lectura.

El Círculo de la Sanidad me ha pedido unos comentarios sobre este libro y es lo que desarrollo en las páginas siguientes. He procurado estar en línea con el autor y me he mostrado de acuerdo con muchos de sus comentarios, pero le he criticado con el mismo estilo cuando no coincidía con sus tesis. También me he permitido aportar algunos datos que manejo en mi quehacer diario como responsable de los servicios de salud de Cataluña.

Como político sanitario me ha interesado el planteamiento del autor porque es útil para el avance de la política sanitaria. A veces en política creamos mitos, lo cual nos limita a la hora de introducir cambios, y es bueno desmontarlos para precisamente dirigir la acción política. Las paradojas también nos ilustran sobre cosas que en ocasiones damos por obvias y que, al discutir las, nos abren nuevos horizontes para la acción.

PRIMER MITO.**La sanidad es incompatible con el mercado y con el beneficio**

La línea argumental del autor es que la teoría económica de los fallos de mercado en sanidad se circunscribe a la salud pública, pero no a las otras líneas de servicios: Atención Primaria, hospitales, etc. Analiza el gasto sanitario y descubre que tras el 59% del mismo existe la motivación del beneficio: la industria farmacéutica, la sanidad privada, etc. En conclusión, es un mito que la sanidad sea incompatible con el mercado y con los beneficios, porque no es así ni desde el punto de vista teórico ni a la luz de las cifras reales.

Mi línea argumental seguirá la del autor: distinguir entre las consideraciones teóricas y las prácticas, llegar a la conclusión de que la sanidad no es totalmente compatible con el beneficio y con el mercado, y de que la realidad es una mezcla, sin perder de vista los objetivos y las finalidades del sistema sanitario. El sistema sanitario debe tener una faceta que persiga el lucro y otra que no; esta mezcla puede ser muy positiva, siempre que estén claros los objetivos y los propósitos de cada parte, y las relaciones entre ellas.

En el aspecto teórico, es cierto que en la salud pública se encuentra el fallo más manifiesto del mercado, porque los beneficios de una vacunación exceden a la persona vacunada y se extienden a toda la sociedad y, por lo tanto, es la sociedad y no el mercado la interesada en que nos vacunemos todos. Cuando nos referimos a la asistencia sanitaria, el beneficio directo es propio del individuo, curación o tratamiento de la enfermedad, y esto hace pensar al autor que no existe fallo en este caso, pero no es así si tomamos la perspectiva de la sociedad. Cuando la sociedad se plantea como

objetivo la equidad ante la salud, es decir, dar a todos los miembros de la sociedad las mismas oportunidades para tener y desarrollar una vida saludable, entonces el mercado falla estrepitosamente cuando pretende alcanzar este objetivo. El mercado es idóneo para mejorar la eficiencia de un sistema, pero sólo una actuación pública puede plantearse alcanzar un objetivo de equidad. Un ejemplo son los EE. UU., que dedican más dinero a la sanidad pero que cuentan con 40 millones de personas sin seguro médico.

En el plano de los datos numéricos también rebatiría la tesis del autor. El hecho de que el 59% del gasto sanitario esté generado por empresas e instituciones con fines de lucro no es suficiente para demostrar que éste es el fin primordial. No se trata de un tema cuantitativo, sino cualitativo. Lo importante para la sanidad no es producir medicamentos sino prescribirlos, así como tampoco lo es producir estancias hospitalarias o análisis de laboratorio, sino utilizarlos en un proceso asistencial. Si cuando el médico prescribe unos análisis o hace una intervención quirúrgica la finalidad no es lucrativa, esta finalidad ilumina todo el proceso. En este sentido, es decir, observando el gasto sanitario desde el punto de vista del objetivo final y no de la producción de bienes intermedios, la mayor parte de las decisiones se toman sin finalidad lucrativa. Los que deciden el gasto sanitario son los profesionales sanitarios y éstos, en la mayoría de las ocasiones, no tienen en cuenta el beneficio a la hora de tomar determinaciones.

Mi conclusión es que el mercado y el beneficio son necesarios en el sector sanitario, siempre que éstos estén al servicio de los objetivos de equidad social y de responsabilidad profesional.

SEGUNDO MITO.

España posee el sexto mejor sistema sanitario del mundo

El autor hace una recopilación de las críticas que recibió el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la OMS, que comparaba la *performance* de los sistemas sanitarios del mundo y que situaba

el sistema sanitario español en el sexto lugar del mundo. Entre las voces críticas el autor recoge la opinión del Dr. Vicente Navarro, presidente de mi Consejo Asesor, con lo que no puedo más que estar de acuerdo con los comentarios. Creo, sin embargo, que se deberían distinguir las críticas a la metodología, que fueron muchas, y las referidas al objetivo del Informe. No me referiré a las críticas metodológicas que son compendiadas por el autor, sino a las críticas al hecho de que la OMS se atreviera a comparar los sistemas sanitarios del mundo.

Pienso que el camino era positivo y lamento que las críticas a la metodología que probablemente eran acertadas tuvieran como consecuencia que la OMS dejara de publicar este estudio, con lo que desde 2000 hemos perdido la posibilidad de comparar los sistemas sanitarios del mundo. Cada sistema tiene tendencia a autovalorarse como el mejor del mundo, por ello es muy necesario que una institución independiente y del prestigio de la OMS haga este trabajo de comparación y nos haga salir los colores. Ello es bueno para mejorar el sistema y, en definitiva, para el ciudadano.

De todas formas y para mi trabajo en la dirección política de la sanidad catalana, preferiría instrumentos del estilo del *benchmarking*, es decir, comparaciones, pero no sólo de un dato aislado, sino acompañadas de explicaciones de por qué pasa, las causas. No es suficiente que me digan que la mortalidad española es peor que la de otro país si no me dicen por qué motivo y, por consiguiente, qué puedo hacer para mejorarla. También preferiría comparaciones con países semejantes y, para ello, la Unión Europea (UE) de los 25 creo que es la zona ideal, así como con las demás comunidades autónomas. Según mi opinión, las comparaciones con estos dos grupos son las más útiles para nuestra labor.

TERCER MITO.

El gasto sanitario español es el más reducido de Europa

A mi parecer, el esfuerzo realizado por el autor para mejorar los datos del gasto sanitario español son encomiables, pero hay una re-

glia fundamental en la contabilidad, a saber, se deben aplicar a todos las mismas reglas para comparar. Una vez que el autor ha estimado que el gasto sanitario español podría aumentar con su método, debería calcular lo que deberían aumentar los otros países con el mismo método para poder luego comparar. Creo que es bueno que haya organismos internacionales, como la OCDE, y nacionales, como la Comisión del Gasto, que hagan esta tarea de recopilar estadísticas y compararlas.

De todas formas, quería aprovechar el tercer mito para referirme a una cuestión que generalmente se olvida al hacer comparaciones entre países y regiones: la comparación ha de tener en cuenta la diferencia de renta entre los países. No es lo mismo gastar 1.000 € en un país con una renta per cápita de 100.000 € que en otro cuya renta per cápita es de 200.000 €. Ya desde los primeros estudios de Economía de la Salud de Newhouse se estableció que los países ricos gastan una mayor proporción de la renta en sanidad.

Cuando comparamos España con la UE debemos tener en cuenta que España tiene un PIB que corresponde al 85% de la renta europea y, por consiguiente, si el gasto español se sitúa en el 85% de la media europea es donde debemos estar. Otra cosa sucede entre las comunidades autónomas del estado español. El nivel de gasto per cápita es similar entre las diferentes comunidades, pero el nivel de renta es diferente. Por esta razón, el gasto público en proporción al PIB regional es diferente. En el caso de Cataluña, nuestro gasto sanitario es un 1% menor que la media española. Exactamente al revés de lo que Newhouse detectó entre países. En España, entre comunidades, las más ricas gastan menos en proporción a su PIB que las más pobres.

CUARTO MITO.

El número de consultas médicas por habitante es similar en España al de otros países

El autor observa que el conocimiento habitual considera que los españoles tienen el mismo nivel de visitas al médico que otros ciu-

dadanos de Europa y comprueba que este mito no se corresponde con la realidad de los datos actuales. Este conocimiento popular se crea con el Informe Abril en el año 1990, cuando la información estadística sobre la Atención Primaria era muy limitada; en cambio, con los datos de las últimas encuestas de salud se alcanza una cifra mucho más elevada que en otros países europeos.

Al intentar explicar qué ha sucedido entre el año 1990 y la actualidad, se me ocurren dos tipos de argumentos: por un lado, las cifras de entonces se referían solamente a la sanidad pública, es decir, se calculaban a partir de los datos de la red de Atención Primaria y no se tenían en cuenta las visitas privadas de los ciudadanos; por otro lado, se contabilizaban solamente las visitas al médico de cabecera y no las que se realizaban a los especialistas.

He elaborado los cálculos de estas cifras para Cataluña y probablemente aportan la explicación a buena parte de la diferencia. Según los datos de la memoria de 2004 del Catsby, los catalanes visitaron 6,4 veces al año al médico público de Atención Primaria. Por otro lado, hicieron visitas al especialista, bien en un centro de especialidades, bien en un hospital; en promedio: 1,5 visitas al año. Finalmente, según la Encuesta de Salud de Cataluña de 2002, se realizaron en promedio 1,6 visitas al médico privado. La suma de las tres cifras nos da 9,5 visitas por habitante y año, lo que casi coincide con la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, que nos adjudica 9,6 visitas por habitante y año. Vemos en seguida que, si no se tienen en cuenta las visitas al especialista o al médico privado, estaríamos en cifras próximas a las del Informe Abril.

Otro sesgo importante de las cifras de Atención Primaria consiste en valorar adecuadamente la población del denominador. Se conoce el aumento de población que se ha producido en Cataluña y en algunas comunidades autónomas desde el año 2000 debido a la inmigración. Los inmigrantes utilizan también la Atención Primaria, lo que representa un incremento notable de las consultas, pero si no tenemos en cuenta a la población inmigrante en el denominador resultará en una sobreestimación de la cifra de visitas

por habitante.

QUINTO MITO.

El copago farmacéutico no es eficaz

El autor enfoca muy acertadamente el tema del funcionamiento del copago al fragmentar el consumo farmacéutico en tres segmentos: el consumo de los activos, que tiene un copago del 40%; el campo de la aportación reducida por enfermedad crónica, que consume el 13% del gasto farmacéutico; y los pensionistas, que consumen el 72% sin ningún copago. Cuando se empezó a aplicar el copago, las cifras eran muy diferentes; desde entonces, no ha hecho más que crecer la proporción sin copago y bajar la de copago. No sorprende y, tal como dice el autor, confirma que cuando se hace una norma general, el copago, se incluyen destacadas excepciones: los medicamentos crónicos y los pensionistas. Las excepciones con el tiempo acaban siendo más importantes que la regla.

Las excepciones a la regla del copago tenían su sentido de justicia, especialmente no gravar ni a los enfermos crónicos dependientes de un medicamento ni a los pensionistas con pensiones muy bajas. En la actualidad, este sentido se ha perdido completamente y, en realidad, los pocos que pagan el copago son unos “primos” que no han podido escapar al mismo. Esta situación es totalmente injusta y obliga a replantearse las reglas del juego. El copago tiene dos funciones: en primer lugar, moderar el consumo, para lo que hace responsable de parte del coste del mismo al usuario; y, en segundo lugar, hacer contribuir al que usa un servicio público. Los servicios públicos se financian con los impuestos de los ciudadanos, tanto si utilizan el servicio como si no, pero la mayoría de los servicios los financian en parte los usuarios del mismo. Un servicio público como el transporte en las grandes ciudades está financiado aproximadamente en su mitad por los contribuyentes y, la otra mitad, por los usuarios. La falacia de este tema es que la sanidad es gratis y nos olvidamos de que la pagamos con impuestos.

España es el país de Europa donde la sanidad es más gratuita, paí-

ses mucho más ricos que nosotros realizan copagos bastante más importantes. Opino que la sociedad española tiene un nivel de renta que debería alterar la proporción actual de financiación del sistema sanitario público; en vez de recaer todo el peso en los ciudadanos que pagan impuestos y nada en los que utilizan el servicio, debería alterarse esta proporción y ser más equitativa. Evidentemente, estos usuarios no deberían ser solamente los que utilizan los productos farmacéuticos, sino todos los usuarios de los servicios sanitarios públicos.

PRIMERA PARADOJA.

El aumento del gasto sanitario no conduce siempre a mejores niveles de salud

El autor presenta y analiza la siguiente paradoja: a pesar de dedicar mayor gasto a la sanidad, a veces no se mejora el nivel de salud. Esta paradoja debe servir para hacer reflexionar a quienes para mejorar la sanidad únicamente piden más dinero. No sólo el dinero hace funcionar bien un sistema tan complejo como el sanitario. Para fundamentar su paradoja, el autor realiza dos tipos de análisis. Por una parte, estudia los países de la OCDE y comprueba que los que más gastan en sanidad no son los que tienen mejores indicadores de salud. Por otra parte, analiza la literatura sobre determinantes de salud y comprueba que la mayoría de los autores otorgan un peso superior a otros factores y no al sistema sanitario a la hora de determinar el nivel de salud de una población; así, por ejemplo, la genética, los hábitos de vida o el medio ambiente tienen un peso superior al de los servicios de salud.

El análisis de los países de la OCDE presenta dos problemas metodológicos: en primer lugar, no se mide el nivel de eficiencia de cada sistema de salud; en segundo lugar, el indicador de salud se limita en general a la mortalidad. Respecto al estudio de los determinantes, la mayoría de los autores se refieren a estudios puntuales de los que es difícil extraer conclusiones globales al estilo del Informe Lalonde. Analizaré brevemente estos problemas metodológicos, pero sólo de paso; en cambio, intentaré hacer una aportación a este de-

bate basándome en nuestros propios estudios del *Departament de Salut*.

En el estudio de la OCDE se concluye que existe una disparidad entre niveles de salud y gasto sanitario; esto puede ser perfectamente así, no porque no sea verdad que a mayor gasto mayor salud, sino simplemente porque hay países más eficientes que otros al transformar sus recursos en términos de salud. Hablamos mucho de eficiencia en el sector sanitario, pero la medimos muy poco y cuando lo hacemos nos basamos en medidas muy limitadas de procesos intermedios. Es muy importante cómo se organiza y cómo funciona un sistema sanitario para que sea eficiente, y esta eficiencia se traduce en una mejor salud del ciudadano. Los países del mundo, especialmente los menos ricos, no pueden gastar cantidades extraordinarias en el cuidado de la salud; no obstante, deberíamos poner todos nuestros esfuerzos en política sanitaria para medir la eficiencia del sistema, porque si no la medimos será imposible mejorarla. A veces, con objeto de ahorrarnos este esfuerzo para mejorar la eficiencia, echamos grandes cantidades de recursos pensando que los recursos extra la mejorarán, cuando en general mucho dinero sin organización acaba empeorando la eficiencia y, por lo tanto, los resultados.

Otro inconveniente de los estudios de la OCDE es la medida del nivel de salud. Es evidente que para comparar países muy diversos hay que echar mano de instrumentos de medida sencillos y, en este caso, es la mortalidad el instrumento de medida más utilizado. Pero tiene sus limitaciones, las cuales no eran tan importantes hace 50 años cuando los servicios de salud se dedicaban a la atención de las enfermedades agudas con riesgo de muerte. En la actualidad, nuestros servicios de salud dedican muchos esfuerzos a tratar enfermedades crónicas que no se curan, sino que se deben cuidar.

A título ilustrativo, me gustaría aportar los datos de un estudio que hemos elaborado en nuestro Plan de Salud, en el que hemos calculado la cantidad de recursos que dedicamos en el presupuesto de 2006 a atender las enfermedades de nuestros ciudadanos. En la Tabla I aparece un desglose del 83% de nuestro presupuesto según las enfermedades categorizadas en la Clasificación Internacional

TABLA I. Presupuesto Ccatsalut 2006

Categoría CIE-9	Miles de euros	%
VII. Sistema circulatorio	968.556	15,06
V. Trastornos mentales	682.281	10,61
II. Cáncer	641.276	9,97
VI. Sistema nervioso y sentidos	569.118	8,85
VIII. Sistema respiratorio	552.329	8,59
X. Sistema genitourinario	439.442	6,83
XVII. Traumatismos	439.208	6,83
IX. Sistema digestivo	413.453	6,43
XIII. Aparato locomotor	354.785	5,51
III. Endocrino	306.575	4,77
I. Enfermedades infecciosas	257.613	4
XVI. Síntomas	250.779	3,90
XI. Embarazo y parto	221.883	3,45
IV. Enfermedades de la sangre	139.136	2,16
XII. Enfermedades de la piel	105.932	1,65
XV. Afecciones perinatales	69.935	1,09
XIV. Enfermedades congénitas	21.109	0,33
Total	6.433.410	100

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

de Enfermedades, y para cada grupo de enfermedades hemos calculado el dinero que le destinamos, así como el porcentaje que representa.

El 15% de nuestro presupuesto lo asignamos a enfermedades del aparato circulatorio, entre las que se encuentran las más mortíferas; en este caso, el indicador de mortalidad sería adecuado, si bien debería precisar que la mayor parte de este dinero lo dedicamos a prevenir y controlar los factores de riesgo, y no solamente a tratar la parte aguda de la enfermedad. Pero si se observa el segundo grupo de enfermedades al que le dedicamos más dinero, los trastornos mentales, la mortalidad es un indicador muy poco válido. En el tercer apartado, cáncer, aun siendo el segundo en mortalidad de Cataluña, la supervivencia es un buen indicador de que vamos por el buen camino al invertir en el tratamiento de esta enfermedad y, por otro lado, también estamos haciendo esfuerzos

que no se contemplan en este presupuesto para prevenir la aparición de la enfermedad. El cuarto grupo incluye una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en Cataluña: las cataratas. Se trata de una intervención muy importante para una persona mayor a la que le va a mejorar enormemente su calidad de vida y, sin embargo, no se ve reflejada en los indicadores de mortalidad.

Creo que hay que avanzar en el camino que relaciona el gasto sanitario con la salud de nuestra población, y los caminos de avance son la medida de la eficiencia y la mejora en las medidas de salud. Lo que no se mide acaba siendo demagogia.

SEGUNDA PARADOJA.

Las Urgencias no son muy urgentes

El autor basa su paradoja en el análisis del número de urgencias hospitalarias inadecuadas, es decir, aquellas urgencias que son atendidas por los hospitales que deberían haber sido atendidas en otro centro, o bien que deberían haber esperado una atención programada.

Los estudios de inadecuación de urgencias han sufrido una gran variabilidad debido a la falta de acuerdo sobre lo que es una urgencia inadecuada; afortunadamente, se ha ido estandarizando esta medida en función de la protocolización y podemos tener la certeza de que dos profesionales sanitarios de dos centros diferentes valoran de la misma forma la inadecuación. No obstante, lo que estamos observando es el punto de vista del profesional sanitario, no el del paciente, usuario o familiar que acude a Urgencias.

El usuario de las Urgencias acude porque tiene la percepción de que en Urgencias es donde le pueden atender mejor su necesidad, en este caso, la necesidad tal como la percibe él y no el profesional sanitario que le va a atender. La necesidad del paciente puede deberse a la conciencia de la gravedad del problema de salud, pero también puede deberse al miedo de que el problema sea grave, o bien a querer recibir una atención de calidad en el momento más

o conveniente para él. La sociedad española ha avanzado en estos años en el sentido de tener la mayoría de los servicios públicos y privados con una accesibilidad horaria muy elevada. Estamos acostumbrados a poder hacer nuestras compras en el horario que queremos, a ir de copas a todas horas, a comer en el horario más increíble, etc. Dentro de esta cultura general de facilidad en el acceso, los horarios de la Atención Primaria son una barrera poco aceptable.

La respuesta del sistema sanitario ante las demandas de atención urgente hospitalaria inadecuada no debe ser culpabilizar al usuario, sino intentar adaptar el sistema a sus conveniencias. Por ello, hemos extendido los horarios de la Atención Primaria por las tardes y hemos instalado centros de atención continuada en los centros de salud. Otra de las medidas que tenemos previstas es la atención completa en el hospital con el objetivo de realizarle al paciente todas las pruebas diagnósticas de una sola vez, evitando así que tenga que acudir varias veces al hospital.

Si a pesar de todas estas medidas la población sigue acudiendo al hospital, hay que establecer métodos de *triage* para priorizar las necesidades. Por último, la historia clínica informatizada y la comunicación directa que permitirá entre la Atención Primaria y el hospital facilitará que sea la información y no el paciente quien tenga que desplazarse por el sistema, y ello contribuirá también a que el paciente no entre en el hospital por la puerta de Urgencias, sino a través de una programación normal. Creo que la observación de los fallos del sistema debería, en este caso y en muchos más, obligarnos a mejorar el funcionamiento del conjunto y a no echarle la culpa al usuario.

TERCERA PARADOJA.

A mayor eficiencia hospitalaria, mayor gasto

El autor construye esta paradoja basándose en el incremento de eficiencia que supone acortar las estancias de los pacientes en un hospital. Pero como la demanda es infinita: un nuevo paciente ocupa la cama vacía y vuelve a gastar; como consecuencia, el coste por

paciente baja pero el coste total sube. Aquí el autor hace trampa, no se puede utilizar una herramienta de mejora en un contexto y a continuación inferir algo sobre el total. Es lo mismo que ocurre con la calidad: si mejoramos la calidad, aumenta el coste.

La estancia media era en el pasado una medida aceptable de la eficiencia del hospital; ahora no lo es, solamente mide una parte de la eficiencia de un recurso muy concreto, la cama hospitalaria, no mide la eficiencia de los otros elementos de producción del hospital, por ejemplo, el personal. Al medir estrictamente un solo componente de la función de producción, entonces sólo se pueden deducir medidas sobre el coste vinculado a este factor, por ejemplo, el coste por proceso, pero no puede deducirse nada sobre lo que le pasa al conjunto del gasto hospitalario. La paradoja está en utilizar una medida clásica y parcial para medir el total del hospital.

Por cierto, la cama ha dejado de ser el elemento principal de producción en el hospital. Los hospitales actuales están muy ambulatorizados y la tendencia es a incrementar la actividad ambulatoria. Este año prevemos que el presupuesto hospitalario del Catsalut únicamente dedique un 50% a pagar la asistencia de enfermos hospitalizados, el resto se dedicará a financiar actividad ambulatoria, consultas externas, Urgencias, etc. En principio y manteniendo la calidad, es más barato hacer una actividad en un tiempo más corto de hospitalización, y todavía más barato es hacerlo de forma ambulatoria. Pero para pasar del principio general a la realidad hay que medir la productividad de los diferentes procesos del hospital y necesitamos medidas de productividad de la atención ambulatoria.

CUARTA PARADOJA.

Al bajar los precios crece el gasto farmacéutico

El autor recorre la política farmacéutica de los últimos años en España y constata que los efectos de las medidas emprendidas han sido en su mayor parte contenciones, que no reducciones del gasto farmacéutico, cuyo efecto ha durado apenas un año para recu-

perar el crecimiento a continuación. La paradoja es ésta, el poco efecto de una política persistente; sin embargo, el autor avanza que la bajada de precios no reduce el gasto y refiere que esto no ocurre en otros ámbitos de la Economía. Aquí discrepo: la reducción de precios tiende a aumentar la demanda de un bien, así pues el gasto global vendrá afectado por una reducción del precio, pero también por un aumento de la demanda, la combinación de esos dos factores pueden determinar una reducción o un incremento del gasto. Por ejemplo, la reducción de precios de las compañías *low cost* ha aumentado la demanda de vuelos de forma enorme. El gasto en aviación será la combinación de estos dos efectos.

Lo que resulta una paradoja en la sanidad es que la demanda se incrementa de acuerdo con los precios, ya que suponíamos que la demanda sanitaria dependía de la necesidad objetiva y no de una preferencia por un bien si baja su precio. Aparentemente, si la demanda fuera fija y bajáramos los precios, entonces sí debería bajar el gasto global, pero esta hipótesis se ha demostrado errónea en numerosas ocasiones. El sector farmacéutico es un complejo sistema en el que participa el enfermo que consume el medicamento y el médico que lo prescribe; por cierto, ninguno de los dos son demasiado sensibles al precio. Pero también participan los laboratorios farmacéuticos, los distribuidores, las farmacias, etc. La experiencia de estos años de política farmacéutica es que medidas *naïve* de bajada de precios, sin tener en cuenta las complejas relaciones entre los actores, no funcionan. No obstante, sí existen maneras de influir en el gasto farmacéutico, tanto en su volumen como, especialmente, en la calidad de la prescripción. En el *Institut Català de la Salut* contamos con la experiencia de incentivos positivos a los prescriptores con resultados excelentes.

QUINTA PARADOJA.

Los funcionarios públicos prefieren la asistencia privada

La última paradoja es probablemente la más paradójica. ¿Cómo

pueden los propios autores del sistema de salud, los funcionarios, prescindir de él cuando se convierten en usuarios? El autor aporta la explicación histórica del inicio de las mutualidades de funcionarios y es probable que este hecho haya influido. Por otro lado, esta experiencia es muy limitada en Cataluña, donde sólo afecta a un 3% de la población catalana. Se trata de funcionarios del Estado que, probablemente, tendrán que trasladarse por razones de trabajo a otras comunidades, por lo que es también razonable que se acojan a una cobertura sanitaria que les cubra en todo el Estado y no a los servicios de una comunidad concreta, ya que deberían variarlos cada vez que tuvieran que trasladarse.

COMENTARIO CRÍTICO

Gabriel M^a Inclán Iribar

Consejero de Sanidad

Gobierno Vasco

Constituye un motivo de satisfacción, y al mismo tiempo un gran reto, ser invitado a comentar este trabajo de José Luis Perona. Satisfacción porque, al estar atrapados en la vorágine de lo cotidiano, políticos y gestores echamos en falta disponer de más espacios de reflexión sobre aspectos fundamentales del sistema sanitario español; y reto porque las dos dimensiones del trabajo –su amplitud y profundidad– se han abordado de forma tal que, por un lado, resulta difícil aportar argumentos novedosos y, por otro, invitan constantemente al posicionamiento personal y al debate consiguiente.

Dado que materialmente me es imposible entrar en detalle en cada mito y paradoja descritos en el trabajo, so pena de acabar haciendo un nuevo libro previsiblemente menos rico que el original, me limitaré a comentarlos someramente y a mostrar mi postura personal al respecto.

Antes de empezar, no obstante, debo reconocer que si el trabajo de Perona pretende ayudar a entender mejor el sistema sanitario español, el propio título escogido da en la diana. Porque, en un ámbito tan extraordinariamente complejo como el sanitario, la escasez de verdades absolutas debidamente mezclada con cierta pereza intelectual configura un campo abonado para echar mano de mitos que simplifiquen la visión del sistema. Y los mitos, ya se sabe, rara vez surgen de forma espontánea; aparecen, se inflan y se divulgan con intencionalidades sectarias de trasfondo por lo general oculto.

En cuanto a las paradojas, el autor pone reservas a una forma de pensamiento lineal y simple, desprovisto de matices y de elementos colaterales, que no es apto para su aplicación en un ámbito como el sanitario. Quienes ven en blanco y negro, y sólo los puntos más gruesos (olvidando la dinámica de juego de los abundantísimos pequeños), pueden llegar a decir, por ejemplo, que más gasto sanita-

rio conduce a mejor salud, y quedarse tan tranquilos. Pero, a nada que nos molestemos en rascar la superficialidad, sabemos que tal afirmación no es del todo cierta; es más, hay casos que apoyarían todo lo contrario, como el de uno de los países que más gasta en sanidad de todo el planeta pero que sigue teniendo a más de 40 millones de personas sin aseguramiento sanitario público o unas diferencias de salud entre clases sociales como para ponerse a temblar.

Reconozcámoslo: mitos y paradojas abundan en el sistema español y no siempre de forma inocente. Es más, seguro que sin saberlo aceptamos y hacemos propio alguno de ellos de forma inconsciente o, por ser más suave, de manera poco crítica. El acertado enfoque del libro consiste precisamente en desmenuzar y desentrañar mitos y paradojas, los más relevantes de los muchos que pululan por el sector, para que podamos entenderlo mejor y separar la paja del grano. Cada uno de ellos se presta a generar un verdadero tratado y el autor, naturalmente, se ve en la obligación de seleccionar los aspectos esenciales. Cabe señalar, en términos generales, que el autor vuelve a acertar en su selección.

La obligación de brevedad también me afecta a mí, y en mayor medida. Así que paso a abordar resumidamente dos de los mitos que se tratan en el libro, centrándome en ellos por su gran calado político y entendiendo que, precisamente por ello, es lo que buscaría cualquier lector de un político en ejercicio.

PRIMER MITO.

La sanidad es incompatible con el mercado y con el beneficio

Ni sí ni no, sino todo lo contrario, como diría algún castizo. Es decir, para entendernos, depende (como diría algún otro). Porque, de entrada, depende de lo que cada uno entienda por sanidad, sobreentendiendo que lo de beneficio se refiere al económico.

Unos llaman sanidad a todo el sistema sanitario, otros lo aplican a la parcela financiada públicamente, vulgarmente se utiliza para referirse a la atención sanitaria prestada por provisosores públicos, mientras que para algunos nostálgicos no es otra cosa que la salud pública tradicional. A su vez, en cualquiera de estos apartados conviven coberturas y servicios de importancia sanitaria (de impacto sobre la salud individual y colectiva) muy dispar, todo lo cual contribuye a que el debate pueda ser confuso y concluyamos dando valor a servicios que carecen de él por aplicar criterios que acaban resultando inapropiados para la naturaleza de tal servicio.

En el cosmos de los servicios sanitarios conviven, como señalaba, servicios muy diversos. Hay una tendencia a confundirlos y a meterlos en el mismo saco, identificando salud con servicios sanitarios y éstos con los provistos por profesionales sanitarios. No obstante, nada tiene que ver una angioplastia con una liposucción, por ejemplo. Ambas se practican por profesionales sanitarios pero, así como la primera trata de arreglar un problema de salud, la segunda tiene una finalidad fundamentalmente estética, relacionada con una cultura de cuidado de la imagen, no de cuidado de la salud.

Se mezclan, pues, servicios de significado completamente dispar a los que, consecuentemente, deben aplicárseles las correspondien-

tes reglas de juego, que son distintas. Hay prestaciones-servicios directamente relacionados con la promoción, protección y recuperación de la salud que, al ser un bien esencial y un derecho humano básico, deben ser accesibles a todos los ciudadanos y de la forma más equitativa posible. Sin embargo, existen otros que tienen poco o nada que ver con la salud como tal y que entran de lleno en lo que los economistas llaman bienes de lujo.

A estos últimos, las reglas del mercado les son aplicables; más aún, les deben ser aplicadas porque, al no tratarse de bienes de primera necesidad, no hay razón alguna para que la sociedad en su conjunto contribuya a sufragar el coste consiguiente. La intervención pública razonable se limita a una regulación de aspectos básicos que garantice a los ciudadanos-clientes una seguridad básica y, en otro plano, una elemental calidad. Así, por ejemplo, se establecen requisitos mínimos para la autorización de centros y servicios que contemplan desde aspectos de instalaciones, pasando por las plantillas, hasta exigencias de titulación para determinadas prácticas, todo lo cual puede ser inspeccionado por la autoridad sanitaria competente a efectos de comprobar su efectivo cumplimiento. La calidad está en un plano distinto, conforma junto a la cartera de servicios, precios, etc., elementos caracterizadores de un centro frente a su competencia. En cualquier caso, también aquí hay una cierta intervención pública si a tal asimilamos la regulación de los derechos de los consumidores y los mecanismos al efecto puestos a su disposición, así como el recurso e instrumentos de que disponen ante los tribunales de justicia, bien para exigir el cumplimiento de los compromisos contractuales, bien para resarcirse de daños producidos por los motivos que fueran.

Todo esto, evidentemente, está referido a los provisos privados. A mi parecer, la "intensidad" de la función reguladora sobre ellos en España es acorde con nuestro nivel de desarrollo y perfectamente compatible con el normal desenvolvimiento de las empresas en el correspondiente sector del mercado. Es quizá en el plano del aseguramiento privado, y nuevamente en mi opinión, en el que la relativamente escasa y dispersa regulación permite un grado de albedrío de las empresas que en ocasiones discurre por un camino

opuesto al de los legítimos intereses de los clientes. Pero esto es harina de otro costal.

El planteamiento es distinto respecto de los otros, las prestaciones-servicios directamente relacionados con la salud. Y es que, en nuestras sociedades, el mercado puede ser entendido en muchos casos como el mejor mecanismo global de asignación de recursos... No obstante, en la práctica, “mejor” dista mucho de perfecto, incluso en las sociedades más maduras. Son sus imperfecciones las que aconsejan a los poderes públicos un cierto grado de intervención –lo mínimo necesario y conveniente, según algunos– a fin de, al menos, atemperarlas, al estilo de las esbozadas en los párrafos anteriores.

En el caso de los servicios sanitarios esenciales, e insisto en lo de “esenciales” (que luego detallaré), el calibre de las imperfecciones del mercado (fundamentalmente la extraordinaria asimetría de información en las partes y la existencia de innumerables externalidades con un elevado valor social y económico) y la gravedad de las potenciales consecuencias negativas de su impacto en un bien tan indiscutiblemente básico como la salud (individual o colectiva, tanto da), obligan a una potente intervención pública.

La “cosa pública” tiene innumerables limitaciones y defectos, nadie lo puede negar. Pero, si compartimos el sistema de valores que subyace en la cultura europea desde hace más de medio siglo, colectivamente tenemos que reconocer que lo público en cuanto a los servicios sanitarios esenciales es en el peor de los supuestos un mal menor; en cualquier caso, mucho menor que el mercado puro y duro, por mucho que se intente regularlo. Decía “colectivamente” por no decir social y económicamente o, en último término, políticamente. Los legítimos intereses privados de lucro, para poder ser satisfechos, tienden naturalmente a desdeñar esta valoración. No obstante, para dejarnos de mitos de uno u otro signo, la evidencia comparada muestra que un sistema predominantemente público bien engrasado es en términos globales sanitariamente más efectivo, económicamente más eficiente, y socialmente más beneficioso y equitativo.

He dejado en el aire lo de servicios esenciales y conviene desmenuzarlo un poco más, porque puede desenmarañar el debate e ilustrar sobre la desigual conformación de modelos en los distintos países ante un mismo bien como es la salud.

Al hablar de ello se deben distinguir, al menos, dos dimensiones: una relativa a la propia naturaleza y finalidad del servicio (ya sea de promoción, protección o recuperación de la salud), y otra en cuanto a la cadena de funciones concernidas para que finalmente llegue al ciudadano (regulación, financiación, aseguramiento, contratación y provisión del servicio en cuestión).

En las tareas de protección de la salud, bien las orientadas a la higiene medioambiental (incluyendo aquí aire, agua, alimentos, etc.), bien aquellas dirigidas al conjunto de personas de la comunidad (básicamente las vacunaciones), todos o casi todos los eslabones de la cadena de funciones antes señalada suelen ser eminentemente públicos hasta en los lugares más liberales. Cuestión distinta es que le dediquen mucha o poca atención, pero estas tareas pertenecen tradicionalmente a la misma categoría que la seguridad nacional y ciudadana (Policía y Ejército) o la justicia, siendo por tanto habitualmente asumidas por los Estados en sus parcelas fundamentales.

Dejo al margen la promoción de la salud por ser un conglomerado de actuaciones deseablemente coordinadas entre sectores (sanidad, educación, alimentación, etc.) y que depende, por lo tanto, de la capacidad de una sociedad para coordinar iniciativas y esfuerzos públicos y privados.

En la recuperación de la salud entran de lleno los servicios asistenciales, sin perjuicio de que éstos también intervengan en su promoción y protección. Y aquí entra de lleno, asimismo, la segunda dimensión a la que antes aludía. Pero vayamos por partes.

No todos los contenidos de lo que he llamado, por simplificar, servicios esenciales son igual de esenciales. La distinción tiene su fundamento lógico en los mismos criterios que habitualmente se ma-

nejan en Epidemiología para la ordenación de prioridades: magnitud, vulnerabilidad, trascendencia social y relación beneficio-coste de la intervención. En definitiva, hay unos servicios más esenciales que otros. Esto justifica que la intervención pública sobre ellos pueda tener –y de hecho tenga– distintos grados de interés e intensidad en cualquiera de las facetas de la segunda dimensión.

Respecto a esta última, voy a abordar separadamente las ya clásicas funciones de regulación, financiación, aseguramiento y provisión de servicios.

La regulación del sector es una función necesaria, típica y propia de la autoridad sanitaria, ya sea la referida a los agentes públicos o privados intervinientes. Cuanto más exprese los valores y expectativas sociales acordes con la madurez de la sociedad y el desarrollo del conocimiento, mejor. O, a la inversa, mejor cuanto menos intervengan los intereses particulares del mercado. Esto, naturalmente, en mi opinión. Cabe señalar que el equilibrio entre derechos e intereses inherente a esta función no siempre ni en todos los sitios se apoya en un punto de neutralidad. Sin ir muy lejos, en España es bastante evidente (por los hechos, no por los dichos) el talante publicador de unas comunidades y el privatizador de otras. Y las tácticas correspondientes no tienen por qué ser abiertas, de guerra frente a lo privado o contra lo público, sino que consisten en un refuerzo y mejora permanente de lo público o, en el otro caso, en el abandono progresivo de lo público hasta el grado que el conjunto de la sociedad sea capaz de tolerar. Más tarde volveré a tocar someramente el juego de la política en todo esto.

El aseguramiento es una forma organizada de mancomunar riesgos. En él, ni lo público ni lo privado son perfectos. La opción privada conlleva defectos como los sesgos de selección de clientes, elevados costes de gestión y transacción, y otros, aderezado todo ello con la conocida, notable y potencialmente peligrosa asimetría de la información. Existen ejemplos de países concretos en los que, en ausencia de una regulación minuciosa, el mercado dejado a su libre albedrío es capaz de convertir sin pudor todo esto en beneficio no precisamente sanitario.

Por su parte, la opción pública no es una panacea. Seguramente, la gestión y consiguientes costes del aseguramiento público son muy mejorables. Asimismo, padece como nadie el riesgo moral o, hablando en plata, el abuso, con escasas posibilidades de atajarlo porque la vocación universalizadora y el trasfondo político impiden la expulsión de nadie del sistema. Sin embargo, no tiene tantas tentaciones de usar perversamente la asimetría de la información ni hace una selección de clientes. Bien al contrario, atiende a todos y a cada uno según sus necesidades (sin entrar en el debate de la demanda expresada o del médico como agente en la selección y canalización de tales necesidades), lo cual, además de su inmenso valor en términos de salud, es una inestimable expresión de solidaridad social y de equidad colectiva, que, como es sabido, contribuye a la cohesión social. Todo ello encaja perfectamente en la cultura europea; este encaje es trascendental porque, no lo olvidemos, la pervivencia a largo plazo de un determinado modelo sanitario (y el aseguramiento es aquí una pieza clave) depende de que su conformación respete el sistema de valores del conjunto social al que sirve.

En mi escala de preferencias se encuentra primero un aseguramiento sanitario público universal de amplia cobertura (la que permita el nivel de financiación disponible y aconseje la eficacia comprobada de las prestaciones), permitiendo (y regulando) la coexistencia de seguros privados preferentemente para prestaciones poco esenciales, pero sin hacer ascas a quienes contratan de su bolsillo coberturas esenciales con componentes no esenciales (habitaciones individuales, inmediatez de la actuación profesional aunque el caso clínicamente no la requiera, etc.). Después va, a una respetable distancia, un sistema de seguros privados, de suscripción obligatoria, con coberturas básicas amplias y explícitas, sometido a una fuerte regulación (incluso tarifaria) e inspección pública. En nuestro caso, lo primero es sin duda preferible a lo segundo que, no obstante, puede funcionar adecuadamente en sociedades con un alto grado de madurez.

Bajo esta perspectiva, es evidente que el aseguramiento público de las muy diversas coberturas es más importante (imprescindible, si se prefiere) cuanto más esencial sea la cobertura en cuestión y los

servicios correspondientes para el mantenimiento y restablecimiento de la salud. Naturalmente, el volumen de financiación disponible condiciona una cartera más o menos amplia. He de decir en este punto que España tiene una de las carteras de servicios sanitarios cubiertos públicamente más amplia de toda Europa y que, cuando nos enfrentamos a estrecheces financieras, habría que pensar no sólo en pedir más, sino en hacer más eficientemente lo que hacemos y, quizás, en qué servicios, por su contribución poco relevante a la salud y el bienestar, resultan prescindibles.

Indiscutiblemente, el aseguramiento público debe estar respaldado por una financiación también pública, proceda ésta de los presupuestos generales o de un sistema de seguridad social. Además de su relativa estabilidad, el valor fundamental de la financiación pública consiste, claramente, en que ejerce un papel de redistribución de rentas coherente, de nuevo, con los valores colectivos de solidaridad y equidad. En este sentido, apoyo plenamente el cambio operado desde el punto de vista formal a raíz de la Ley General de Sanidad (aunque materializado por completo mucho más tarde), desde un modelo de seguridad social a uno de sistema nacional de salud, por entender que el segundo es más potente en su capacidad redistribuidora. Acepto, no obstante, que su mayor defecto consiste en que la ciudadanía pierde la noción del coste de los servicios (flota en el ambiente una aparente gratuidad que parece venida del cielo) y parte de su sentido de corresponsabilidad en el buen uso de los servicios y en su financiación (antes había una cotización con una finalidad conocida y ahora el IRPF entra en una maraña de caminos difícilmente comprensibles para el ciudadano de a pie).

El ámbito de la prestación de servicios es el último eslabón de la cadena. Si admitimos que el aseguramiento público –aunque sea para todos– ni puede ni debe llegar a cubrir todo (excluyendo, al menos, lo que antes he llamado bienes o servicios de lujo), y si respetamos que los ciudadanos tienen el derecho de contratar/adquirir donde y a quien quieran los bienes y servicios que estimen oportunos (incluso aunque estén cubiertos públicamente), de entrada es evidente que tiene que existir una parcela de juego para los proveedores privados, es decir, para el mercado.

Si dejamos para más adelante los servicios privados propiamente dichos, los servicios cubiertos por el aseguramiento público pueden ser atendidos por dispositivos públicos o por dispositivos privados. Personalmente, defiendo para aquéllos un aparato prestador potente y preferentemente público, porque las interferencias en la función de agencia de los facultativos son menores y porque proporciona un importante conjunto de garantías y estabilidad al sistema. Y ello a pesar de las contradicciones e inconvenientes que entraña el que un centro público, para ser efectivo y eficiente, incorpore modos de gestión y funcionamiento del estilo de los de la empresa privada.

No obstante, a la par que defiendo la existencia de provisos privados, admito que el asegurador público pueda contratarlos para proporcionar a sus asegurados servicios determinados en condiciones y circunstancias concretas. Los dispositivos públicos están dimensionados para poder atender la inmensa mayoría de los casos que se les presentan con los menores recursos posibles. Hacerlo de otro modo supondría tener recursos ociosos que, salvo en servicios de emergencia y afines, generan un despilfarro injustificable para las arcas públicas e inadmisibles para la sociedad. Pero claro, funcionar con los mínimos recursos necesarios es también arriesgarse a no poder atender en condiciones adecuadas los picos de demanda. Más que de picos debería hablar de demanda excesiva en relación con los recursos disponibles porque así, además de la epidemia anual de gripe como ejemplo típico de lo primero, abarcamos también la resultante de la escasez de facultativos en ciertas especialidades.

Ante estas situaciones, el sistema público tiene soluciones, pero a largo plazo: básicamente, puede influir en la formación de más especialistas normalizando el equilibrio de la oferta y la demanda de los mismos. Las soluciones a corto plazo, como las contrataciones extraordinarias, ni son estables ni gozan del margen de maniobra con el que opera el mercado. En otros términos, si al asegurador público se le exige dar un adecuado servicio a sus asegurados en toda circunstancia, hay que concederle la posibilidad de contratar determinados servicios con los provisos privados; es lo que en España se denomina concertación.

Hay quienes –por ideología o intereses diversos– se rasgan las vestiduras ante la concertación de servicios y la tildan de privatización. A mi parecer, se piense lo que se piense, la realidad obliga –como he señalado– a esta práctica. En cuanto a la privatización, prefiero utilizar el término en relación con las fuentes de financiación (dinero público vs. dinero privado) que referirlo a la titularidad pública o privada de los provisos. En este sentido, aprovecho para añadir que no veo por ninguna parte, al menos en mi comunidad autónoma, el cataclismo privatizador que algunos anuncian.

La concertación, como todo, se presta a usos inadecuados y abusos. Es aquí donde quien regula, financia y asegura debe establecer reglas de juego muy precisas para evitar interferencias (por no llamarlas parasitaciones) y garantizar que la calidad de los servicios privados contratados públicamente sea equiparable a la que ofrecen los provisos públicos.

La gama de modelos y formas posibles de provisos privados es muy amplia. Por citar sólo algunos casos, existen países en los que el aseguramiento público cuenta con una red de provisión pública completa y excluyente de lo privado. Hay otros, como España, en el que se puede concertar con establecimientos privados. Asimismo, existen otros en los que el aseguramiento público confía toda o parte de la provisión de servicios (la Atención Primaria, por ejemplo) a prestadores privados. Independientemente de mi preferencia antes expresada, cualquiera de las modalidades puede ser buena en la medida en que sea coherente con las circunstancias del país respectivo, algo que abordaré al final. Los prestadores privados, por su parte, también pueden adoptar formas diversas: desde quienes se constituyen para desempeñar esta sola función hasta quienes son parte de un *holding* liderado por una aseguradora.

En definitiva, en España es innegable que hay espacio para el mercado sanitario. Sin ánimo de polemizar, digo esto con una aplicación del concepto bastante más restrictiva de la que utiliza Perona en su trabajo. No sólo hay mercado, sino que definiendo que lo haya porque en su apartado de provisión es necesario para el propio sis-

tema público, y en los apartados de aseguramiento y provisión es conveniente para la sociedad.

Creo que hay campo de juego para todos los agentes. No por defender un sistema fundamentalmente público y lo más potente posible se puede quitar el pan y la sal al sector privado. En mi opinión, la coexistencia de ambos es positiva y enriquecedora para una sociedad como la española siempre, claro está, que no haya interferencias perniciosas entre ellos. Dado que no ser excluyente da cancha a la iniciativa empresarial, permite satisfacer un legítimo afán de lucro, posibilita crear puestos de trabajo acogiendo a profesionales que prefieren trabajar en un medio distinto del de las instituciones públicas y, sobre todo, amplía el ámbito de elección de los usuarios, tanto de aseguradoras como de establecimientos, profesionales y cobertura de servicios; permite obtener algunos que no facilita la sanidad pública y otros que, aunque provistos públicamente, ofrecen otro tipo de ventajas a juicio del usuario por las que está dispuesto a pagar.

En resumen, la prevalencia de lo público sobre lo privado admite diferentes intensidades según la naturaleza del servicio (esencial/no esencial) y la función del sistema a que nos estemos refiriendo; existe una clara gradación descendente a favor de lo público desde la regulación hasta la provisión de servicios.

Dicho esto, y para concluir el comentario de este primer mito, querría detenerme brevemente en un par de ideas.

En la sanidad no hay modelos perfectos de público/privado, así como tampoco en el plano de las ideas ni en la realidad. En cualquier caso, y apoyados por la evidencia, cabe señalar que los supuestos extremos (todo público o todo privado) son los más imperfectos desde cualquier perspectiva: sanitaria, económica o social. Entre otras muchas razones, porque de entrada lo extremo excluye las legítimas ideas y deseos de parte de los ciudadanos y agentes del sistema, y esto no es admisible en una sociedad democrática.

Las posibilidades entre los extremos son múltiples y a la hora de valorarlas, aunque académicamente podamos discutir cada una

de ellas, la realidad impone que miremos más allá de lo estrictamente sanitario y apreciemos el grado de adecuación de cada modelo a la realidad social en la que se inserta. Es a lo que antes me refería cuando hablaba de las circunstancias de cada país: a sus antecedentes y evolución de su desarrollo social, y al conjunto de valores preponderante.

Es un todo dinámico. La conformación actual de los sistemas no es la simple resultante de la ponderación de valores y conceptos en las respectivas sociedades en este momento. Éstos sólo orientan la modulación en adelante de una pesada carga histórica producto del juego y equilibrio de poderes e intereses habidos a lo largo de muchos años. Por su parte, los cambios sociales (de los que los sanitarios forman parte) tienen un “tempo” propio, aparentemente lento. Si reconocemos, pues, la existencia, raigambre e inercia de esa pesada carga histórica, podemos valorar de forma ponderada y sensata cualquier sistema y plantear sus posibilidades de mejora.

En cualquier caso, bienvenido sea el debate sobre el mercado-beneficio/grado de intervención lanzado a la palestra una vez más, en esta ocasión por José Luis Perona, porque nos obliga a revisar un tema tan trascendental y nos anima a aplicar las conclusiones que de él saquemos para el mejor cuidado sanitario y satisfacción de nuestros conciudadanos.

TERCER MITO.

El gasto sanitario español es el más reducido de Europa

Coincido en gran medida con la denuncia que hace Perona sobre la habitual e interesada manipulación de las cifras, y voy a tratar de complementar su trabajo con algunas otras consideraciones.

En primer lugar, abordaré malentendidos sobre el nivel de gasto y el PIB como referente.

A menudo, se maneja el porcentaje de PIB que un país (total = público + privado) o un gobierno (público) destinan a la sanidad. Si

la cifra resultante es menor que la de otros países, la interpretación habitual es que se gasta poco, en lugar de pensar que se gasta mejor. Dado que, en ausencia de un análisis más profundo, las dos conclusiones tienen la misma verosimilitud. Es decir, el mismo indicador se presta a dos lecturas bastante divergentes. Y, claro, ante la confusión hay quien trata de arrimar el ascua a su sardina, rodeando al indicador de una aureola mágica con la que se pretende, de cara a la audiencia, que ya está todo dicho, que no hay nada más que demostrar y que las conclusiones obtenidas son incontrovertibles.

Pero estas interpretaciones simplistas sólo valen para desinformar. En su lugar, si se quiere interpretar correctamente el significado de un determinado porcentaje de PIB destinado a la sanidad (o a cualquier otro sector), hay que ponerlo:

- Al lado de los resultados con él obtenidos, lo cual informa sobre la eficiencia.
- Dentro del contexto del potencial económico (nivel de desarrollo) del país (PIB/c), dado que lo habitual es que a mayor nivel de desarrollo, mayor porcentaje de PIB se destine a la sanidad (aunque no signifique necesariamente que estar por encima de la recta de correlación sea una buena práctica; véase, por ejemplo, el caso de EE. UU.).
- En el marco del momento del desarrollo (situación sanitaria y presencia de otras necesidades sociales mayores), ya que un país puede gastar relativamente poco en sanidad durante unos años porque sus prioridades colectivas del momento son la educación u otras áreas.
- En un cómputo temporal lo más independiente posible de los ciclos económicos, puesto que no tiene sentido que las fluctuaciones anuales de crecimiento del PIB (en consonancia con las fases de expansión/desaceleración de la economía) condicionen el montante absoluto que correspondería a un porcentaje pre-determinado del PIB destinado a la sanidad.

Si analizamos el indicador de esta manera y nos comparamos con otros países, está claro que España se encuentra dentro de un margen de gasto razonable, que con él se obtienen unos resultados en general muy buenos y que la tónica general ha sido un crecimiento superior al de la economía general y mantenido (independiente de las oscilaciones de aquélla). Todo ello refleja, justamente, una voluntad política comprometida más o menos constante con la sostenibilidad y el avance progresivo del sector.

En cualquier caso, también resulta útil analizar no sólo quién y cuánto pone, sino quién y cuánto se lleva, es decir, examinar el gasto desde la perspectiva no sólo del origen, sino del destino de los fondos. Es útil porque ayuda a ver los intereses en juego cuando se demanda una ración mayor del gasto público para el sector, ya sean sindicales, ya sean de la industria farmacéutica, ya sean de cualquier otro de los agentes involucrados.

Por cierto, en cuanto al origen de los fondos, en una sociedad democrática habría que analizar la viabilidad de su crecimiento preguntando a la ciudadanía:

- ¿Usted cuánto más aportaría de su bolsillo a la sanidad? (porque no es el gobierno quien fabrica el dinero, sino quien lo obtiene vía impuestos y otros ingresos que en último término –o en primer lugar– provienen, no se nos olvide, de cada ciudadano/a).
- Bien (sustituyendo o a la vez que la anterior), ¿de dónde quitaría dinero público para poner más en sanidad: de vivienda, empleo, educación, agricultura, carreteras, bienestar social, justicia...?

Es posible que tuviéramos alguna sorpresa. En Euskadi, por ejemplo, a falta de encuestas de última hora, los resultados de las realizadas en el pasado reciente muestran claramente que una inmensa mayoría de los vascos creen que la solución de los problemas sanitarios existentes o que la clave para ulteriores mejoras está en una reorganización y/o en un funcionamiento diferente del sistema, no en una financiación más abundante del mismo.

Volviendo al indicador, hay que decir que el porcentaje de PIB destinado a la sanidad vale para lo que vale y voy a aprovechar para tratar de aclarar la confusión que suele haber sobre el mismo.

El porcentaje de PIB refleja de alguna manera la parte de riqueza que una sociedad de manera privada o a través de sus instituciones está dispuesta a destinar a un sector en el contexto de otras necesidades concurrentes. Se ve influido, por lo tanto, por las necesidades y posibilidades existentes y por el juego democrático de valoraciones de todo ello conducente al establecimiento de unas prioridades sociales, políticas y económicas. No es independiente de los costes de producción ni del precio de bienes y servicios a ellos incorporados, peculiares de cada país, o si prefieren, como antes señalaba, de quiénes y cuánta ganancia obtienen en este circuito.

Por consiguiente, el porcentaje de PIB vale para comparar países que, con cierta homogeneidad en cuanto a su nivel de desarrollo, tienen modelos independientes y diferenciados de asignación de recursos. Sirve para comparar (más bien para echar un primer vistazo conjunto) España con Italia, Alemania, Países Bajos o Reino Unido, por ejemplo.

Me voy a permitir hacer un inciso, porque descender la comparación del nivel de países al de comunidades autónomas es el pan nuestro de cada día. Por la misma razón apuntada en el párrafo anterior, tal como reconoce el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (y cualquiera que tenga una mínima idea de todo esto), el porcentaje de PIB no sirve para comparar a las comunidades autónomas entre sí, dado que “la distribución de recursos contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, independientemente del lugar de residencia”. Además, aunque sean parecidos tanto las necesidades que se han de satisfacer como los costes de los bienes y servicios en todo el Estado, el PIB juega una mala pasada a las regiones más ricas, dado que al operar como denominador “más potente” de un numerador equilibrado según población entre comunidades autónomas rebaja sistemáticamente el porcentaje resultante.

Valga como ejemplo que en 2003 (último año con datos fiables y homogéneos comparables citado por el Grupo) Extremadura gastó en la sanidad pública el 8,47% de su PIB¹, frente al 3,84% de Madrid. Euskadi, con un 4,62%, se encuentra en un nivel parecido al de Baleares o Cataluña, todas ellas sensiblemente por debajo de la media del Estado (5,48%), como cabía esperar por sus respectivos niveles de PIB, manifiestamente superiores a la media. En consecuencia, utilizar de manera indiscriminada este indicador no es riguroso y carece completamente de sentido para comparar el gasto de las diferentes comunidades autónomas. Sencillamente, empeñarse en utilizarlo vale, bien para la demagogia, bien como prueba de ignorancia.

¿Qué nos queda para compararnos? Pues, con reservas, el gasto sanitario por persona protegida. Digo “con reservas” porque no nos encontramos en un periodo neutro, sino que hay que tener en cuenta el esfuerzo de algunas comunidades autónomas por hacer equiparables sus respectivos sistemas tras las últimas transferencias del Insalud (efectivas desde 2002) y, en otros casos, una especie de competición o de emulación conducente a equiparaciones al alza. Lo primero puede verse, por ejemplo, con la edificación de hospitales pendientes desde antiguo que, si además se dan en comunidades pequeñas, inflan las cifras de gasto per cápita de las comunidades afectadas durante el lustro que duran. Con esto *in mente*, no debe extrañar que si el gasto sanitario per cápita en Euskadi ha sido durante muchos años el segundo tras Navarra (excluyendo Melilla, cuyas circunstancias son muy diferentes), en 2003 hayamos pasado a ser los séptimos (Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario).

Volviendo al tronco principal de la argumentación y respondiendo anticipadamente a la primera conclusión que se le ocurre a cualquiera hay que reconocer que ¡evidentemente nos vendría bien una inyección adicional de fondos! Somos los primeros en desear las posibles mejoras correspondientes y en reclamarlas con la pru-

¹ En realidad, porcentaje de gasto sanitario por persona protegida/PIB per cápita.

dencia necesaria. Pero debería estar ya suficientemente claro que las razones de los responsables del sector, entre los que me encuentro, no coinciden plenamente con las de fondo de otros agentes que operan en el mismo.

Otra orientación para tratar de seguir respondiendo a la pregunta clave de si hay que gastar más consiste en establecer comparaciones: si estamos a la cola de Europa, si estuviéramos en la media (convirtiendo las medias en un nuevo mito) tendríamos que gastar no sé cuánto más... ¿Hay que gastar más porque sí, porque otros gastan más? Esto podría tener algo que ver con una fanfarronada, pero poco o nada con la racionalidad que debe presidir la acción de gobierno. En su lugar, quienes demandan más gasto deberían proponer para qué: crear más prestaciones (aunque nuestro catálogo sea de los más completos), mejorar las que ya hay (algo que los responsables del sector intentamos continuamente), intensificar el esfuerzo hacia los más desfavorecidos (coherente con una pelea por la equidad en la que estamos comprometidos), aumentar el margen de beneficio de los proveedores..., o simplemente, aumentar la masa salarial con independencia del volumen y calidad del desempeño. Tantas veces hemos visto reclamar con furor un mejor sistema de salud sin ofrecer a cambio el mejor trabajo o los mejores productos al mejor precio que, a estas alturas, deberíamos ser bastante reticentes y preguntarnos cuáles son las verdaderas intenciones de cada reclamante.

En el desempeño de la labor de gobierno, se observan necesidades cuya cobertura a veces resulta problemática porque los fondos disponibles son limitados. No es que sean escasos, son limitados; conceptos perfectamente distinguibles por todos. Las necesidades potenciales son infinitas y su percepción se amplía con el desarrollo económico y social. No obstante, al lado de las legítimas expectativas ciudadanas debemos reconocer que la inmensa mayoría de las necesidades de salud están razonablemente cubiertas y adecuadamente atendidas en España. En este sentido, hace poco aparecían varias publicaciones en las que se calificaba a los pacientes españoles como verdaderamente privilegiados en el contexto europeo.

En mi opinión, una mayor aportación de fondos permitiría mejorar algunas cosas, consolidar otras y, en casos muy concretos, emprender nuevas actuaciones. Pero, en su ausencia, mantener la línea que se está siguiendo en los últimos años no significa que el sistema esté haciendo aguas, porque la realidad muestra que es potente y funciona adecuadamente.

Conociendo el sector, pedir un aumento del gasto sanitario público me sugiere, entre otras muchas, tres posibles intencionalidades subyacentes:

- Aprovechar la ocasión, en la creencia de encontrarse en una posición de fuerza, para aumentar más que otras partes la propia ración del pastel. Porque, al analizar las cuentas del sistema, deberíamos ver no sólo cuánto y quién lo pone, sino quién se lo lleva y qué beneficio comunitario aporta a cambio, como ya he dicho.
- Pretender la bancarrota del sistema sanitario público y, con ella, su desaparición. Puesto que hay dos formas de destrozar política y económicamente el sistema: dar demasiado dinero y acusar de despilfarro, o bien ahogar en la penuria económica y en la consecuente insuficiencia asistencial en términos cuanti- y cualitativos. Naturalmente, nadie va a manifestar tan perversa pretensión, si bien algunos hechos indican lo contrario. Fue Voltaire quien puso de manifiesto este tipo de juego al afirmar que “algunos sólo utilizan las palabras para esconder lo que realmente piensan”.
- Aplicar la táctica de pedir imposibles de fácil calado en el imaginario público. Si quien gobierna los rechaza, es tachado desde ese instante de tacaño distante de la calle; si por el contrario los acepta, tarde o temprano tiene el fracaso asegurado.

Al hilo de estas tácticas, demasiado recurrentes en política como para desconocerlas, hay otra muy común e igualmente perversa. Consiste en entrar en una especie de competición para ver quién es capaz de pedir más. Pedir es fácil, sobre todo cuando el bien adi-

cional propuesto encierra una aparente gratuidad. En la arena política y en el transcurso de una legislatura, esto es práctica habitual entre algunos partidos de la oposición; cuando se acercan unas elecciones, las peticiones se transforman en promesas y ofertas. Concluyo este apartado porque no quiero sonrojar a nadie con las mil y una contradicciones que se podrían citar de peticiones y ofertas realizadas desde la oposición que se esfuman por arte de magia cuando el que las hizo llega al Gobierno.

Finalizo también mi aportación al sesudo trabajo de José Luis Perona, confiando en que éste sirva para agitar neuronas y sacar lo mejor de nosotros para el bien de todos.

INTRODUCCIÓN

Por mor de la precisión en el análisis, hemos consultado las definiciones de los términos “mito” y “paradoja” en el Diccionario de la Real Academia Española que, en su 19.^a edición correspondiente al año 1970, dice lo siguiente respecto a **mito**:

Mito.

Fábula, ficción alegórica, especialmente en materia religiosa.

El mito es, pues, fábula y ficción, cuyos contenidos semánticos, tal como los describe el propio Diccionario, son los siguientes:

Fábula.

1. Rumor, hablilla. 2. Relación falsa, mentirosa, de pura invención, destituida de todo fundamento. 3. Ficción artificiosa con que se encubre o disimula una verdad.

Ficción.

Invención poética.

Si combinamos los contenidos conceptuales encontrados y los concretamos de la forma más útil para nuestro trabajo, alcanzamos la siguiente definición de mito:

“Relación inventada, destituida de todo fundamento, con la que se encubre o disimula una verdad”.

Con posterioridad, hemos consultado una edición corriente del DRAE y hemos encontrado una nueva acepción del término que desvela otros perfiles del concepto:

Mito.

2. Relato o noticia que desfigura lo que realmente es una cosa y le da apariencia de ser más valiosa o más atractiva.

El mito aparece ahora como desfiguración interesada, aspecto que redondea la definición anterior y que, añadido a ella, conduce a la que utilizaremos en el trabajo:

“Relato o noticia inventada, destituida de todo fundamento, que desfigura lo que realmente es una cosa y le da apariencia de ser más valiosa o más atractiva”.

Del mismo modo, el Diccionario ofrece las siguientes definiciones de **paradoja**:

Paradoja.

2. Aserción inverosímil o absurda, que se presenta con apariencias de verdadera. 3. Figura de pensamiento que consiste en emplear expresiones que envuelven contradicción.

A nuestro entender, ambas definiciones contienen aportaciones útiles a nuestros efectos, aunque cada una recoge de forma incompleta el concepto que queremos expresar. En efecto, las paradojas que consideraremos no son figuras de pensamiento ni acciones inverosímiles o absurdas, sino situaciones reales extraídas del funcionamiento del sistema sanitario español. Por ello, no es que tengan apariencia de verdaderas, sino que lo son tanto en el fondo como en la forma.

Además, las paradojas que estudiaremos no encierran expresiones contradictorias entre sí, sino que lo son con la lógica extrasanitaria. El objetivo de su consideración es precisamente mostrar que las acciones sanitarias conducen, a menudo, a resultados discordantes con los derivados de la lógica común, lo que añadirá precisión y enriquecerá nuestra visión del funcionamiento del sistema sanitario.

Por todo ello, creemos necesario refinar las definiciones del Diccionario para que, de forma combinada, puedan expresar con la precisión deseada los objetivos de enseñanza que perseguimos. Llegamos, así, a la siguiente definición de paradoja que utilizaremos a lo largo del trabajo:

“Acción real que envuelve contradicción con la lógica común”.

Precisados los contenidos de las categorías generales que vamos a manejar, señalamos que utilizamos los mitos y paradojas como elementos de apoyo para alcanzar el objetivo básico de esta publicación: el mejor conocimiento del sistema sanitario español mediante una visión crítica del mismo.

Cumplirán así los mitos su función originaria, esto es, la de acercarnos a la verdad, pero no a través de fabulaciones que faciliten su comprensión, sino mediante la comprobación de su falta de fundamento y de su carácter de encubridores de la realidad. Nuestro trabajo se dirige, por lo tanto, a denunciar los mitos como medio de explicar la realidad.

La consideración de las paradojas elegidas supone recorrer el mismo camino de acercamiento a la realidad sanitaria, mostrando esta vez los particulares perfiles del funcionamiento del sistema sanitario que resultan contradictorios con la lógica común. Descifraremos, de esta manera, numerosos mecanismos de respuesta que son específicos de la realidad sanitaria y diferentes de la actuación de los sistemas en otras latitudes ajenas a la misma, con lo que alcanzaremos un mejor conocimiento del sistema sanitario por la vía del contraste con la realidad que lo circunda, a menudo tan diferente de ella.

A lo largo de todo el estudio utilizaremos una visión crítica de la sanidad española, tan crítica como constructiva, partiendo de la conciencia de las muy numerosas bondades del sistema español –frecuentemente difundidas– y de la escasez de aportaciones críticas, lo que nos diferencia de la apreciación de la sanidad en otros países. La crítica que presentamos se deduce de la impenitente comparación con otros países más desarrollados que España, pero se solaza con la conciencia de sus impresionantes logros, para lo que basta la comparación con los países menos desarrollados, saludable ejercicio que brindamos al lector.

En resumen, el enfoque crítico, la rigurosa denuncia de la falta de fundamento de los mitos escogidos y la consideración en profundidad de las paradojas seleccionadas se dirigen a alcanzar el ob-

jetivo básico de esta publicación que antes hemos señalado: la más fina apreciación de los mecanismos de funcionamiento del sistema sanitario español conducente a un mejor conocimiento del mismo.

No obstante, junto a la cobertura de ese objetivo básico, nuestro trabajo contiene otros objetivos secundarios. Redundará en el reconocimiento del constante y nunca acabado esfuerzo de la doctrina por explicar las claves del funcionamiento de la sanidad, en la consideración de la creciente panoplia de instrumentos utilizados en el análisis, en la descripción de las fuentes de información existentes, y en la constancia de las particulares relaciones entre los diferentes actores y parcelas de un sistema tan complejo como el sanitario, por cuya intrincada urbe económica emprenderemos un paseo ilusionado.

MITOS Y PARADOJAS

La especialización de conocimientos que caracteriza a la mayoría de los agentes que operan en la sanidad se une a la reconocida complejidad de ésta para redundar comúnmente en visiones parciales de la misma. Los sistemas sanitarios sufren de la incompleta, y a veces errónea, apreciación de sus perfiles tanto como de la dificultosa explicación de sus mecanismos de funcionamiento. Por ello, mitos y paradojas percibidos por sus diversos agentes recorren en tropel sus inabarcables fisonomías, a lo que no es ajena la realidad sanitaria española, en la que conviven multitud de rasgos particulares junto a los generales antes descritos.

La relación de mitos y paradojas seleccionada definitivamente por el Círculo comprende diez epígrafes equilibrados conceptualmente: cinco se ubican en el campo de los mitos y cinco en el de las paradojas.

Si los clasificamos por su amplitud: tres epígrafes contemplan conceptos generales (sanidad y mercado, equilibrio público/privado, y calidad del sistema); dos están relacionados con el gasto sanitario (comparación con Europa y relación con el nivel de salud); tres se desenvuelven entre las parcelas de asistencia primaria y hospitala-

ria del sistema sanitario; y los dos restantes epígrafes se refieren a la prestación farmacéutica.

La literalidad de los mitos y paradojas seleccionados es la siguiente, con los contenidos generales que se describen:

Primer mito.

“LA SANIDAD ES INCOMPATIBLE CON EL MERCADO Y CON EL BENEFICIO”.
¿Es cierto que en el campo sanitario no funciona el mercado y no deben producirse beneficios alrededor de la sanidad?

Segundo mito.

“ESPAÑA POSEE EL SEXTO MEJOR SISTEMA SANITARIO DEL MUNDO”.
¿Nos encontramos en la cabecera del mundo sanitario?

Tercer mito.

“EL GASTO SANITARIO ESPAÑOL ES EL MÁS REDUCIDO DE EUROPA”.
Además, ¿somos sanitariamente los más baratos de Europa?

Cuarto mito.

“EL NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE ES SIMILAR EN ESPAÑA AL DE OTROS PAÍSES”.
¿Estamos alineados con Europa en frecuentación al médico?

Quinto mito.

“EL COPAGO FARMACÉUTICO NO ES EFICAZ”.
¿Es cierto que la aportación del beneficiario no modera el consumo farmacéutico?

Primera paradoja.

“EL AUMENTO DEL GASTO SANITARIO NO CONDUCE SIEMPRE A MEJORES NIVELES DE SALUD”.
Los mayores niveles de gasto sanitario no están ligados siempre a mejores niveles de salud.

Segunda paradoja.

“LAS URGENCIAS NO SON MUY URGENTES”.
La demanda de asistencia urgente contempla a menudo procesos banales no urgentes.

Tercera paradoja.

“A MAYOR EFICIENCIA HOSPITALARIA, MAYOR GASTO”.

La mayor eficiencia de la asistencia hospitalaria lleva a mayores niveles de gasto.

Cuarta paradoja.

“AL BAJAR LOS PRECIOS CRECE EL GASTO FARMACÉUTICO”.

Las disminuciones de precios no producen siempre una disminución del gasto farmacéutico.

Quinta paradoja.

“LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS PREFIEREN LA ASISTENCIA PRIVADA”.

La asistencia sanitaria pública es mayoritaria en la población en general, pero minoritaria en el colectivo de funcionarios públicos.

Cada mito o paradoja va a ocupar un capítulo del libro, los cuales se estructurarán de forma semejante. Tras una breve introducción al concepto que vamos a abordar, en la que se reconocen sus rasgos esenciales, se describe el planteamiento seguido en el análisis ajustado a las características particulares de cada concepto y se desarrolla luego la valoración crítica del mito o paradoja considerado, lo que constituye el cuerpo del análisis, que se acompaña de los comentarios pertinentes sobre su vigencia o contenido. Un breve repaso bibliográfico cierra cada uno de los capítulos. Los textos se acompañan de las tablas o gráficos que los fundamentan.

Los conceptos elegidos van a exigir un recorrido por todas las parcelas del sistema sanitario, con lo que aspiramos a ofrecer una visión amplia de sus perfiles definitorios y de sus mecanismos de funcionamiento. Esperamos cubrir así los objetivos del trabajo de acuerdo con Emil Ludwig, para quien “una palabra, una anécdota, una máxima, enseñan con frecuencia más que todos los tratados públicos”. Que así sea.

José Luis Perona Larraz

MITOS

PRIMER MITO

**La sanidad es incompatible con el mercado
y con el beneficio**

*“Porque tienen de su parte
mucho poder las mentiras
cuando parecen verdades”*

CALDERÓN de la BARCA

INTRODUCCIÓN

El primer mito que consideramos constituye un aserto de generalizada aceptación, que fundamenta la intervención pública en la sanidad ante los defectos propios de los mercados sanitarios. Pero tal intervención se dirige, precisamente, a remedar los perfiles del mercado teórico; existen, además, al pasar de la teoría a la práctica, numerosas parcelas sanitarias con funcionamiento empresarial y régimen de competencia de mercado que, con un enfoque amplio, suponen el 64% de la actividad del sistema y un 59% aquéllas en las que está presente el beneficio como objetivo de la actividad. Frente a los postulados teóricos del mito, la sanidad real es ampliamente compatible con el mercado y con el beneficio.

Felizmente superada la antinomia entre planificación y mercado, que tanta tinta ha hecho correr, se acepta hoy de forma generalizada la bondad de los mercados como mecanismo óptimo de asignación de recursos en la economía. Los mercados señalan qué debe producirse y consumirse, por quién y a qué precio.

Pero la sanidad posee características propias que la diferencian de otras actividades sociales y que producen fallos en sus mercados que los alejan de los ideales de funcionamiento, lo que reclama la intervención pública para solucionarlos.

Dicha intervención se plasma en diversas medidas adoptadas en diferentes parcelas de la sanidad, cabiendo enfoques distintos sobre su intensidad y ámbitos de ejercicio, entre los que cada país toma decisiones, configurando el sistema que responde a los valo-

res sociales imperantes en él en cada momento. La apreciación del grado de intervención necesario, o su correlato: la amplitud conveniente del mercado, constituyen por tanto variables sobre las que se proyectan enfoques políticos alternativos alineados con el amplio abanico de sensibilidades sociales.

Al observar la realidad que nos circunda, se aprecia una gran variabilidad entre las soluciones adoptadas, que oscilan desde la preferencia por una sanidad privada, apoyada en el funcionamiento del mercado, hasta la recomendación de una provisión mayoritariamente pública, con menor protagonismo de aquél. Dando por reproducidos los análisis doctrinales sobre las virtudes y defectos de cada una de dichas posiciones, en los que no entraremos, enfocamos la apreciación del mito persiguiendo un objetivo eminentemente práctico: la constatación del grado de presencia del mercado en la actividad sanitaria corriente en España. De esta medición no conocemos precedentes, por lo que estimamos que constituye una aportación útil para la justificación de las diferentes posiciones existentes al respecto.

PLANTEAMIENTO

Se evalúan los perfiles del contenido del mito considerando, en primer lugar, las aportaciones de la doctrina a las características generales de los mercados, su papel en la asignación de recursos y las necesidades de actuación pública en los mismos.

Se revisan, a continuación, las características específicas de la actividad sanitaria, lo que permite apreciar los problemas propios del mercado sanitario y visitar determinados conceptos característicos del mismo, como las asimetrías de información, la relación de agencia y la extensión de la competencia, áreas en las que se reconoce la existencia de mitos secundarios y paradojas derivados del principal que se examina.

Posteriormente, se analizan las diversas áreas de la sanidad y las razones que sustentan la intervención pública en sus mercados, considerando luego los rasgos empresariales de la actividad de los centros sanitarios y los modelos teóricos que los enmarcan. Se examina, finalmente, la vigencia del mito en sus diferentes parcelas a través

de las cuantificaciones oportunas y se muestra su falta de fundamento en la realidad práctica.

La pretendida incompatibilidad entre sanidad y beneficio constituye un mito derivado del anterior, definido desde posiciones concretas de determinadas escuelas de pensamiento, por lo que ha parecido conveniente su tratamiento paralelo a las consideraciones del mercado, se muestran los precisos perfiles de su realidad, que reiteran la falacia sobre la que se asienta el mito que comentamos, y se finaliza con un enjuiciamiento de sus perfiles definitorios.

MERCADO Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En cualquier sociedad se persigue, con la intervención pública, conseguir una mejor distribución de la renta y la riqueza, así como una mayor eficiencia en la asignación de recursos, todo ello compatible con los valores sociales imperantes. La eficiencia en la asignación de recursos se puede plantear en el plano del individuo y de la sociedad, situaciones que no siempre son compatibles. La intervención pública se justifica porque la asignación desde un punto de vista social no es óptima y resulta necesario redistribuir renta y riqueza entre los individuos. Para acotar el concepto de eficiencia, hay que indicar que responde a la idea de que no es posible mejorar la asignación de un individuo sin empeorar la de otro.

Desde un punto de vista estrictamente teórico, es posible que el mercado lleve a una situación óptima en la asignación de recursos y que se armonicen necesidades sociales e individuales. Para ello, es necesario que se cumplan una serie de requisitos:

- **Supuesto de mercados completos:** no existe incertidumbre plena, todos los posibles escenarios futuros de un mercado son anticipables con mayor o menor grado de probabilidad desde el punto de vista individual, y se pueden negociar contratos respecto a estos escenarios.
- **Supuesto de información perfecta:** todos los participantes del mercado disponen de la misma información, que es toda aquella relevante para las decisiones que se han de adoptar.

- **Supuesto de individuos precio-aceptantes:** los individuos y empresas aceptan los precios, no pueden influir en ellos o manipularlos, sólo quedan sujetos a la tecnología y la escasez.
- **Supuesto de rivalidad y exclusión:** los agentes económicos disponen de los factores de producción. Existe un sistema completo de derechos de propiedad que fuerza a que todas las interacciones económicas se produzcan bajo las mismas reglas y se reflejen en los precios.

El conjunto de estos supuestos permite configurar un sistema de competencia perfecta en el que asignación individual y colectiva coinciden. Según la terminología de Adam Smith, es “la mano invisible del mercado” la que lleva a esta situación óptima.

Es evidente que estos supuestos resultan bastante ideales y restrictivos, y que no se dan en plenitud. Pero los diferentes gobiernos del entorno español disponen de mecanismos para aproximar su cumplimiento a las condiciones teóricas, e intentan lograr el máximo de transparencia en las actuaciones entre oferentes y demandantes de los diferentes mercados. A título de ejemplo, apreciamos cómo buena parte de la normativa sobre protección del consumidor se destina a proporcionar a éste una información lo más transparente y completa posible.

Los diferentes gobiernos cuentan con órganos regulatorios especializados en diferentes sectores encargados de tutelar y regular las condiciones de cada uno de ellos. Estos órganos velan por el cumplimiento de una serie de “reglas del juego” comunes para todo el sector, de los que existe un buen número en España (las conocidas “Comisiones”, que se ocupan de diferentes áreas de carácter estratégico: telecomunicaciones, energía, mercados de valores, etc.) similares a los que existen en otros países de la Unión Europea (UE).

En un mundo globalizado y comunicado, con unas empresas de considerable dimensión respecto al pasado, la misión de estos organismos es asegurar:

- Igualdad de acceso a los mercados a todos los agentes (obviamente, hay mercados para los que se requiere una dimensión mínima de empresa) que reúnan determinados requisitos.
- Transparencia informativa: se obliga a comunicar una serie de informaciones concretas y relevantes para el conjunto del sector.
- Básicamente, se pretende que toda la información relevante se refleje en los precios y éstos constituyan un sistema de transmisión de información lo más completo posible.

Con estas medidas, junto con el conjunto de leyes que regulan la actividad económica, los gobiernos buscan conseguir una aproximación a los requisitos de funcionamiento de un mercado ideal que indicábamos al principio, y que el mercado produzca una asignación de recursos eficiente desde el punto de vista social, así como una distribución equitativa de la renta y la riqueza.

Como se puede observar, la participación en tales mercados conlleva la generación de beneficio, motivo por el que los empresarios están dispuestos a participar como oferentes. Además, su obtención resulta compatible con una asignación socialmente deseable de recursos.

FALLOS DEL MERCADO Y PECULIARIDADES DE LA SANIDAD

En ausencia de los supuestos enunciados, nos encontramos con que el mercado no produce una asignación óptima de recursos y se producen los **fallos del mercado**; aparecen, entonces, situaciones de competencia imperfecta, monopolio natural, bienes públicos, costes de información y efectos externos que obligan a una intervención pública explícita. El propósito de estas intervenciones es asegurar que la asignación de recursos se realice conforme a los criterios imperantes en la sociedad y no resulte injusta.

La literatura viene denunciando tradicionalmente que el esquema de mercados formalmente perfectos no resulta plenamente aplicable a muchas situaciones, entre ellas, la sanidad. ¿Cuáles son esas características especiales que reviste la sanidad?

La principal característica son las asimetrías de información. En la información necesaria para adoptar decisiones sobre un diagnóstico o tratamiento, existe una notable desproporción entre la información de la que dispone un usuario y aquella de los profesionales sanitarios. Es evidente que los pacientes, *ex ante*, lo ignoran todo acerca de sus posibles dolencias y de las alternativas viables para su tratamiento. Por el contrario, toda su información suele reducirse a referencias obtenidas de círculos no profesionales, y al prestigio de las instituciones a las que acuden o de los profesionales. En estas condiciones es inevitable el establecimiento de la llamada **relación de agencia**.

Una primera peculiaridad relevante que diferencia la sanidad de otros posibles mercados es que no rige el principio de **soberanía del consumidor**. En general, en todos los mercados son los consumidores o demandantes los que expresan preferencias y eligen entre productos y oferentes. No ocurre así en la sanidad. Los pacientes y usuarios de la asistencia sanitaria no están capacitados para valorar la pertinencia de los tratamientos y las pruebas diagnósticas correspondientes. El paciente cree conocer su estado de salud, pero no puede “adquirir” salud, lo que consume son servicios sanitarios sobre los que desconoce su contribución a mejorar su estado de salud. Esto lleva a que la asistencia sanitaria se valore de forma subjetiva, en medio de la angustia y la incertidumbre por el resultado del proceso de la enfermedad y su tratamiento, por una serie de cuestiones colaterales de indudable importancia pero que no representan la esencia de la asistencia sanitaria. Normalmente, depende de cuestiones como la atención e información recibidas, la hostelería, el alojamiento y las recomendaciones de allegados. Por otra parte, los usuarios de la sanidad, al no poder valorar la calidad clínica de los cuidados sanitarios, no pueden expulsar del mercado o penalizar a un oferente de baja calidad.

Entre pacientes y profesionales sanitarios se establece una relación llamada “de agencia”, que resulta característica en servicios profesionales. El principal de la relación (el paciente) delega en un agente (el médico) que elige. Es el médico, que actúa por delegación del paciente, quien elige y recomienda tratamiento, procesos y pla-

zos de recuperación adecuados. Si bien formalmente es el paciente quien presta su consentimiento, lo hace por recomendación de un facultativo que, para adoptar decisiones, no sólo elige en función de variables que afectan al paciente (estado de salud, entorno familiar y estatus, etc.), sino que además lo hace en función de cuestiones profesionales que le afectan más directamente (formación, prestigio, etc.). En un sistema de retribución por acto médico puro puede incentivarse una **demanda inducida**, esto es, demanda de pruebas o terapias de baja o nula utilidad desde un punto de vista clínico o terapéutico; el fin de estas prácticas no es exclusivamente económico, sino proporcionar al paciente una atención de complacencia (que incrementa la calidad aparente percibida por el paciente), o bien realizar una práctica clínica defensiva frente a posibles responsabilidades judiciales.

A pesar de que la múltiple información sanitaria accesible desde la web para cualquier usuario no invalida lo anterior, la información es útil para la evolución del tratamiento, pero el papel del facultativo en la indicación y el diagnóstico resulta insustituible.

Otro aspecto diferencial de los mercados sanitarios es la peculiaridad del papel de los incentivos económicos. Es evidente que los profesionales sanitarios prefieren ganar más, como cualquier profesional, pero la calidad del diagnóstico no se ve afectada por el incentivo económico. Una vez estudiado el caso, el diagnóstico no depende del componente económico; la carga ética es importante, pero independiente del incentivo económico. Si bien esta afirmación hay que matizarla en función del esquema retributivo de los profesionales, influye más en la actividad que está dispuesto a asumir el profesional que en la calidad del diagnóstico.

También hay que considerar que la enfermedad ataca a un individuo y, aparte de quebrar la salud, los individuos pueden ver seriamente dañadas sus rentas (aunque sólo sea por la falta de disponibilidad para trabajar). En el ámbito social, está aceptado que los ciudadanos no deben verse privados de salud y además de sus rentas, por lo que se demandan mecanismos de aseguramiento

para restituir a los ciudadanos su salud y su renta. Tales seguros pueden ser organizados y financiados públicamente, o bien puede existir una estructura privada de seguros que proporcione estos servicios.

Tanto la provisión pública como la privada están sometidas a distintos tipos de ineficiencias, como en el caso de una estructura aseguradora estrictamente privada, en la que pueden aparecer fenómenos de selección adversa y discriminación de riesgos. Una aseguradora concentra riesgos y distribuye el coste de los siniestros entre sus asegurados a cambio de una prima y, como en un mercado de seguros se necesita que éstos sean homogéneos, seleccionará tales riesgos o tratará de limitarlos para que el riesgo que asegure sea lo más uniforme posible en cada asegurado.

Por último, la sanidad forma parte de la acumulación de capital humano imprescindible para acceder a unos niveles mínimos de crecimiento económico. La buena salud permite mejorar la productividad individual y la evolución del crecimiento económico. Las inversiones en salud, en su cuidado y prevención, reducen la depreciación del capital humano. Hemos de tener presente que no es posible acceder a un crecimiento económico sostenible sin unos niveles mínimos de salud y la erradicación de una serie de enfermedades transmisibles.

Buena parte de estas actividades se integran dentro de las medidas de prevención y salud pública, lo que constituye una actividad típica de cualquier gobierno. Cabe señalar que el mercado no permite una asignación equitativa en caso de epidemias, en las que la disponibilidad de vacunas y el ejercicio de medidas de aislamiento se considera, de forma generalizada, que no debe depender de la capacidad económica sino de la autoridad. El acceso a vacunas o tratamiento no ha de ser excluyente para ningún ciudadano en situación de necesidad. Esta parte de la sanidad, que constituye una típica política pública, se financia siempre mediante impuestos y constituye un caso clásico de bien público en el que no se puede excluir a nadie de su consumo.

SALUD PÚBLICA, ASISTENCIA SANITARIA E INTERVENCIÓN PÚBLICA

Después de reconocer los fallos de su mercado, que parecen excluir a la sanidad de lo que son los “mercados” en su acepción convencional, se ha de delimitar qué entendemos por sanidad para poder clarificar la incompatibilidad entre ambos.

Cuando hablamos de sanidad estamos recogiendo un abanico muy amplio de servicios y productos, que se simplifica bajo la denominación de sanidad, en la que es preciso diferenciar la asistencia sanitaria de las actividades preventivas o de salud pública, características de la autoridad sanitaria, como ya se ha señalado anteriormente.

Mientras que las actividades relativas a la salud pública sólo se pueden prestar a través de mecanismos públicos o con una fuerte presencia de éstos, no ocurre así con la generalidad de la asistencia sanitaria, que es susceptible de facilitarse en régimen de prestación pública o privada, como apreciamos con la simple observación del sistema sanitario español. No abundaremos en las diferencias entre provisión pública o privada de los servicios sanitarios, ya que ambos tienen ventajas e inconvenientes; la situación concreta en cada país es fruto de su evolución histórica y del conjunto de valores sociales e individuales imperantes. En los países de la UE, que constituyen el entorno español más próximo, existen multitud de alternativas desde el punto de vista de organización y financiación de los servicios sanitarios; la característica común es la financiación pública de estos servicios. Ésta es la condición que se requiere para evitar discriminaciones e inequidades socialmente inadmisibles.

La financiación pública y la actuación del Estado como regulador y “contratista” del complejo conjunto de servicios profesionales y equipos que configuran la actividad sanitaria evita inequidades y comportamientos oportunistas. En ausencia de financiación pública, cuyo caso paradigmático es EE. UU., la calidad y cantidad de la asistencia sanitaria quedan supeditadas a la existencia de pólizas de seguro sanitario con elevadas primas, lo que origina

exclusión social, ya que existen estratos sociales para los que el acceso a tales pólizas representa un coste inasumible y quedan a merced de la cobertura que les proporcionen las instituciones públicas¹.

La financiación pública proporciona transferencias de renta entre individuos sanos y ricos a los más desfavorecidos. De esta forma, se asegura la cohesión social y se fomenta la equidad entre individuos y territorios.

COMPORTAMIENTO DEL CENTRO SANITARIO COMO EMPRESA

La sencilla observación de la realidad muestra que los centros sanitarios, especialmente los hospitales de mayor dimensión y complejidad, constituyen empresas altamente especializadas y especiales en su objeto e idiosincrasia.

Un centro sanitario es, en primer lugar, una organización compleja con objetivos fijados y medios para lograrlos; en definitiva, ha de organizar una “producción” de servicios sanitarios. Desde el punto de vista de su gestión económica, ha de tomar decisiones sobre varias cuestiones:

- Delimitar cuál es la “cartera de servicios” que va a ofertar (en definitiva, qué productos y terapias) y, por consiguiente, en qué cuantía. Tales servicios además no son estáticos, sino que cambian en el tiempo en función de la disponibilidad de profesionales, tecnologías y recursos financieros. Ello implica asignar recursos a bienes de equipo y personas, y plantear posibles combinaciones de ambos en aras a conseguir una prestación eficaz y eficiente.

¹ EE. UU. es el ejemplo de país con mayor porcentaje de PIB dedicado a sanidad respecto a sus indicadores de estado de salud, unido a colectivos poblacionales sin protección. El gasto dedicado a la sanidad en EE. UU. en 1972 representaba el 7,2% del PIB y en 2002 el 14,6%, mientras que otro país con sistema público de aseguramiento como Alemania ha pasado del 6,9% al 10,6% en el mismo periodo, con un ritmo de crecimiento inferior al partir de un nivel similar. La doctrina pone de manifiesto que no siempre es más eficiente socialmente gastar mucho en sanidad. Eco-Salud OCDE 2004.

- Ha de allegar todos los *inputs* corrientes necesarios para el proceso productivo, para lo que recurrirá al mercado utilizando sus procesos específicos de compra.
- Debe decidir qué tecnología se va a utilizar y en qué inversiones se va a concretar. Por lo tanto, ha de priorizar sus inversiones, que le permiten adaptar su estructura actual a la que pretende llegar en un futuro, para lo que recurrirá también al mercado.
- Tiene que establecer una estrategia financiera, dentro de los condicionantes de carácter institucional (normativa de todo tipo, dependencia de una empresa o institución pública, etc.) que delimitan su actividad. Determinará los costes de sus servicios, lo que le permitirá plantear su viabilidad económica, y fijará tarifas en el supuesto de que haya que facturar sus servicios al mercado.
- Asignar capacidad de decisión a diferentes grupos y estamentos dentro de su organización sobre los recursos del centro. Los gerentes tienen determinadas capacidades, que no son ilimitadas, y existen comités dentro del centro que también ostentan ciertas facultades. Por encima de la gerencia existe un consejo de administración, patronatos o una institución pública que tutela administrativamente el centro sanitario. Cada estamento ostenta capacidades y prerrogativas diferentes, que les han sido asignadas de manera más o menos explícita y formal². Además, por la envergadura de los centros sanitarios, existen distintos colectivos profesionales con sus legítimos intereses y sindicatos que los representan. En consecuencia, se organizan las condiciones de trabajo, retribuciones y distribución de posibles rentas entre todos los grupos implicados.

² Los contratos explícitos con plena validez legal no siempre llegan a regular todos los comportamientos y relaciones posibles entre las partes, de ahí que en muchas instituciones el precedente, costumbre o prestigio determine una serie de situaciones. Se les denomina contratos implícitos por no ser expresos, pero van incluidos de manera informal en el que se establece legalmente. La concepción de la empresa como nexo de contratos ha sido un enfoque revelador para estudiar muchos aspectos de ésta.

Todo lo anterior pone de manifiesto que, desde un punto de vista organizativo, un centro sanitario dista bastante de una actividad burocrática, en el sentido tradicional del término³, y resulta más próximo a la situación de una organización empresarial (inmersa en un contexto dinámico y cambiante). La actividad sanitaria casa mal con un modelo organizativo inspirado en la burocracia, toda vez que las decisiones sobre tratamientos (en especial en la asistencia más crítica y urgente) requieren disponibilidad total de recursos. Un modelo organizativo de carácter burocrático (inspirado en la jerarquía y delegación estricta de funciones) requiere que el usuario esté en condiciones físicas o emocionales para autorizar determinadas prácticas o actuaciones, lo que hace que la relación entre el usuario y la prestación sanitaria no pueda regirse por este modelo. Como hemos señalado, descansa sobre la confianza en los profesionales (relación de agencia) más allá de todo incentivo económico y en la interacción mutua.

Sin embargo, a diferencia de otras empresas, el centro sanitario puede seguir varios comportamientos. En un régimen competitivo las empresas se supone que actúan como maximizadoras de beneficios, algo tan sencillo como ganar todo lo que puedan. El beneficio condiciona sus decisiones y orienta su gestión. El excedente originado se puede distribuir entre propietarios, gestores, profesionales, etc. Pero, además, el hospital en especial puede intentar actuar también como monopolio natural, supuesto en el que podrá generar beneficios por encima de los obtenibles en una situación de competencia. Desde un plano teórico, un hospital no puede ser un monopolio na-

³ Desde la concepción más clásica de burocracia (M. Weber), podemos considerar más próxima al arquetipo de burocracia una organización como la de un gran banco o compañía de seguros, en la que todos los servicios están perfectamente normalizados y en la que las variaciones son excepcionales, que un hospital, en el que lo habitual es que cada paciente presente características diferenciadoras (edad, complicaciones con otras patologías, hábitos de vida, estatus, riesgo profesional, etc.). Es decir, en el hospital pasa a ser norma habitual en el servicio prestado lo que es excepción del modelo burocrático. Ello no es óbice para que el hospital se integre dentro de una organización burocrática más amplia como ocurre con los sistemas de prestación pública.

tural (salvo el improbable caso de regulación legal expresa), pero puede intentar de forma temporal comportarse como tal.

Otras alternativas de comportamiento para un centro sanitario son la maximización de producto en cantidad y calidad, la gestión del centro sanitario como cooperativa de producción y como institución integrada en la burocracia.

En el modelo de comportamiento del centro sanitario como maximizador del producto y la calidad (Newhouse y Feldstein), la demanda de servicios sanitarios depende del precio y la calidad. El centro debe decidir cuántos recursos dedica a aumentar su capacidad (cantidad de producto) y los que dedica a incrementar su calidad. A corto plazo, el centro tenderá a buscar el máximo beneficio para permitir la expansión de su capacidad o servicios ofertados, para luego decidir entre aumentos de capacidad o de calidad, vía inversiones que refuerzan el prestigio del centro y la posibilidad de atracción de más pacientes. No se asegura la eficiencia del hospital, aunque se pueden minimizar costes. Esta falta de eficiencia deriva de que se fomenta la producción de servicios de alta calidad intensivos en tecnologías, ya que siempre se tienden a emplear todos los recursos posibles para atender al paciente (en particular si está dispuesto a pagarlos o existe una aseguradora que asuma los costos). La intensidad en el empleo de equipos sofisticados es muy alta, especialmente si el centro no es lucrativo o recibe financiación adicional (donaciones y subvenciones), puesto que refuerza el prestigio del centro.

En el modelo de institución presidida por la burocracia, el centro sanitario (integrado dentro de un servicio público) no se guiará por la lógica del beneficio sino que, siguiendo el modelo de Niskanen, perseguirá la maximización del presupuesto. En estos centros el personal no tiene derechos de propiedad sobre posibles ganancias, el consumidor no paga por los servicios recibidos y tampoco se facturan. La oferta de servicios sanitarios es monopolizada, prácticamente, por la administración pública. En esta situación el centro sanitario tiene menos interés en minimizar sus costes e intenta producir hasta agotar su presupuesto.

Dentro de este supuesto concreto hay que señalar la reforma abordada a principios de los años 90 en el Reino Unido⁴, donde basándose en las ideas de A. C. Enthoven se intentaron introducir mecanismos de simulación de mercados con carácter interno dentro de su organización sanitaria con el fin de mejorar su eficiencia.

Dentro del modelo de la institución sanitaria como cooperativa de producción (Pauly y Redish), el médico controla de forma directa el tipo de patologías admitidas, lo que obviamente implica que el facultativo no sea un asalariado del centro. En este caso, el profesional sanitario actúa casi como “propietario” (con capacidad de decisión o cierta influencia sobre posibles ganancias) y determina la producción del centro. En esta situación se persigue maximizar el ingreso percibido por los facultativos, el centro no obtiene beneficios y fija un precio equivalente al coste. Las rentas residuales una vez retribuidos todos los costes –característica del beneficio– no quedan en el centro, sino que se distribuyen entre los facultativos. Lógicamente, este esquema condiciona la evolución y el acceso al ejercicio profesional en cada centro, y asegura el control y eficiencia del proceso asistencial (existe un incentivo evidente).

Examinados los modelos posibles de comportamiento de los centros sanitarios, es preciso contemplar la relación de su actividad con el mercado. La prestación de la asistencia sanitaria se realiza en instituciones que, al margen de que sean de propiedad pública o privada, requieren para su funcionamiento el concurso de profesionales sanitarios y no sanitarios. Aparte de la estricta prestación sanitaria, existe un conjunto de actividades fuertemente vinculadas: óptica, farmacia, prótesis, etc., directamente relacionadas con

⁴ *Working for patients* era el título del libro blanco sobre la reforma del NHS británico, aparecido en 1989 y que proponía una serie de novedades en cuanto a la gestión del sistema sanitario. Se basaba en una serie de conceptos como competencia gestionada, separación de funciones entre financiadores de la asistencia sanitaria y quienes la prestan, inspirados por A. C. Enthoven. Dio origen a numerosos intentos de reforma en buena parte de los gobiernos europeos y, en el caso de España, también se emitió un informe que recogió muchas de estas ideas, el de la Comisión Abril.

la asistencia sanitaria y que tradicionalmente constituyen un sector de marcado carácter empresarial en el sentido más convencional del término.

Los centros sanitarios han pasado a ser los protagonistas de la asistencia sanitaria. Ésta ha derivado de la atención desde el marco de la familia a los centros sanitarios, dotados de multitud de equipos y recursos de tecnología sofisticada. La expansión en el número de los centros sanitarios conlleva el crecimiento de un amplio elenco de empresas que actúan en los mercados productores de equipos, productos y servicios que no se venden directamente a los pacientes, sino por conducto del centro sanitario. Baste pensar en los servicios de limpieza, seguridad, mantenimiento, etc., que se prestan en los hospitales, o bien en la creciente externalización de servicios de analítica e informática. A éstos hay que añadir otros más directamente vinculados a la asistencia sanitaria, como pueden ser: productos farmacéuticos o equipos sanitarios.

Estas actividades se desarrollan en mercados abiertos y se ofertan a los centros sanitarios en condiciones similares al resto de sectores. A título de ejemplo, los servicios de seguridad o jardinería se pueden negociar en igualdad de condiciones respecto de otros sectores de actividad (industria, finanzas, etc.). Esto nos aboca a considerar que dichos proveedores secundarios quedan plenamente sometidos a las reglas de mercado y a la obtención de beneficios para su supervivencia ya que, si no son eficientes, el mercado les expulsará.

Paradójicamente, muchos centros sanitarios no suelen ser empresas lucrativas (incluso en los EE. UU. los grandes hospitales suelen ser organizaciones no lucrativas), pero sí lo son sus proveedores en el sentido más amplio del término (desde los profesionales sanitarios hasta los equipamientos), lo que hace que el mercado y el beneficio no estén tan alejados de la sanidad como podría parecer.

En el caso de un sistema sanitario financiado y prestado directamente por la Administración Pública, esta situación se produce con

diferente intensidad. En la medida que el centro sanitario no busca beneficios encaja en el papel de centro no lucrativo. No obstante, las empresas proveedoras tratarán de fomentar el consumo máximo por el centro, y maximizarán ventas y beneficios, al no tener más restricción que el presupuesto del centro.

VALORACIÓN DEL MITO

Una vez examinados los modelos teóricos de comportamiento de los entes sanitarios y su relación con el mercado, veamos cuál es la presencia real del mercado y del beneficio en la asistencia sanitaria cotidiana española. Pasemos desde las determinaciones de la teoría a la medición de las realidades en la práctica del sistema sanitario español. Utilizaremos para ello un enfoque sectorial por proveedores y fuentes de financiación semejante al empleado en el mito sobre el gasto sanitario, del que, además, tomaremos los datos necesarios.

Los cinco sectores que consideraremos, en línea con el Sistema de Cuentas de la Salud de la OCDE, son: salud pública, asistencia primaria, asistencia hospitalaria, productos farmacéuticos y aparatos terapéuticos, y administración sanitaria y de seguros. Se examinará el gasto corriente en cada uno de ellos y, luego, el gasto de inversión conjunto.

En el sector de salud pública, en el que el enfoque teórico apoya una prestación pública, el componente de gasto privado alcanza un 36% del total, a lo que habría de adicionarse el valor de los *inputs* privados utilizados en la actividad pública, cuya cuantía se desconoce, aunque algunos como las vacunas se recogen en la consideración del renglón farmacéutico que se examina posteriormente.

En el área de asistencia primaria, el gasto privado supone un 56% del total, al comprender la mayoría de la asistencia bucodental, el importante componente de visitas médicas de las entidades del seguro de salud y las consultas privadas. A ello habría de adicionarse el valor de los *inputs* privados de la actividad pública, que tampoco incluimos por desconocimiento.

En el sector de asistencia hospitalaria, el gasto privado supone un 17% del total, a lo que se adiciona el valor de las compras de bienes y servicios o *inputs* privados realizados por la actividad pública que, según datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI), suponen el 35% de sus gastos totales, con lo que alcanzamos que el 46% del gasto hospitalario total se adquiere en régimen de mercado.

A pesar de las limitaciones derivadas de la profunda intervención pública en el sector, consideramos que la provisión de productos farmacéuticos y aparatos terapéuticos funciona en su totalidad en régimen de mercado al producirse y comercializarse dentro de ese enfoque, que ilumina tanto la actividad de los laboratorios farmacéuticos como la de los almacenes mayoristas, de las oficinas de farmacia y de los restantes canales de comercialización, como parafarmacias, óptica y audiometría. La libertad de elección del consumidor propia del mercado se traslada aquí al médico, en virtud de la relación de agencia que hemos comentado anteriormente.

La administración de seguros privados de salud y accidentes supone un 31% de los gastos totales de administración, a lo que se adiciona el valor de las compras de bienes y servicios o *inputs* privados de la actividad pública de administración, que estimamos en un 20% de sus gastos totales; los recursos que se adquieren a través del mercado llegan hasta un 45% del gasto total de administración.

Con ello, la proporción directa del sector privado en los gastos sanitarios corrientes totales supera largamente el listón del 30%, lo que se convierte en un 63% si adicionamos todos los renglones de compras de bienes y servicios o *inputs* privados por parte de la actividad pública. Si consideramos que el 100% del gasto de inversión pública y privada funciona en régimen de mercado, obtenemos que la proporción de gasto sanitario total que fluye a través del mercado, y está por tanto sometido a sus reglas, alcanza el 64%.

La pretendida incompatibilidad de la sanidad y el mercado resulta ser, por lo tanto, un mito apoyado en la teoría y no en la realidad,

una falacia de magnas proporciones al comprobarse que, con los cálculos precisos, un 64% del gasto total se realiza en la práctica cotidiana a través de los cauces del mercado. Esos casi dos tercios de la actividad económica sanitaria total se explican por el 30% largo que supone el gasto sanitario privado dentro del total, más otra cantidad equivalente proveniente del conjunto de bienes y servicios privados adquiridos por el sector público en régimen de mercado, entre los que destacan la totalidad del gasto en farmacia y la formación bruta de capital.

De manera correspondiente y en contra de lo afirmado por el mito, si descontamos el efecto de la hospitalización privada sin fines de lucro, que supone un 43% de la actividad conjunta privada y un 11% del gasto hospitalario total, un 59% de la actividad económica de la sanidad española funciona con el beneficio como elemento de guía de sus decisiones; los agentes respectivos plantean sus estrategias a corto y a largo plazo para alcanzar una compensación adecuada al riesgo asumido.

Podría argüirse que los cálculos presentados responden a un enfoque maximalista rechazable, ya que la totalidad de la provisión pública de asistencia sanitaria, que supone un 66% del gasto sanitario total, constituye el bloque de actividad denominado en las Cuentas Nacionales “sanidad no de mercado”, en oposición al 33% restante, correspondiente al gasto sanitario privado, al que se le etiqueta como “sanidad de mercado”. Siendo esto cierto, debemos aclarar que el criterio de clasificación utilizado en la contabilidad nacional es estrictamente la existencia o no del pago de un precio, lo que corresponde a una visión restringida del tema que contemplamos, al ignorar los bienes y servicios privados adquiridos en régimen de mercado dentro de la actividad pública, cuya valoración hemos realizado.

Admitamos, pues, que en la determinación de la proporción de asistencia sanitaria que funciona en régimen de mercado pueden utilizarse dos criterios: uno estricto y otro amplio, que es el que hemos escogido. El paso del primer al segundo enfoque supone la incorporación a los cálculos de los *inputs* privados ad-

quiridos en régimen de mercado por parte del sector público sanitario.

Una vez cristalizado lo expuesto, vemos que diferentes empresas pertenecientes a sectores en torno a la asistencia sanitaria pública presentan beneficios y que éstos no son ajenos a la actividad sanitaria. Para ello, nos centramos en algunos ejemplos próximos.

Uno de los proveedores típicos de los centros sanitarios son las empresas farmacéuticas, que poseen a menudo carácter multinacional; pero para utilizar un ejemplo más próximo, basta con acercarse a la Bolsa española, de la que observamos el mercado continuo. Las cinco empresas del sector de productos farmacéuticos⁵ obtuvieron cerca de 35 millones de euros de beneficio en 2004. Aún más relevante es su trayectoria y evolución durante 2005. De las cinco empresas, tres han tenido revalorizaciones con respecto a su situación al comienzo del ejercicio –situadas entre el 27% y el 60%–, mientras que las otras dos se han mantenido en los valores de inicio. En ese mismo periodo, el IBEX 35⁶ se ha revalorizado del orden del 18,2%, lo que da una idea de las expectativas de crecimiento y generación de beneficios de aquéllas.

Esta misma argumentación puede repetirse con otras empresas de servicios (mantenimiento, limpieza, seguridad, informática, etc.). Algunas de ellas cotizan en nuestros mercados de valores y presentan evoluciones que intuimos similares.

Por otra parte, las empresas de seguros también cumplen una importante función. Dentro de los seguros se diferencian dos ramas

⁵ Se trata de empresas de pequeña y mediana capitalización (*small cap*), que no constituyen los valores más destacables del mercado continuo. El conjunto estudiado no agrupa empresas productoras de medicamentos, puesto que participan en filiales (españolas y extranjeras) con actividades en prótesis, material sanitario, etc., o investigación en biotecnología.

⁶ Índice que agrupa los 35 valores más importantes del mercado continuo. Son los que presentan un mayor volumen de operaciones y capitalización bursátil.

principales: vida y no vida; en esta última, se encuadra el seguro de asistencia sanitaria y enfermedad⁷. El ramo de seguros de salud, en su conjunto, obtiene el 15%⁸ de las primas de seguro del ramo no vida, y ocupa el tercer lugar en el *ranking* sectorial del seguro, por debajo de los sectores de automóviles y multirriesgo. El resultado técnico-financiero de esta rama aseguradora es de 290 millones de euros, con un incremento del 20,9% respecto del ejercicio anterior, si bien no se trata de beneficio en sentido estricto, ya que supone una aportación para su consecución.

EMPLEO Y OTROS BENEFICIOS INDUCIDOS

Con frecuencia, se considera de forma equivocada el gasto en asistencia sanitaria como un gasto poco productivo, puesto que no son generadores de beneficio los centros sanitarios públicos. Sin embargo, y en función del carácter de consumidores de *inputs* externos que hemos señalado, inducen efectos económicos nada desdeñables y generan crecimiento en su área de influencia geográfica. En definitiva, dinamizan la actividad económica.

Desde un punto de vista global hay tres claros efectos:

- Como cualquier actividad económica contribuyen a la generación de PIB.
- Dado que el empleo de recursos humanos es especialmente intensivo en la asistencia sanitaria, crean empleo y lo mantienen.

⁷ La diferencia entre seguros de enfermedad y asistencia sanitaria es que en los primeros la compañía de seguros cubre los gastos de la asistencia sanitaria que el asegurado presenta (elige centro y especialista), mientras que en los segundos el asegurado elige entre un cuadro médico que establece la compañía y asiste a los centros que ésta tiene concertados.

⁸ Los datos proceden de *Seguros y fondos de pensiones. Informe 2004*, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Ministerio de Economía y Hacienda.

- El efecto conjunto de los dos anteriores se traduce en incrementos recaudatorios para la hacienda pública a través del IVA, el impuesto de sociedades y el IRPF.

Los centros sanitarios presentan una estructura de gastos en la que tienen una elevada importancia los gastos de personal. La asistencia sanitaria es intensiva en el empleo de profesionales cualificados, muy por encima de otros sectores de actividad. El peso de estas retribuciones supera el 50% del gasto total (en función del tipo de centro sanitario y el esquema retributivo de sus profesionales); el resto de los gastos se dedica a las demás necesidades del centro.

Se trata de actividades de alto valor añadido. Para facilitar un dato expresivo destacamos que con cifras referidas a la Comunidad de Madrid en el año 2000, según la Tabla *Input-Output*⁹, la rama de actividad económica de sanidad (en la que se agregan mercado y no mercado¹⁰) es la séptima rama de actividad con mayor aportación al valor añadido bruto¹¹. Tiene por delante construcción, comercio al por mayor, servicios inmobiliarios, intermediación financiera, administraciones públicas y hostelería.

Según la misma fuente, el número de empleos directos de la sanidad madrileña (se agregan la destinada a la venta y la de no mercado) asciende a 128.000 aproximadamente. Esto convierte la sanidad en la séptima mayor generadora de empleo en la Comunidad de Madrid (por delante quedarían construcción, comercio al por

⁹ Collado JC, *et al.* La economía de Madrid según la Tabla *Input-Output* de 2000. Madrid: Ed. Civitas 2003.

¹⁰ Esta distinción se refiere a la sanidad destinada a la venta (prestada en centros privados con una finalidad lucrativa) respecto de la que no tiene fines lucrativos.

¹¹ Éste se define como la suma de la remuneración de asalariados, excedente bruto de explotación y otros impuestos netos a la producción. Se considera un buen indicador de la capacidad de distribución de rentas a nivel regional, y es de suponer que los nuevos centros sanitarios que hayan entrado en funcionamiento contribuirán a reforzar esta posición en las Tablas *Input-Output* de ejercicios posteriores.

menor, administraciones públicas, servicio doméstico, hostelería y comercio al por mayor).

Este dato se corrobora por la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado¹². En la Comunidad de Madrid existen 61.867 empleos directos en la sanidad hospitalaria, con un volumen de operaciones de 2.914 millones de euros, aunque en los centros hospitalarios no sólo cuentan con personal de plantilla, sino que utilizan también servicios externalizados que suponen puestos de trabajo adicionales (conocidos como contratados).

Un último ejemplo es el de las oficinas de farmacia: existen 20.461 en toda España y 57.945¹³ farmacéuticos colegiados, en su mayoría empleados en aquéllas, de lo que se deduce su capacidad de generación de empleo.

Como se puede apreciar, por la vía del empleo la sanidad contribuye a crear y a mantener el nivel de rentas familiares, lo que se traduce en consumo (en función de su propensión a consumir o a ahorrar) y arrastra, así, al resto de sectores de actividad.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las determinaciones teóricas de la doctrina muestran la existencia de fallos en los mercados de la sanidad inherentes a la naturaleza de ésta, que reclaman la intervención pública en los mismos. Tal intervención se realiza para intentar remedar el funcionamiento de los mercados sanitarios en condiciones ideales.

Entre los sectores que componen la sanidad, la doctrina asigna un papel preponderante a la provisión pública en las actividades de salud pública, mientras que en las restantes parcelas no recomienda tal prioridad. Así, es corriente la coexistencia de los sectores pri-

¹² Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo.

¹³ Organización Farmacéutica Colegial, datos de diciembre de 2004, disponibles en www.portalfarma.com.

vado y público en la asistencia primaria, lo mismo que en la asistencia hospitalaria en la que, junto a la actividad privada, operan organizaciones públicas o sin ánimo de lucro (*non-profit*).

Se ha examinado el papel de mercado y los distintos modelos de comportamiento de los centros sanitarios, y se aprecia cómo para asegurar una asignación óptima de recursos a nivel social ha de producirse una intervención pública. Ésta adquiere diferentes formas en cada país; va desde la simple regulación normativa (que establece requisitos para la apertura de centros y la prestación de asistencia sanitaria) hasta la financiación de seguros o la prestación directa de los servicios mediante su propia red de centros. El abanico de situaciones es amplio y cada sociedad, según sus valores predominantes, se ha dotado de un modelo asistencial concreto.

En todo caso, al analizar la realidad española constatamos que una parte importante de las transacciones discurre a través del mercado, porcentaje que en un enfoque estricto supone un 33% de la actividad sanitaria y alcanza hasta un 64% en un enfoque amplio. Bajo esta última óptica, el beneficio ilumina un 59% de la actividad sanitaria, incluyendo el obtenido en el sector privado y el inducido por la actividad pública en los distintos sectores con los que se interrelaciona. Además, hemos evidenciado que la sanidad constituye un importante yacimiento de empleo, por lo que sus “beneficios intangibles” en forma de cohesión social y estímulo de la demanda agregada trascienden al gasto sanitario.

De lo expuesto se desprende que la presunta incompatibilidad entre sanidad, mercado y beneficio constituye un mito que no tiene fundamento en la realidad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Albi E, González-Páramo JM, Zubiri I. *Economía pública*. Barcelona: Ed. Ariel Economía 2000.
2. Collado JC, et al. *La economía de Madrid según la Tabla Input-Output de 2000*. Madrid: Ed. Civitas 2003.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*. Madrid 2002 y www.msc.es.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La armonización internacional de las estadísticas de gasto sanitario: Sistemas de Cuentas de la Salud en España*. SDG de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Madrid 2005.
5. OCDE. *Sistema de Cuentas de la Salud*. París 2000.
6. Perona Larraz JL. *Mitos y paradojas de la sanidad española. Un análisis crítico. Tercer mito "El gasto sanitario español es el más reducido de Europa"*. Círculo de la Sanidad. Madrid 2006.
7. Puig Junoy J. *Crecimiento, empleo y tecnología en el sector hospitalario español*. Departament de Sanitat y Seguritat Social. Barcelona 1993.
8. Rivera B. *El papel de la salud en la acumulación de capital humano: efectos sobre la productividad en economías desarrolladas*. Información Comercial Española núm. 804. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Madrid 2003.
9. Urbanos RM. *Consideraciones teóricas sobre la intervención del sector público en sanidad y su articulación real en España: una reflexión sobre las cuestiones distributivas*. Documentos de Trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense. Madrid 1999.

SEGUNDO MITO

**España posee el sexto mejor sistema sanitario
del mundo**

*“Que no se atreve
a censurallos quien no se
atreve a entendellos”*

LOPE de VEGA

INTRODUCCIÓN

El mito que se considera en segundo lugar está extraído de los resultados del ***Informe sobre la salud en el mundo***, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, que fue recibido con expectación general y con justificable beneplácito en España, donde se repite constantemente desde entonces, sin tener en cuenta su rechazo por la doctrina ni la discontinuación de las estadísticas por la propia OMS.

La consideración del Informe nos introduce en la contemplación del variopinto mosaico que componen los sistemas sanitarios de todos los países del mundo, cuyas realidades y problemas se muestran en un interesante marco comparativo construido con objetivos de aprendizaje, al permitir deducir a cada país lo hecho o no hecho y lo que se ha realizado bien frente a los errores cometidos por cada uno.

Pero el Informe tiene una vocación aún más elevada, intenta medir el rendimiento de los medios sanitarios puestos en juego por los diversos sistemas, tal como indica el subtítulo literal de la versión española del trabajo: “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Se penetra, así, en el campo del desempeño, aproximada pero desafortunada traducción al castellano del comprensivo término sajón *performance*.

La medición del desempeño, rendimiento o *performance* de los sistemas sanitarios constituye un loable intento de la OMS, ya que supone establecer la relación entre los medios sanitarios utilizados en cada país con los resultados en salud alcanzados, dato de trascendencia para los gestores de cualquier sistema.

Ello comporta también un cambio desde el campo cualitativo a otro eminentemente cuantitativo, con las consecuentes exigencias de enfoque, rigor metodológico y validez de los datos, aspectos que –como confirmaremos más adelante– acabaron arruinando tan laudable empeño.

Estimamos que el mito que vamos a analizar es el más nocivo que recorre el sistema sanitario español, puesto que a partir de su aparición se ha enfriado el debate sanitario en España al eliminar la necesidad de cualquier diagnóstico del sistema sanitario, dados los óptimos resultados alcanzados; parece recomendable, más bien, no modificar nada del mismo.

PLANTEAMIENTO

La validez de tan generalizado como sorprendente aserto se enjuicia reconociendo, en primer lugar, la aportación realizada por los sucesivos informes anuales de la OMS y enfocando, luego, con más atención los antecedentes del trabajo, su contenido, las personalidades del equipo redactor, la metodología y los resultados del Informe publicado en 2000, con lo que se describirá en detalle el alcance del mito analizado.

La progresiva descripción de los resultados que se van alcanzando en cada una de las áreas contempladas por el Informe viene acompañada de los comentarios oportunos, que muestran la existencia desde el comienzo de importantes incoherencias y situaciones de difícil explicación, cuya consideración se deja para el capítulo posterior de críticas de la doctrina.

Se resumen, luego, los resultados que el Informe ofrece para el sistema sanitario español en cada uno de los conceptos; y se describen las características particulares de la formulación del mito en su vigencia española.

A continuación, se recoge un extenso resumen de las numerosas críticas recibidas por el Informe, tanto por parte de expertos sanitarios norteamericanos como europeos, y en particular españoles, que paralizaron la continuidad temporal de la clasificación por ren-

diminución de los sistemas sanitarios de los países del mundo que aparece en el mismo.

El análisis realizado presenta, finalmente, la situación actual del empeño de la OMS y de la vigencia del mito en España, y muestra los desafortunados rasgos de su lozana pervivencia para la sanidad española.

LOS INFORMES ANUALES DE LA OMS

La OMS es el organismo de las Naciones Unidas especializado en asuntos de salud, y cuenta en la actualidad con 193 Estados miembros. Fue creado en 1948 con el objetivo de que todos los pueblos pudieran gozar del grado máximo de salud alcanzable; se consideraba la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

Entre sus numerosas publicaciones, que constituyen una guía obligada para los responsables y profesionales de la sanidad en todo el mundo, la propia Organización destaca como más relevante el *Informe sobre la salud en el mundo* (1), que aparece anualmente desde 1995. Su finalidad principal es “proporcionar a los países, los organismos donantes, las organizaciones internacionales y otras entidades la información que necesitan para ayudarles a tomar decisiones de política y de financiación”.

El informe anual tiene una difusión más amplia que la puramente sanitaria; su presencia se extiende a las universidades, hospitales docentes y escuelas, medios de comunicación y público en general, y posee vocación de alcanzar a cualquier persona interesada en la salud internacional, ya sea profesional o personalmente.

Comprende un doble contenido. Por un lado, presenta la evaluación anual de la situación de la salud en todo el mundo, con abundante apoyo estadístico, a lo que adjunta el estudio monográfico de un determinado tema sanitario. Desde su aparición, los temas tratados han sido:

- **1995.** Reducir las desigualdades.
- **1996.** Combatir las enfermedades infecciosas y promover el desarrollo.
- **1997.** Actuar sobre enfermedades no transmisibles.
- **1998.** Cincuenta años de salud y previsiones 2025.
- **1999.** Estrategias de cambio para el siglo XXI.
- **2000.** Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
- **2001.** Salud mental: nuevos conocimientos y esperanzas.
- **2002.** Factores de riesgo y promoción de una vida sana.
- **2003.** Amenazas para la salud: forjemos el futuro.
- **2004.** Estrategia global contra el SIDA.
- **2005.** Salud maternal e infantil.

Los temas sanitarios estudiados cada año han supuesto, invariablemente, una notable aportación a la doctrina sanitaria, aunque destaca por encima de todos el Informe del año 2000, que fue presentado mundialmente en rueda de prensa por la directora general de la OMS el 21 de junio de dicho año, día de nacimiento del mito.

Se iniciaba con un mensaje de la directora general de la OMS, una visión de conjunto, seis capítulos de texto con 140 páginas y 63 páginas de anexos estadísticos. Los capítulos tenían el siguiente contenido: ¿por qué son importantes los sistemas de salud?, ¿cuál es su desempeño?, ¿han sido bien seleccionados y se encuentran bien organizados los sistemas de salud?, ¿qué recursos se requieren?, ¿quién paga los servicios de salud?, y ¿de qué forma se protege el interés público?

El trabajo fue dirigido por un comité de orientación compuesto por nueve expertos bajo la dirección del mejicano Julio Frenk –director ejecutivo de la OMS–, desarrollado a partir de un marco conceptual formulado por éste y por el neozelandés Christopher Murray –director del Programa Mundial sobre Pruebas Científicas e Información para las Políticas de la OMS y anterior profesor de Economía Internacional de la Salud de la Universidad de Harvard–, y elaborado por multitud de colaboradores, encuadrados en 11 grupos de trabajo, que produjeron prolijos informes técnicos como base del Informe.

Uno de los grupos de trabajo estaba dirigido por el doctor austriaco Alan López, consejero científico senior de la directora general de la OMS y responsable junto con Murray de numerosas publicaciones científicas, una de las cuales, *La carga global de la enfermedad* (CGE), fue también coeditada por la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard (2), y puede considerarse como antecedente del Informe, al introducir un nuevo parámetro sanitario, la esperanza de vida ajustada por discapacidad, y utilizar un profuso aparato estadístico, aspectos que se reproducen en el trabajo que ahora comentamos.

La esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) o esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) constituye un refinamiento teórico de la esperanza de vida, que resta de ésta los periodos vividos con enfermedad, por lo que mide exclusivamente la esperanza de vida con salud; asimismo, refleja más certeramente la salud de un colectivo al considerar su morbilidad junto a la mortalidad.

El Informe 2000 levantó una inusitada expectación general, puesto que fue presentado como “el primer análisis nunca realizado sobre los sistemas de salud de todo el mundo”; se señalaba, además, que abría nuevos horizontes metodológicos “al emplear técnicas no utilizadas previamente en el análisis de los sistemas sanitarios”.

En efecto, las valoraciones del Informe se extendieron a 191 países y compararon cada sistema con la estimación por expertos del lí-

mite superior que podía lograrse con los recursos disponibles en ese país, así como con otros países.

El sistema de evaluación empleado se basó en cinco indicadores: dos radicados en el campo de la salud (nivel global y disparidades dentro de la población); dos en el de capacidad de respuesta del sistema sanitario (nivel global y disparidades dentro de la población); y uno en el de financiación del sistema (distribución de la carga financiera).

Para medir el nivel general de salud de un país se escogió el valor de la EVAD, instrumento ofrecido por primera vez a nivel mundial. En cambio, las disparidades en la salud se midieron con igual grado de novedad a través del índice de igualdad en la mortalidad infantil, al no haberse finalizado todavía los estudios sobre la distribución de la EVAD. Los datos de este capítulo se obtuvieron de fuentes directas, encuestas y estimaciones.

El nivel global de capacidad de respuesta del sistema comprendía dos componentes: el respeto por las personas (incluyendo dignidad, confidencialidad y autonomía) y la orientación al paciente (rapidez en la atención, acceso a las redes de apoyo social, calidad de los servicios básicos y capacidad de elegir el proveedor); mientras que las disparidades se referían a los porcentajes de población pobre, mujeres, mayores y minorías étnicas. Las determinaciones de este capítulo se derivaron de “una encuesta sobre casi 2.000 informantes clave en determinados países”.

Finalmente, a la financiación del sistema no se le atribuía ningún indicador de promedio, se consideraba que el nivel de gasto sanitario constituía una elección social sin una única respuesta correcta al existir siempre usos alternativos de los recursos dedicados a la salud. El único indicador utilizado fue el de distribución de la carga financiera, medida por la proporción entre los gastos sanitarios de los hogares y sus ingresos por encima del nivel de subsistencia (gasto en alimentación), de forma que la distribución de la carga sería equitativa si la proporción fuese idéntica para todos los hogares, independientemente de su nivel de renta o salud.

De nuevo aquí, los datos provenían de información directa “para ciertos países que tenían información disponible”, mientras que para el resto se utilizaron “métodos indirectos e información sobre las covariables importantes”.

Con base en la metodología, conceptos y fuentes de información reseñadas, el Informe ofrece la comparación entre países con un creciente grado de agregación; se inicia con el logro de cada uno de los cinco indicadores antes contemplados, para ofrecer luego el logro global de cada sistema sanitario, y finalizar con la elaboración de dos índices de desempeño.

El primero de ellos es el desempeño en nivel de salud o eficiencia de traducción del gasto sanitario en EVAD, y se mide por el cociente entre la EVAD de cada país y la alcanzable por el país más eficaz con los recursos de aquél, determinado por la aplicación del método de fronteras de producción y los niveles de educación como representante de los determinantes de salud ajenos al sistema sanitario. El segundo es el desempeño global del sistema de salud, calculado por el cociente entre el logro global y el gasto sanitario, aplicando el mismo método de fronteras.

A fin de poder ofrecer índices cada vez más sintéticos, el Informe atribuyó ponderaciones a cada uno de los componentes dentro de su capítulo y, asimismo, ponderó los tres capítulos generales, todo ello con base en “una encuesta realizada a más de 1.000 profesionales de la salud pública en más de 100 países”. Los resultados de la encuesta fueron los siguientes: 50% para la salud (25% para el nivel y 25% para la dispersión), 25% para la capacidad de respuesta (12,5% para el nivel y 12,5% para la dispersión), y 25% para la contribución financiera.

SITUACIÓN ESPAÑOLA EN EL INFORME. FORMULACIÓN DEL MITO

Sobre las bases del trabajo expuestas, ¿cuál es la situación comparativa de España en cada uno de los cinco conceptos seleccionados por el Informe? A continuación, se ofrecen los resultados de los cálculos comentados referentes a las cinco áreas de medida utilizadas

en el mismo: salud, capacidad de respuesta del sistema, equidad financiera, logro global del sistema e indicadores de desempeño.

Salud

En la Tabla I, España aparece en quinto lugar en logro de nivel de salud y undécima en distribución. Esta última observa diferencias tan reducidas entre países que permite a España mantener el sexto lugar en la cobertura conjunta (nivel y distribución) de los objetivos de salud.

La buena nota que ofrece el Informe a los logros del sistema español en términos de salud era esperable, habida cuenta del apoyo de los cálculos en la esperanza de vida, parámetro sanitario en el que España siempre ha destacado y que, sin que abunden las explicaciones oficiales ni de la doctrina sobre las razones de tan favorable posición, se ha interiorizado con generalidad en España. Además, se observa que esta favorable posición se transmite afortunadamente desde el campo general de la esperanza de vida a la matizada parcela que utiliza el Informe, la esperanza de vida libre de incapacidad.

En todo caso, es preciso admitir que la situación de España en la cabecera del *ranking* (precedidos por Japón, Australia, Francia y Suecia) es positiva, si bien la consideración de algunos de los países que nos siguen en la clasificación (Italia, Grecia, Suiza, Mónaco, Andorra y San Marino) es indicativa de la influencia de los hábitos vitales en la esperanza de vida y no de la bondad del sistema sanitario, que es lo que se trata de valorar. Por otro lado, creemos que la ubicación de los EE. UU. en el puesto vigesimocuarto puede medir certeramente las dificultades sanitarias que caracterizan a su sistema.

Tampoco causa sorpresa el undécimo puesto de España en la distribución de los logros en salud, habida cuenta de la universalidad de su sistema y del esfuerzo generalizado que se ha venido realizando para reducir las tasas de mortalidad infantil, parámetro utilizado por el Informe que, a buen seguro, observará ulteriores mejoras en años subsiguientes. Sorprende, sin embargo, que en la

TABLA I. Informe OMS 2000. Logro de salud							
	Nivel	Distribución	Media	Ordinal			
1	Japón	74,5	0,999	0,9995	1	Japón	1
2	Australia	73,2	0,977	0,9798	2	Reino Unido	0,981
3	Francia	73,1	0,978	0,9796	3	Noruega	0,981
4	Suecia	73	0,975	0,9774	4	Australia	0,980
5	España	72,8	0,978	0,9776	5	Francia	0,980
6	Italia	72,7	0,978	0,9769	6	España	0,978
7	Grecia	72,5	0,979	0,9761	7	Suecia	0,977
8	Suiza	72,5	0,978	0,9756	8	Italia	0,977
9	Mónaco	72,4	0,97	0,9709	9	Grecia	0,976
10	Andorra	72,3	0,975	0,9727	10	Suiza	0,976
11	San Marino	72,3	0,978	0,9742	11	San Marino	0,974
12	Canadá	72	0,977	0,9717	12	Andorra	0,973
13	Países Bajos	72	0,978	0,9722	13	Países Bajos	0,972
14	Reino Unido	71,7	0,999	0,9807	14	Canadá	0,972
15	Noruega	71,7	0,999	0,9807	15	Mónaco	0,971
16	Bélgica	71,6	0,975	0,9680	16	Austria	0,970
17	Austria	71,6	0,978	0,9695	17	Bélgica	0,968
18	Luxemburgo	71,1	0,977	0,9657	18	Luxemburgo	0,966
19	Islandia	70,8	0,976	0,9632	19	Islandia	0,963
20	Finlandia	70,5	0,975	0,9607	20	Israel	0,962
21	Malta	70,5	0,946	0,9462	21	Alemania	0,961
22	Alemania	70,4	0,977	0,9610	22	Finlandia	0,961
23	Israel	70,4	0,979	0,9620	23	Chile	0,960
24	EE. UU.	70	0,966	0,9528	24	Cuba	0,959
25	Chipre	69,8	0,968	0,9525	25	Irlanda	0,956
26	Dominica	69,8	0,953	0,9450	26	Dinamarca	0,954
27	Irlanda	69,6	0,978	0,9561	27	Nueva Zelanda	0,953
28	Dinamarca	69,4	0,977	0,9543	28	EE. UU.	0,953
29	Portugal	69,3	0,959	0,9446	29	Chipre	0,952
30	Singapur	69,3	0,971	0,9506	30	Singapur	0,951
31	Nueva Zelanda	69,2	0,978	0,9534	31	Eslovenia	0,948
32	Chile	68,6	0,999	0,9599	32	Malta	0,946
33	Cuba	68,4	0,999	0,9586	33	Dominica	0,945
34	Eslovenia	68,4	0,977	0,9476	34	República Checa	0,945
35	República Checa	68	0,977	0,9449	35	Portugal	0,945

cabecera del *ranking*, y por delante de España, se encuentren países como Chile, Polonia, Grecia, Israel y San Marino, lo que no parece responder sino a apreciaciones desenfocadas del Informe.

Capacidad de respuesta del sistema

En el segundo capítulo “Capacidad de respuesta del sistema de salud”, España se sitúa en el puesto trigesimocuarto en cuanto a nivel, y en el intervalo del tercero al trigesimoctavo en cuanto a dispersión, valor que vuelve a mostrar capacidades de variación increíblemente limitadas al ofrecer el mismo nivel que España a 36 países. En el conjunto del capítulo (nivel y distribución), aparecemos en el lugar trigesimosegundo, tal como se aprecia en la Tabla II.

El Informe no valora muy positivamente el sistema español en cuanto a capacidad de respuesta y lo ubica en una posición peor de lo esperable, lejos de los puestos de cabecera ocupados por los EE. UU. y Suiza, países dotados de sistemas sanitarios de reconocida potencia. Otro asunto es que encontremos por delante de España a Andorra, Malasia o Tailandia en nivel de respuesta del sistema, o bien a Bulgaria, Argentina o Bahamas en distribución, lo que sin necesidad de mayores averiguaciones resta credibilidad a los resultados ofrecidos.

Equidad financiera

En el tercer capítulo “Equidad financiera”, la Tabla III sitúa a España en el intervalo entre los puestos vigesimosexto y vigesimonoveno, de nuevo alejada de los lugares esperables en función de la modernidad y universalidad de su sistema tributario. Influye, sin duda, el elevado peso que atribuye el Informe al gasto sanitario privado con relación al total (29,4%), superior al que le otorgan las cifras oficiales y más cerca de las estimaciones personales que se presentan al considerar el tercer mito. En todo caso, el hecho de que la cabecera del *ranking* esté ocupada por países como Colombia, Luxemburgo, Bélgica o Djibouti no dota precisamente de verosimilitud a la clasificación comentada.

Logro global del sistema

La Tabla IV muestra que España se coloca en el puesto vigesimoprimero en cuanto al logro global de los objetivos del sistema, cla-

TABLA II. Informe OMS 2000. Capacidad de respuesta

		Nivel	Distribución	Media	Ordinal		
1	EE. UU.	8,1	0,995	0,998	1	EE. UU.	0,998
2	Suiza	7,44	0,995	0,957	2	Suiza	0,957
3	Luxemburgo	7,37	0,995	0,952	3	Luxemburgo	0,952
4	Dinamarca	7,12	0,995	0,937	4	Dinamarca	0,937
5	Alemania	7,1	0,995	0,936	5	Alemania	0,936
6	Japón	7	0,995	0,930	6	Japón	0,930
7	Canadá	6,98	0,995	0,928	7	Canadá	0,928
8	Noruega	6,98	0,995	0,928	8	Noruega	0,928
9	Países Bajos	6,92	0,995	0,925	9	Países Bajos	0,925
10	Suecia	6,9	0,995	0,923	10	Suecia	0,923
11	Chipre	6,88	0,991	0,920	11	Australia	0,921
12	Australia	6,86	0,995	0,921	12	Austria	0,921
13	Austria	6,86	0,995	0,921	13	Mónaco	0,920
14	Mónaco	6,85	0,995	0,920	14	Chipre	0,920
15	Islandia	6,84	0,995	0,920	15	Islandia	0,920
16	Bélgica	6,82	0,995	0,918	16	Bélgica	0,918
17	Francia	6,82	0,995	0,918	17	Francia	0,918
18	Bahamas	6,77	0,995	0,915	18	Bahamas	0,915
19	Finlandia	6,76	0,995	0,915	19	Finlandia	0,915
20	Israel	6,7	0,995	0,911	20	Israel	0,911
21	Singapur	6,7	0,995	0,911	21	Singapur	0,911
22	Italia	6,65	0,995	0,908	22	Italia	0,908
23	Nueva Zelanda	6,65	0,995	0,908	23	Nueva Zelanda	0,908
24	Brunei	6,59	0,995	0,904	24	Brunei	0,904
25	Irlanda	6,52	0,995	0,900	25	Irlanda	0,900
26	Quatar	6,51	0,995	0,899	26	Quatar	0,899
27	Reino Unido	6,51	0,995	0,899	27	Reino Unido	0,899
28	Andorra	6,44	0,994	0,895	28	Andorra	0,895
29	Kuwait	6,34	0,995	0,889	29	EAU	0,891
30	EAU	6,33	1	0,891	30	Kuwait	0,889
31	Malasia	6,32	0,975	0,878	31	San Marino	0,886
32	San Marino	6,3	0,995	0,886	32	España	0,879
33	Tailandia	6,23	0,982	0,876	33	Malasia	0,878
34	España	6,18	0,995	0,879	34	Tailandia	0,876
35	Corea	6,12	0,992	0,874	35	Corea	0,874
36	Grecia	6,05	0,995	0,871	36	Grecia	0,871
37	Eslovenia	6,04	0,981	0,863	37	Barbados	0,867
38	Portugal	6	0,981	0,861	38	Argentina	0,864
39	Barbados	5,98	0,995	0,867	39	Eslovenia	0,863
40	Argentina	5,93	0,995	0,864	40	Portugal	0,861

TABLA III. Informe OMS 2000. Equidad financiera		
	Países	Índice
1	Colombia	1
2	Luxemburgo	0,989
3	Bélgica	0,987
4	Djibouti	0,987
5	Dinamarca	0,987
6	Irlanda	0,986
7	Alemania	0,986
8	Noruega	0,985
9	Japón	0,985
10	Finlandia	0,985
11	Reino Unido	0,985
12	Austria	0,984
13	Libia	0,984
14	Suecia	0,984
15	Islandia	0,984
16	Kribati	0,983
17	Islas Salomón	0,982
18	Nauru	0,982
19	Canadá	0,982
20	Islas Marshall	0,981
21	Países Bajos	0,981
22	EAU	0,981
23	Nueva Zelanda	0,980
24	Cuba	0,980
25	Micronesia	0,980
26	España	0,979
27	Francia	0,979
28	Tuvalu	0,979
29	Australia	0,979
30	San Marino	0,978
31	Kuwait	0,978
32	Palau	0,978
33	Andorra	0,977
34	Suiza	0,972
35	Israel	0,972
36	Grecia	0,971
37	Mónaco	0,970
38	Malta	0,970
39	Italia	0,969
40	EE. UU.	0,963
41	Portugal	0,959
42	Qatar	0,952
43	República Checa	0,951

TABLA IV. Informe OMS 2000. Logro global		
	Países	Índice
1	Japón	0,978
2	Suiza	0,970
3	Noruega	0,969
4	Luxemburgo	0,968
5	Nueva Zelanda	0,967
6	Suecia	0,966
7	Australia	0,965
8	Francia	0,964
9	Canadá	0,963
10	Países Bajos	0,962
11	Reino Unido	0,961
12	Austria	0,961
13	Alemania	0,961
14	Bélgica	0,960
15	Irlanda	0,959
16	Mónaco	0,958
17	Italia	0,958
18	Islandia	0,957
19	Finlandia	0,955
20	Andorra	0,954
21	España	0,953
22	San Marino	0,953
23	Israel	0,952
24	Cuba	0,951
25	Dinamarca	0,949
26	Grecia	0,948
27	Portugal	0,944
28	EE. UU.	0,931
29	Polonia	0,921
30	Chile	0,917
31	Malta	0,703
32	República Checa	0,701
33	Dominica	0,700
34	Chipre	0,476
35	Singapur	0,475

sificación que resume el resultado que alcanzamos en cada uno de los tres capítulos generales, afectados por las ponderaciones antes reseñadas. La buena posición obtenida en el campo de la salud se ve diluida por las peores notas que acumulamos tanto en capacidad de respuesta del sistema como en equidad financiera, que estimamos menos merecidas.

En todo caso, en la tabla de clasificación encontramos de forma general resultados en línea con la lógica, al situarse en cabeza países que intuimos que gobiernan con atención su actividad sanitaria (Japón, Suiza, Noruega y Suecia), junto a otros no menos destacados (Francia, Reino Unido, Australia, Alemania y EE. UU.). Más sorprendente parece la ventaja que nos llevan Canadá, Países Bajos, Italia y Bélgica. La aparición de Islandia también por delante de España es tal por su envidiable posición en esperanza de vida, parámetro en el que se iguala en la actualidad con España, sólo después de Japón; mientras que la ventaja de Andorra y Mónaco parece provenir tanto de las ventajas derivadas de su alto nivel de vida como de su limitada extensión geográfica.

No era esperable, por otro lado, que aventajásemos en logro global a Dinamarca, mientras que responde a la lógica que nos situemos delante de Grecia, Israel, Irlanda y Portugal. La clasificación de Cuba en cuadragésimo lugar tampoco se ajusta a las informaciones convencionales.

Indicadores de desempeño (*performance*)

Finalmente, y tal como se muestra en la Tabla V, en los dos indicadores de desempeño contemplados en el Informe España observa mejores resultados que en el logro de objetivos; aparece en sexto lugar en el primero de ellos con respecto al nivel de salud. El parámetro utilizado es atractivo conceptualmente, traza un puente desde el gasto sanitario de un país hasta los resultados en salud obtenibles con sus propios recursos pero con la gestión del más eficaz, lo que se revela de difícil comprensión en los anexos técnicos del Informe y exige un elevado componente de estimaciones.

TABLA V. Informe OMS 2000. Índices de desempeño					
Nivel de salud			Global		
	Países	Índice	Países	Índice	
1	Omán	0,992	1	Francia	0,994
2	Malta	0,989	2	Italia	0,991
3	Italia	0,976	3	San Marino	0,988
4	Francia	0,974	4	Andorra	0,982
5	San Marino	0,971	5	Malta	0,978
6	España	0,968	6	Singapur	0,973
7	Andorra	0,964	7	España	0,972
8	Jamaica	0,956	8	Omán	0,961
9	Japón	0,945	9	Austria	0,959
10	Arabia Saudita	0,936	10	Japón	0,957
11	Grecia	0,936	11	Noruega	0,955
12	Mónaco	0,930	12	Portugal	0,945
13	Portugal	0,929	13	Mónaco	0,943
14	Singapur	0,929	14	Grecia	0,933
15	Austria	0,914	15	Islandia	0,932
16	EAU	0,907	16	Luxemburgo	0,928
17	Marruecos	0,906	17	Países Bajos	0,925
18	Noruega	0,897	18	Reino Unido	0,924
19	Países Bajos	0,893	19	Irlanda	0,916
20	Islas Salomón	0,892	20	Suiza	0,915
21	Suecia	0,890	21	Bélgica	0,910
22	Chipre	0,885	22	Colombia	0,908
23	Chile	0,884	23	Suecia	0,906
24	Reino Unido	0,883	24	Chipre	0,902
25	Costa Rica	0,882	25	Alemania	0,894
26	Suiza	0,879	26	Arabia Saudita	0,886
27	Islandia	0,879	27	EAU	0,884
28	Bélgica	0,878	28	Israel	0,882
29	Venezuela	0,873	29	Marruecos	0,881
30	Bahrein	0,867	30	Canadá	0,881
31	Luxemburgo	0,864	31	Finlandia	0,881
32	Irlanda	0,859	32	Australia	0,876
33	Turquía	0,858	33	Chile	0,870
34	Belice	0,853	34	Dinamarca	0,862
35	Canadá	0,849	35	Dominica	0,854
36	Cuba	0,849	36	Costa Rica	0,849
37	El Salvador	0,846	37	EE. UU.	0,838
38	San Vicente	0,845	38	Eslovenia	0,838
39	Australia	0,844	39	Cuba	0,834
40	Israel	0,841	40	Brunei	0,829
41	Alemania	0,836	41	Nueva Zelanda	0,827
42	Rep. Dominicana	0,834	42	Bahrein	0,824
43	Egipto	0,829	43	Croacia	0,812
44	Finlandia	0,829	44	Quatar	0,812
45	Argelia	0,829	45	Kuwait	0,810

Quizá por ello, el favorable sexto lugar de España adquiere tintes borrosos al considerar tanto los países que nos preceden (Omán, Malta, Italia, Francia y San Marino) como los que nos siguen (Andorra, Jamaica, Japón y Arabia Saudita).

Sorprende el liderazgo de Omán, que debe responder a razones que no se alcanzan. Considerando los otros cuatro países que nos preceden, se vuelve a mostrar la preponderante influencia que se concede en el Informe a la esperanza de vida que, ajustada por discapacidad, ocupa todo el numerador del cociente que comentamos cuando su conceptualización doctrinal la coloca más cerca de los hábitos de vida que del rendimiento de los servicios sanitarios, que es lo que se desea medir.

Causa asombro, asimismo, encontrar a Australia en el trigésimonoveno lugar, detrás de El Salvador y San Vicente; a Alemania en el cuadragésimoprimer puesto, inmediatamente por delante de la República Dominicana y Egipto; a Finlandia en el cuadragésimocuarto, justo por encima de Argelia, Túnez, Yugoslavia y Honduras; o a los EE. UU. en el septuagesimosegundo, acompañado por Bosnia-Herzegovina, Argentina, Bhután, Nicaragua, y nada menos que por Iraq.

Finalmente, España aparece en el séptimo lugar en el índice de desempeño global que, recordemos, relaciona conceptualmente el logro global de cada sistema –obtenido a través de las ponderaciones de los logros obtenidos en los tres conceptos generales (salud, capacidad de respuesta y equidad financiera)– con el gasto sanitario.

De nuevo, se atestigua la elevada posición que el Informe concede al sistema sanitario español, aunque el disfrute de tan favorable lugar en la comparación internacional vuelve a nublarse si consideramos los países que nos preceden: Francia, Italia, San Marino, Andorra, Malta y Singapur.

A excepción del último, todos los demás son países latinos, fundamentalmente ribereños, a los que aplica de lleno la consideración sobre la excesiva preponderancia ofrecida por el Informe a la es-

peranza de vida antes presentada. A dicha consideración podríamos añadir la constancia de un cálculo del gasto sanitario, que ocupa en exclusiva el denominador del índice, menos cuidadoso con respecto a otros países, lo que explicaría la inesperada posposición de éstos en el *ranking* comparativo.

Quizá ello ayude a explicar la ilógica ubicación de Suecia detrás de Colombia; de Alemania detrás de Chipre; de Canadá, Finlandia y Australia inmediatamente detrás de Marruecos; o la de EE. UU. detrás de Dominica y Costa Rica.

Resumen

De acuerdo con los resultados del Informe, España aparece en quinto lugar en logro de nivel de salud, undécima en distribución, y sexta en la cobertura conjunta de los objetivos de salud.

En capacidad de respuesta del sistema de salud, nos situamos en el trigesimocuarto lugar en cuanto a nivel, en el intervalo del tercero al trigesimoctavo puesto en cuanto a dispersión, y ocupamos la trigesimosegunda posición en el conjunto del capítulo.

En equidad financiera, España aparece en el intervalo entre los puestos vigesimosexto y vigesimonoveno y, en cuanto al logro global de los objetivos del sistema, nos colocamos en el lugar vigesimoprimerero.

Con respecto a indicadores de desempeño, España aparece en sexto lugar en lo referido a nivel de salud y, finalmente, en el séptimo lugar en el índice de desempeño global.

Formulación del mito

Los fundamentos del contenido del mito han quedado descritos. Ahora es preciso considerar los perfiles de su formulación.

Como observamos, el mito no se formula en referencia a ninguno de los *rankings* de logros del sistema, en los que España aparece ubicada en las tablas en lugares con dos dígitos, ni tampoco utilizando el quinto lugar que alcanzamos en logro de nivel de salud, quizás por ser el menor de todos los guarismos aplicados por el Informe a España.

Queda el sexto lugar alcanzado en el logro conjunto de los objetivos de salud, cifra que se sitúa en las cercanías de las dos valoraciones de desempeño, de las que se rechaza la última.

Tales decisiones han fundamentado la formulación definitiva del mito. España “es” el sexto mejor sistema sanitario del mundo. Una vez formulado el mito no ha sido difícil divulgarlo.

Comentarios finales

Varios comentarios se desprenden al apreciar con objetividad los resultados presentados. En primer lugar, se acredita que España ocupa un lugar muy favorable dentro del *ranking* sanitario internacional, sobre todo en los indicadores relacionados con el nivel de salud, si bien la excesiva preponderancia ofrecida por el Informe a la esperanza de vida diluye la robustez de los resultados mostrados.

En segundo lugar, se atestigua que las posiciones españolas en los parámetros indicativos de nivel son permanentemente mejores que las relativas a los indicadores de distribución, todo ello matizado por la reducida variabilidad encontrada en los *rankings* de las medidas de dispersión, que parece ajena a un cálculo riguroso.

Podría suponer causa de meditación, en tercer lugar, la desfavorable posición española en cuanto a equidad de la carga de financiación del sistema sanitario, si bien encontramos que tal situación no parece coherente con las propiedades redistributivas del sistema tributario español, y parece más bien ligada al elevado peso concedido por el Informe al gasto sanitario privado dentro del total.

En cuarto lugar, la ubicación comparativa española respecto del logro global parece razonable, aunque se acompaña de posiciones de otros países poco convincentes.

Finalmente, las posiciones que el Informe atribuye a España en los dos indicadores de desempeño son mucho mejores que la obtenida en el campo del logro global, y distantes de la percepción corriente de las cualidades de su sistema sanitario. Tanto la personalidad sanitaria de los países que nos preceden como la de aquellos que

nos siguen, así como la de otros países desplazados en la clasificación, deberían haber conducido a resultados diferentes de los observados, lo que muestra de nuevo la excesiva influencia en el cálculo de algunos conceptos como la esperanza de vida, el efecto de posibles insuficiencias en la consideración del gasto sanitario, y la intuición de defectos en el enfoque y desarrollo del estudio.

CRÍTICAS AL INFORME

Las críticas al Informe se dirigieron a su parte expositiva y, sobre todo, a las comparaciones internacionales contenidas en sus anexos, que suponían la parte más atractiva del mismo. En referencia a los *rankings* comparativos, que constituyen el motivo de nuestras consideraciones, las críticas pueden calificarse de abrumadoras y generalizadas.

Abrumadoras, por referirse tanto a los indicadores elegidos como a la metodología empleada, a los métodos de obtención de datos y a la intencionalidad política subyacente; se censuraba, además, su desenfoque y falta de transparencia y diálogo.

Y generalizadas, por concitar a la práctica unanimidad de políticos y expertos de las cuatro esquinas del globo; comenzaremos por los EE. UU. –donde analizaremos las críticas de Blendon y su equipo en *Health Affairs*–, y seguiremos por Europa –donde conoceremos la posición de Alan Williams en *Health Economics* y el comentario de *The Economist*– y España –de donde recogeremos las aportaciones de V. Navarro y un sugestivo análisis de J. M. Fernández-Díaz aparecido en *Gaceta Sanitaria*–.

América

La reacción americana al Informe fue muy amplia. Junto a una aportación suramericana sorprendente por su abundancia y nivel, las críticas norteamericanas fueron copiosas, con base en la sorpresa producida por la poco lisonjera posición que les ofrecía el Informe y en la reconocida capacidad de autocrítica que distingue a la doctrina del país. Entre los numerosos artículos aparecidos destacamos el de Blendon, que aporta un enfoque propio y original, mencionado con satisfacción en la literatura y no contradicho.

Robert Blendon, profesor de Política Sanitaria en la Universidad de Harvard, es un antiguo conocido de la profesión sanitaria española que contribuyó al Informe Abril con un capítulo sobre aceptación del sistema sanitario por la población que abre la consideración de España en la literatura internacional sobre satisfacción pública con los sistemas sanitarios.

Defensor tradicional desde la tribuna del Programa de Investigación de la Opinión Pública de su Universidad de la necesaria consideración de la opinión pública junto a la de los expertos, publicó en *Health Affairs* de mayo/junio de 2001 un demoledor artículo titulado “El público contra la OMS en el desempeño de los sistemas de salud” (3). En él se preguntaba: ¿quién está mejor cualificado para juzgar los sistemas sanitarios: los expertos en salud pública o los usuarios de la asistencia sanitaria?

Como sólida base de su crítica al Informe utilizó los resultados de encuestas realizadas en 17 países industrializados: los 15 de la UE a través del Eurobarómetro; y EE. UU. y Canadá desde la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

El artículo comparó los *rankings* ofrecidos por las encuestas de los 17 países con los obtenidos en el Informe de la OMS en referencia a tres de sus medidas: desempeño global de los sistemas (el indicador que había recibido mayor atención), logro global y capacidad de respuesta; y apreciaba una relación prácticamente inversa entre la clasificación de la OMS y la propia al concluir en el resumen: “Los resultados muestran poca relación entre los *rankings* de la OMS y la satisfacción de los usuarios. Los sistemas de algunos países líderes para la OMS obtienen una reducida valoración por sus ciudadanos, incluyendo pobres y mayores. Los dos países con sistemas más apreciados por el público aparecen en la cola de la clasificación de la OMS”.

Blendon criticó la exclusión de entrevistas a pacientes y ciudadanos, y la decisión explícita de sustituir sus opiniones por las de expertos al estimarlas más creíbles, cuando muchos de ellos ni siquiera residían en los países cuya situación estaban evaluando. Señaló

que el cálculo de las ponderaciones utilizadas por el Informe se dedujo de una encuesta en la red en la que participaron 1.006 profesionales sanitarios de más de 125 países (la mitad era personal de la OMS y la otra mitad visitantes voluntarios de la web). Finalmente, comentó que las valoraciones de capacidad de respuesta se basaron en una encuesta sobre 1.791 informadores clave en 35 países, lo que excluía a los 156 países restantes, para los que tuvieron que emplearse técnicas estadísticas de estimación. Sin añadir mayores comentarios, mostró la improcedencia del método seguido.

La comparación de los resultados de la OMS con los de las encuestas presentadas por Blendon en los tres indicadores escogidos aparece en una tabla que muestra las constantes discrepancias entre las series de ambos orígenes y se concreta en la medición del nivel de correlación estadística, que resulta muy reducido.

En la consideración del primer indicador, desempeño global, Blendon destaca las llamativas discrepancias de cuatro países entre ambas series. En Italia, segundo mejor país para la OMS, sólo el 20% de su población está satisfecha con su sistema sanitario, lo que viene ocurriendo en anteriores encuestas. En el lado opuesto, Dinamarca se encuentra en la posición decimosexta para la OMS, mientras que el 91% de sus ciudadanos está satisfecho con su sistema.

Por otro lado, España, tercera para la OMS entre los países industrializados, ocupa el lugar decimotercero en satisfacción ciudadana, posición consistente con la detectada en la colaboración con el Informe Abril diez años antes. Finalmente, Finlandia es decimoquinta según la OMS, pero segunda en las encuestas.

Como discrepancias de menor intensidad el artículo cita a Francia, líder para la OMS pero sexta en las encuestas, y a su propio país, EE. UU., cuyos resultados considera pobres en ambas escalas, al ser decimosesto para la OMS y decimocuarto en la encuesta, si bien su ciudadanía muestra un nivel de satisfacción doble que la italiana, país que, sin embargo, ocupa el segundo lugar en el *ranking* de la OMS.

En el segundo indicador examinado, logro global del sistema, el artículo vuelve a encontrar poca correspondencia entre la satisfacción pública y las mediciones de la OMS, cuyos dos líderes –Suecia y Luxemburgo– aparecen en los lugares décimo y decimoquinto en nivel de satisfacción. Sin embargo, los dos últimos para la OMS –Portugal e Irlanda– aparecen en los niveles decimosexto y octavo de la encuesta de satisfacción ciudadana.

En el tercer indicador elegido, capacidad de respuesta, Blendon constata menores diferencias que en los dos anteriores, aunque señala el mantenimiento de importantes discrepancias. Así, EE. UU. es líder para la OMS, pero decimocuarto en nivel de satisfacción. En cambio, Finlandia, undécima para la OMS, es segunda en la encuesta; y Canadá, quinta para la OMS, es duodécima en nivel de satisfacción.

En resumen, Blendon señala que no tomar en cuenta la experiencia de los pacientes constituye un serio defecto del Informe, al encontrarse éstos en igual o mejor posición que los expertos para juzgar la bondad de sus propios sistemas, según deduce de anteriores investigaciones. El artículo es liviano en sus críticas explícitas, pero abrumador en cuanto a la evidencia presentada, lo que hace tambalearse al Informe. Muestra rotundamente que algo no funciona, pero deja el estudio profundo de las causas a la consideración de otros estudiosos.

Europa

Los países europeos salieron, en general, bien librados en el Informe, por cuanto Francia, Italia y España ocuparon las posiciones de cabecera en la liga de naciones de la OMS, no sin asombro por parte de la doctrina, que comentó que tales sistemas sanitarios raramente habían sido considerados modelo de eficiencia. Por otro lado, los sistemas escandinavos alcanzaron puntuaciones más pobres, lo que también chocó con la percepción general sobre sus bondades.

El Informe despertó aceptaciones entusiastas en los países beneficiados por la clasificación que alimentaron una aureola de auto-complacencia que aún hoy perdura, así como críticas por parte de

los perjudicados, que buscaron explicaciones a las evidentes contradicciones del trabajo; destacaron en el último grupo diversas aportaciones noruegas y, sobre todo, finlandesas.

Todo ello se desarrolló dentro de un clima de incredulidad generalizada, como mostraba inmediatamente *The Economist* (4), en el editorial y un artículo especializado publicados el mismo mes de junio de 2000, en los que daba la bienvenida al Informe “incluso con sus erróneas tablas de clasificación”.

Dicho semanario recogía, además, las impresiones del profesor Le Grand de la *London School of Economics*, quien se declaraba sorprendido por el liderazgo atribuido por la OMS a Francia e Italia “cuando ninguno de dichos países es conocido corrientemente por la excelencia de su asistencia sanitaria” y esbozaba alguna de las posibles causas de otras discrepancias con el Informe.

En todo caso, entre las críticas europeas destaca la aportación de un eminente profesor recientemente fallecido, el británico Alan Williams, cabecera del Centro de Economía de la Salud de la más prestigiosa institución europea en la materia, la Universidad de York, con quien cursaron estudios multitud de profesionales españoles que lo han apreciado como “el más poderoso de los pioneros de la Economía de la Salud” en el homenaje organizado en Barcelona por diversas instituciones encabezadas por la Asociación de Economía de la Salud.

El artículo de Williams (5) se titulaba “¿Ciencia o *marketing* en la OMS? Un comentario sobre la salud en el mundo 2000”, y apareció en 2001 en el número 10 de la revista *Health Economics*. Contenía el alegato ampliamente meditado y profundamente elaborado de un verdadero hombre de ciencia que, a través de acertados juicios y una disconformidad creciente a lo largo de su trabajo, contribuyó a liquidar definitivamente el prestigio científico del Informe.

Su rigurosa visión se sustentaba en un concepto económico básico, la necesidad de formular los problemas en términos de elección entre objetivos competitivos, y no en términos de promedios

o *rankings* como hacía el Informe, lo que para el autor constituía un “problema general” de enfoque que contaminaba todo el trabajo. El artículo se apoyaba, además, en la crítica a las variables elegidas, el método seguido y las deficiencias encontradas en la recogida de información, y concentraba su análisis en los dos conceptos más generales empleados por el Informe: el logro global y el desempeño de los sistemas.

En la primera parcela, Williams criticaba el método de determinación de las ponderaciones tanto por la personalidad de los encuestados, que ya hemos comentado, como por la opacidad en la selección de las respuestas “inconsistentes”, y apoyaba con medidas estadísticas concretas su rechazo al método seguido; prevenía que, “sin embargo, la falsa concepción del problema se agravaba seriamente luego” al analizar los cinco indicadores utilizados por el Informe en los tres capítulos generales del logro.

En el primero de ellos, nivel de logros en salud, rechazaba el concepto utilizado, la esperanza de vida ajustada por incapacidad, y se remitía a las críticas presentadas en anteriores números de la revista respecto del estudio sobre la carga global de la enfermedad (CGE), en las que señalaba que la EVAD mostraba “preconcepciones ideológicas, metodología no transparente y dificultades para analizar sus implicaciones”.

Al analizar el segundo indicador, distribución de los logros en salud, el autor subrayaba que el Informe abandonaba el uso de la EVAD, ya que su consideración habría acarreado notables problemas en el tratamiento de las comorbilidades, tal como describió en los artículos críticos arriba reseñados, y recibía jocosamente su sustitución por la mortalidad infantil, cuya medición “se construía de manera verdaderamente heroica” sobre datos de sólo 50 países, ajenos a los más desarrollados, a través de extrapolaciones y mediante estimaciones para los países sin datos que hemos comentado anteriormente.

En el tercer indicador, nivel de capacidad de respuesta de los sistemas, señalaba que “el asunto se convertía en realmente complejo”

al encontrar, en primer lugar, que el Informe descartaba numerosas respuestas de los 1.791 informantes clave por no ajustarse a la situación “real”, cuyo pretendido conocimiento hacía innecesaria para el autor la realización de la consulta.

Pero “lo peor aún estaba por venir”; descubría que las respuestas se habían ajustado mediante complejos cálculos, excluyendo las de los países con menos libertad política y social, y las de los funcionarios públicos, y equilibrando la composición por sexos al 50/50, arbitrario ajuste no utilizado en la encuesta para determinar las ponderaciones. “¿Quizás porque sus respuestas se ajustaban mejor a las posiciones de los investigadores?”.

Tan “peligroso territorio” se había atravesado antes de tener que extrapolar a 156 países los datos obtenidos en sólo 35, de los que todavía se habían eliminado China e India (¡las opiniones de cuyos expertos no se consideraron representativas de sus propias poblaciones!) y, al parecer, otros tres países, con lo que la base para la extrapolación se reducía a solamente 30 países. Tras considerar críticamente la metodología del cálculo y la aplicación de criterios de significación estadística, Williams resumía el proceso: “Ya lo tenemos... Se ha resuelto el nivel de capacidad de respuesta”.

Cuando consideró el cuarto indicador, la distribución de la capacidad de respuesta, el autor sentía que el Informe “le introducía unos pasos más en las aguas profundas” al aceptar ahora las respuestas de los informantes que antes rechazó y utilizar solamente dos variables explicativas en los cálculos, lo que desnaturalizaba los resultados finales.

El análisis del último indicador, la equidad de financiación, era tan directo como sucinto. Rechazaba por innecesaria la elección de un nuevo concepto de equidad –el porcentaje del gasto no alimentario empleado en sanidad– que, además, penalizaba a los países con mayor proporción de gasto sanitario privado, tal como hemos comentado anteriormente en relación con España. Dicha crítica venía acompañada por la constatación de la persistencia del “problema general” antes mencionado y de la arriesgada extrapolación

a todo el universo de la escasa base de datos proveniente de sólo 21 países.

El comentario que resumía el análisis del primer concepto general del Informe era devastador: “La construcción del índice compuesto de logro se basa en pocos datos reales, a menudo poderosamente manipulados para hacerlos utilizables, y sometidos entonces a aventurados modelos para rellenar el amplio abanico de salud mundial que el Informe aspira a cubrir. Imposible presenciar una exhibición más virtuosa de patinaje sobre fino hielo. El gran dilema para el espectador es admirar tan presuntuosa ambición e ingeniosa ejecución por parte de los artistas o lamentar el triste despilfarro de tanto talento empleado en tan inútil empresa”.

El paso al segundo concepto general del Informe, el desempeño de los sistemas, venía precedido por una esclarecedora señal de alerta del autor: “Esperen, lo peor está todavía por llegar...”; se observa que el desarrollo del análisis es más sucinto que el dedicado al primer concepto general.

El autor describía la complejidad del proceso seguido, que inundaba el camino de dificultades, sorteadas de forma tan incomprensible que le hacían perder la paciencia; se declaró derrotado al perder el interés por tan elevadas dosis de “arbitrariedad e irrelevancia en las manipulaciones” observadas. Aun así, arremetió contra la relación entre desempeño y el concepto de EVAD, discrepaba del enfoque seguido y criticaba que las decisiones se adoptasen por disponibilidad de datos más que por otras razones; asimismo, denunciaba de nuevo los efectos de la presencia del “problema general”.

En el capítulo final de reflexiones, Williams reiteraba muchas de las críticas aplicadas al análisis del primer concepto general; señalaba: “A nivel técnico hay mucho trabajo analítico ingenioso detrás del Informe, pero sin robustez suficiente para aguantar la endeble estructura creada sobre aquél. La base de datos que fundamenta el estudio es cutre y de dudosa calidad..., siendo difícil averiguar cuánta información relativa a un país es real y cuánta ficticia”.

En consecuencia, no le extrañaba que entre la excesiva influencia otorgada al gasto sanitario per cápita y la comparación entre las ficticias situaciones de Dinamarca y EE. UU., basadas en estimaciones, apareciesen resultados inferiores para aquélla que para éstos, incluso en el nivel de capacidad de respuesta del sistema; así, el colectivo norteamericano fuera de aseguramiento, con evidentes problemas de acceso al sistema, era siete veces superior a la población total danesa.

Las reflexiones finalizaban reconociendo la inocencia del Informe al ignorar la presencia de ideología, aunque se pretendía enfocado a fundamentar políticas basadas en la evidencia, y recordando la necesidad de mayor investigación a nivel “micro” frente a la vacía retórica del vuelo alto a nivel “macro”, que tiñe de inutilidad el esfuerzo realizado. Todo ello lo encontraba el autor aplicable a la propia ejecutoria de la OMS, a la que recomendaba aplicarse los mismos objetivos que su Dirección decía perseguir cuando presentó el trabajo, “so pena de convertirse en una máquina de propaganda política, en la que la ciencia ha sido sustituida por el *marketing*”, lo que justificaba el título del impresionante artículo.

España

El Informe se recibió en España con alborozo, principalmente en el campo político, ya que reconocía el esfuerzo realizado por la sanidad española. Fue aireado por los medios de comunicación a los cuatro vientos, habida cuenta del inesperado regalo recibido nada menos que de la OMS, todo ello dentro del ambiente festivo de finales de siglo y de la cercanía de las elecciones generales, aunque en un clima de crecientes críticas al sistema sanitario. Entre las reacciones más prudentes encontramos la del *Diario Médico* (6), que publicó la noticia a doble página y la subtítulo: “España, entre los 20 mejores del mundo”.

La doctrina respondió con agilidad, si bien sus afinadas críticas quedaron sepultadas por una marea de satisfacción y elogios de tal dimensión que todavía perdura.

Entre las aportaciones de la doctrina española destaca la de Vicente Navarro (7), quien disfrutaba de una conveniente plataforma de

observación como profesor de Salud Pública y Políticas Públicas en las Universidades Johns Hopkins de Baltimore y Pompeu Fabra de Barcelona, desde la que desarrolló una intensa labor crítica, quizá la más amplia de las conocidas, publicada en los más destacados medios de comunicación del mundo sanitario.

Las críticas de Navarro se dirigen tanto al cuerpo del Informe como a su anexo estadístico, del que señala que “ha sido ampliamente citado, pero raramente examinado científicamente” y, aunque acepta los criterios del estudio, enfoca su visión crítica hacia la naturaleza de los indicadores, los procedimientos de recogida de datos, los supuestos metodológicos y las características de los resultados obtenidos, segmentando el análisis según los tres conceptos generales de logro utilizados por el Informe, los cuales describe como efectividad, capacidad de respuesta y progresividad de la financiación.

En el primer campo, y a partir de las sólidas experiencias deducidas en la parcela de Salud Pública que le es propia, critica acremente la conceptualización de la eficiencia de los sistemas sanitarios que utiliza el Informe al asociar las caídas de la mortalidad y morbilidad con las actuaciones sanitarias, despreciando la primacía de las intervenciones políticas, culturales, económicas y sociales mostrada inequívocamente por la doctrina.

Las críticas suben de tono al describir el paso posterior adoptado por el Informe, la asociación entre la eficiencia de los sistemas sanitarios y la cuantía de gasto sanitario, y concluye que se alimenta la impresión de que “dando más dinero a un sistema sanitario se salvarán más vidas. El Informe incluso cuantifica cuántas vidas pueden salvarse por cada dólar invertido. Muy hermoso, pero profundamente equivocado. El Informe de la OMS no presenta en ningún lado evidencia científica alguna que apoye tan salvajes asertos”.

El autor finaliza la consideración de la efectividad presentando interesantes reflexiones sobre los efectos de la inadecuada conceptualización utilizada en el Informe, arriba comentada, que conduce a otorgar altas puntuaciones en efectividad a diversos países

mediterráneos (España, Portugal, Italia y Grecia), “atribuyendo erróneamente la baja mortalidad en esos países a la efectividad de su asistencia sanitaria”, cuando su “larga esperanza de vida se debe a factores sociales y culturales, además de a la dieta y el clima”.

Por otro lado, la constancia de un reducido gasto sanitario en dichos países y sus elevados niveles de esperanza de vida le permiten rechazar la relación entre financiación y salud antes comentada; destaca, finalmente, la inaceptable antítesis entre el alto grado de eficiencia y la baja capacidad de respuesta que ofrece el Informe para los países mediterráneos.

En el segundo campo, capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios, Navarro acepta conceptualmente los indicadores utilizados y carga el peso de la crítica sobre la personalidad de los informadores encuestados y sobre su influencia en dos factores decisivos en los cálculos: las valoraciones atribuidas a los indicadores y las ponderaciones utilizadas, con lo que alinea sus críticas con las ofrecidas por Blendon y Williams.

Sin descender a identificar la personalidad de los informantes, como con algún fruto realizó Williams, el autor los ubica probablemente en el campo de la “sabiduría convencional”, a lo que contribuye la cierta discriminación de la doctrina crítica que el Informe realiza al listar la bibliografía consultada para su redacción. A partir de dicha identificación y de determinados contenidos del Informe, Navarro elabora un enorme alegato que retrata los matices de la “profunda posición ideológica del Informe de la OMS”, al que ofrece un “carácter político y propagandístico [...] de escasa credibilidad científica”. Sin apoyarse en ninguna evidencia contraria, atribuye al sesgo del Informe la positiva nota ofrecida a EE. UU. y a Colombia, país que ha introducido recientemente un modelo competitivo de aseguramiento.

En el tercer campo, progresividad de la financiación, Navarro dirige sus críticas al indicador elegido por el Informe, el porcentaje de gasto sanitario por encima del nivel de subsistencia; señala, con fundamento, su desenfoque y la innecesaria sustitución de la pro-

gresividad del sistema tributario, en lo que coincide con las críticas de Williams.

Novedosas son, por otro lado, sus disquisiciones sobre el empeño del Informe por presentar en un índice sintético una caracterización tan compleja como es la de cualquier sistema sanitario, lo que la ONU no ha intentado en otras áreas de la actividad social, como la Economía, en las que lo común es la aportación de los resultados de numerosos indicadores independientes. El Informe no indica las razones del empeño.

Las críticas de Navarro al mismo se apoyan en las conclusiones presentadas por el propio autor al señalar: “Los principales valores reproducidos en el Informe de la OMS son los que sostienen la sabiduría convencional dominante en las principales arenas médicas, financieras y políticas de EE. UU. y otros países desarrollados, basada en dos supuestos básicos [...], la creencia de que los principales problemas sanitarios pueden resolverse mediante intervenciones médicas tecnológico-científicas sin referencia a cambios sociales, políticos y económicos [...], y que los fallos de los sistemas sanitarios se deben a su excesiva dependencia de los poderes públicos [...], que no permiten desarrollar las potencialidades de los sectores privados”.

La aportación de Vicente Navarro aparecida en *The Lancet* fue contestada en la misma revista por los coordinadores del Informe, Murray y Frenk, con un artículo (8) en el que ya se mostraban en retirada y que es apostrofado por el de Navarro en *Gaceta Sanitaria* (9) de no haber respondido básicamente a sus críticas, a la vez que presentaba con beneplácito el de un extenso grupo de investigadores internacionales aparecido también en *The Lancet* (10), que confirmaba la veracidad de sus críticas al Informe.

En el mismo número de octubre de 2001 de la revista *Gaceta Sanitaria* (11) aparece la colaboración de J. M. Fernández-Díaz, atento observador de la escena sanitaria española, consultor de sanidad y colaborador en su día del estudio de ESADE “Sanidad, la reforma posible”. El artículo, titulado “El Informe de la OMS 2000: un jue-

go de ordenador políticamente incorrecto”, aporta aire fresco al debate y presenta el contenido del Informe sin apasionamiento; posee, además, el mérito de resumir las principales críticas dirigidas al mismo y discrepa en determinados puntos de algunas de ellas. Su lectura nos parece recomendable para quienes todavía deseen obtener una idea cabal y resumida de su contenido.

Señala en el inicio del artículo que el Informe había concitado “una crítica desfavorable prácticamente unánime, tanto desde posiciones políticas como académicas”, en cuyo “prácticamente” se entiende que excluye las manifestaciones de autocomplacencia que se vienen glosando, y encuentra que las críticas se dirigieron tanto al cuerpo del Informe como a la clasificación de los países.

Las primeras, que ejemplifica en las aportaciones de Navarro, se apoyan en “posicionamientos ideológicos” y acusa a la OMS de respaldar “la introducción de mercados y competencia en los sistemas de salud sin ninguna evidencia de que estos sistemas operen mejor, alineándose con los planteamientos neoliberales del Banco Mundial y de los gobiernos que suponen la principal fuente de financiación de las Naciones Unidas, como el de los EE. UU.”. El autor discrepa, posteriormente, de estas acusaciones al señalar que “difícilmente puede sostenerse que la OMS esté defendiendo en su Informe modelos de salud de libre mercado y favorezca sistemas de competencia desregulada en salud”.

Las críticas al *ranking* de países del Informe son, para el autor, más contundentes y argumentadas técnica y políticamente; señala que “la comunidad científica se ha mostrado prácticamente unánime en la descalificación de la metodología utilizada”, y que “varios gobiernos han descalificado el Informe, acusando a la OMS de falta de transparencia y de diálogo con los países antes de publicar una clasificación tan comprometedora”.

Las críticas del autor al *ranking* del Informe aparecen bajo el revelador subtítulo de “Medir el rendimiento de los sistemas sanitarios en el mundo: una fantasía de laboratorio”; comienza con un posicionamiento idéntico al de Navarro sobre la inutilidad de emplear

un solo índice para medir el complejo rendimiento de los sistemas sanitarios, al que añade un acertado comentario sobre el error cometido por la OMS al creer posible medir por un mismo rasero a países con situaciones sanitarias tan diferentes como los que contempla el Informe, con lo que “se ha enfrentado a prácticamente toda la comunidad científica”.

Para Fernández-Díaz, las críticas al *ranking* levantaron “un alto grado de debate metodológico y político [...] con argumentos sustanciales provenientes de algunos de los economistas de la salud de más prestigio internacional, con alto interés para cualquier analista de los sistemas de salud”.

Su resumen comienza con las críticas a la utilización de la EVAD y la carga de la enfermedad como medidas del estado de salud de la población, en las que junto a las de Williams anteriormente comentadas describe las aportaciones de un copioso número de economistas de cabecera, para incidir posteriormente en los efectos negativos de las imprecisiones metodológicas y de las dificultades de recogida de datos.

Destaca luego, en el resumen de las críticas a la determinación de la capacidad de respuesta de los sistemas, su parcialidad y sesgo, la abundancia de estimaciones, la personalidad de los informadores, la manipulación de los datos y la propia validez de los cuestionarios, con lo que atestigua la cerrada posición de la doctrina alrededor de las posiciones de Blendon, Williams y Navarro, que se han individualizado.

Dicho alineamiento se repite en las críticas a la medición de la equidad financiera y a la determinación de las ponderaciones atribuibles a los indicadores individuales, responsable para el autor de la baja puntuación ofrecida por el Informe a los países escandinavos, y a las medidas de desempeño.

Concluye Fernández-Díaz alabando las aportaciones del cuerpo del Informe, que quedan oscurecidas por el rechazo mayoritario de la comunidad científica a la clasificación de los sistemas de salud,

lo que ha contribuido al descrédito de la propia OMS. Su aplicación a la situación española es terminante con respecto al mito que comentamos: “Acercándonos a nuestro país, mal harán quienes, sin conocer el fundamento de la metodología utilizada, rentabilizan la buena clasificación otorgada a España en este *ranking* para lucir un orgullo estéril o defender posiciones políticas determinadas”.

La extensión e intensidad de las críticas de la doctrina enterraron al mito: ¿qué queda hoy de él?

CONTINUIDAD DEL INFORME Y DEL MITO

El Informe nació en el año 2000 con vocación de continuidad; la directora general de la OMS señaló a la sazón en la presentación del trabajo que “abría nuevos caminos” y que constituía un hito en un proceso a largo plazo. Anunció también que “la medición del desempeño de los sistemas de salud sería en adelante una aportación regular de todos los *Informes sobre la salud en el mundo*, para la que se emplearían todos los datos y métodos mejorados y actualizados de que se fuese disponiendo”.

No se cumplieron sus expectativas. El aluvión de críticas recibidas, tanto del campo científico como del político, llevaron a la OMS a insistir en el carácter del Informe como paso inicial en la búsqueda de métodos más aceptados, y a comprometer mayor transparencia y debate en la elaboración de los siguientes Informes, creando un grupo asesor específico para revisar el progreso, e intentando depurar la metodología y mejorar las bases de datos.

No obstante, el mantenimiento de las posiciones críticas y la sensación de incertidumbre sobre los resultados del titánico esfuerzo que habría que realizar para la reconversión del Informe fueron permeando las conciencias de las autoridades de la OMS; finalmente, se decidió discontinuar el empeño, que ya no se renovó en el Informe del año 2001 ni aparece en los publicados hasta hoy.

Los responsables del trabajo abandonaron posteriormente la OMS. El Dr. Chris Murray retornó a la Universidad de Harvard, de la que procedía, Julio Frenk pasó a ocupar altas responsabilidades sanita-

rias en el Gobierno mejicano, y el Dr. Alan López volvió a su Australia natal, donde enseña Salud Pública en la Universidad de Queensland. En la actualidad, Murray y López vuelven a colaborar desde esta Universidad en el Programa Vigilancia de la Salud Global del Instituto Ellison, dotado a dicho efecto con 130 millones de dólares por Larry Ellison, cabeza de la compañía multinacional de *software* Oracle.

La propia OMS sigue actualmente un camino diferente y menos ambicioso a través de la Encuesta Mundial de Salud (12), en la que se han afinado los instrumentos de medida y se han acordado las vías de recogida de datos, y en la que ya participan 70 países.

No se poseen referencias certeras de la situación en otros países, pero es preciso reconocer con admiración que el mito pervive en España con toda intensidad y lozanía. Raro es el encuentro, reunión sanitaria o simposio en el que la más mínima crítica al sistema sanitario español, y especialmente a su parcela pública, no sea respondida con una convencida alusión al mito, lo que le ofrece pervivencia y vigor.

Las alusiones en contrario son recibidas, en cambio, con incredulidad y displicencia ante la arraigada y poco cuestionada vigencia del mito, sobre todo por parte de políticos y funcionarios públicos, y bastante menos por los profesionales de la salud, cuyos silencios ocasionales muestran un mejor conocimiento de las realidades del sistema español.

El mito analizado, a pesar de su falta de fundamento denunciada por la doctrina y aceptada implícitamente por la OMS, sigue rodando en España y se refuerza mutuamente con el mito del gasto que se analiza a continuación, constituyendo un poderoso e inexpugnable binomio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra 2000.
2. Murray C, López A. *La carga global de la enfermedad*. OMS, Banco Mundial y Universidad de Harvard. Ginebra 1993.
3. Blendon R. *El público contra la OMS en el desempeño de los sistemas de salud*. *Health Affairs* mayo/junio 2001.
4. *The Economist*. Editorial y artículo "Lecciones a deducir de la comparación de los sistemas sanitarios". Londres. Junio 22, 2000.
5. Williams A. *¿Ciencia o marketing en la OMS? Un comentario sobre la salud en el mundo 2000*". *Health Economics* 2001; nº 10.
6. *Diario Médico*. Artículo "España, entre los 20 mejores del mundo". Madrid. 21 de junio de 2000.
7. Navarro V. *Assessment of the World Health Report 2000*. *The Lancet*; nº 356. 4 de noviembre de 2000.
8. Murray C, Frenk J. *World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy*. *The Lancet*; nº 357. 26 de mayo de 2001.
9. Navarro V. *Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS "WHO Health Systems: improving performance" y su relevancia en España*. *Gaceta Sanitaria*; vol. 15: nº 5. 1 de octubre de 2001.
10. Almeida C, et al. *Methodological concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000*. *The Lancet*; nº 357. 26 de mayo de 2001.
11. Fernández-Díaz JM. *El Informe de la OMS 2000: Un juego de ordenador políticamente incorrecto*. *Gaceta Sanitaria*; vol. 15: nº 5. 1 de octubre de 2001.
12. *Encuesta Mundial de Salud*. OMS. www.who.int.

TERCER MITO

**El gasto sanitario español es el más reducido
de Europa**

*"Dime de lo que presumes
y te diré de lo que careces"*

DICHO POPULAR

INTRODUCCIÓN

El mito que contemplamos constituye una afirmación derivada de las estadísticas de la OCDE que, sin mayores averiguaciones, ha recibido una sólida aceptación en España y ha observado una difusión extraordinaria; se escucha de forma constante en boca de administradores y expertos, y fundamenta las propuestas de la mayoría de los programas de los partidos políticos. Sin embargo, el relleno de huecos estadísticos, la actualización de las cifras oficiales y la corrección de las mismas a través de fuentes alternativas de información ofrecen un panorama diferente que invita al realismo en la consideración futura del gasto sanitario a espaldas del mito.

No parece necesario glosar la relevancia del parámetro que consideramos, nada menos que el gasto sanitario, el cual constituye el reflejo económico final de una infinidad de actuaciones en todos los rincones del sistema español, afectadas por las particularidades de su organización sanitaria y por las características de la gestión diaria, e influidas por una demanda ciudadana con perfiles muy específicos. Lo que sí contrasta es la falta de investigaciones sobre el mismo a la altura de su importancia, una posición acrítica una vez más de la doctrina española de la que, dejando a salvo gloriosas excepciones, no hemos encontrado las aportaciones que hubiéramos deseado.

Otro tanto debe decirse del parco esfuerzo desplegado por las autoridades sanitarias en la determinación y mejora de tan destacado faro de la política como es el gasto sanitario. Tal como deduciremos del análisis histórico de su cálculo, parece que lo hubiera con-

siderado tradicionalmente una cosa ajena, incómoda siempre y de reducida relevancia, cuando constituye en otras latitudes el parámetro más definitorio de sus sistemas y base fundamental de las políticas enunciadas. Afortunadamente, la atención hacia este tema va mejorando en los últimos tiempos.

La consideración de este mito parece relevante; junto con el anterior, constituye uno de los peores favores que se han podido hacer al sistema español, puesto que los pretendidos altos niveles de bondad y eficiencia que ambos mitos postulan han postergado la conveniencia de un más que necesario diagnóstico, han restado actualidad a lo sanitario en el debate público y han elevado las apetencias de gasto de las Administraciones Públicas.

PLANTEAMIENTO

La consideración del mito que contemplamos partirá del análisis de las vicisitudes institucionales, de tiempo y de lugar, observadas por la determinación de las cifras de gasto sanitario en España, lo que ofrecerá unas pistas robustas sobre sus características de validez e importancia, previas al examen de su contenido.

Se sustanciará a continuación la formulación del mito, se expondrán sus perfiles definitorios, los fundamentos de su vigencia y su notable difusión antes de proceder al análisis de la consideración de su validez.

Contemplaremos para ello las bases internacionalmente aceptadas para el cálculo del gasto sanitario, la metodología de su determinación y las fuentes de información utilizadas; se mostrarán la problemática y carencias de la situación española y las necesidades de reconsideración existentes.

La afirmación que fundamenta el mito considerado se analizará desglosando el gasto sanitario en sus componentes público y privado, según los datos del Ministerio de Sanidad, y ofreciendo un tratamiento diferenciado para ambos. En el primer campo, actualizaremos las cifras a la luz de las elevaciones presupuestarias registradas en el periodo 2002-2005; además, los datos oficiales se com-

pletarán al incluir las discrepancias respecto a lo previsto en el Sistema de Cuentas de la Salud de la OCDE.

Al igual que en la parcela pública, en el campo privado se realizarán esfuerzos para completar huecos y trabajos de actualización mediante las estimaciones necesarias, a fin de ofrecer los resultados relativos al año 2005. Asimismo, el gasto privado se reestimaré a partir de las informaciones sobre algunos de sus componentes recogidas de fuentes privadas, ajenas, por lo tanto, al origen de las determinaciones oficiales.

Finalmente, adicionaremos las cifras públicas y privadas obtenidas y, tras la realización de los cálculos y comparaciones oportunos, comentaremos la validez del mito que consideramos.

DETERMINACIÓN DEL GASTO SANITARIO

La determinación del gasto sanitario constituye una necesidad de primer orden en cualquier país, tanto por la magnitud económica del concepto como por su importancia social. En efecto, la actividad sanitaria supone una fracción muy relevante del quehacer económico en cualquier país, por lo que su adecuada medición no es sino parte necesaria de los cálculos de la contabilidad nacional de los mismos y paso previo para la fijación de políticas y la exigencia de responsabilidades. La prioridad generalizada ofrecida por la ciudadanía a la salud reclama, por otro lado, la existencia de flujos articulados de información que satisfagan sus necesidades, constituyendo el gasto sanitario uno de los parámetros más demandados, si no el que más.

Sin embargo, dicho cálculo constituye una labor tan ardua como imperfecta e inacabada, tal como comprueba cualquier observador de la realidad económica de la sanidad. Las estadísticas internacionales del gasto, aunque en permanente mejora, aparecen llenas de huecos provenientes de la inexistencia o falta de fiabilidad de datos no siempre resueltas mediante el frecuente recurso a la estimación o aquejadas de retraso en su obtención, y están plagadas de series truncadas o discontinuadas sin enlace a menudo, o bien presididas por cambios en la metodología.

Esto es así por la complejidad inherente a la actividad sanitaria, en la que a lo ancho de todo el territorio operan multitud de agentes muy especializados en el seno de instituciones diversas con organizaciones y formas de gestión diferentes. La recogida de información parece, ciertamente, más compleja que en otros sectores de la Economía más concentrados o uniformes en su actividad, y reclama a sus gestores en cualquier latitud un esfuerzo extraordinario que no siempre se realiza adecuadamente o no se ve acompañado por el éxito.

Junto a su complejidad intrínseca, los cálculos del gasto sanitario han contado además en España con una dificultad básica tradicional, la existencia de competencias compartidas en dos departamentos ministeriales: el Ministerio de la Gobernación o Interior, donde ha radicado históricamente la responsabilidad sobre la salud pública y del que han dependido las diputaciones y ayuntamientos, y el Ministerio de Trabajo o Seguridad Social, responsable del desarrollo contemporáneo de nuestro sistema sanitario. Junto a ellos, al igual que en otros países, desarrolla su actividad el sector sanitario privado.

Aunque se pueda atribuir a la escisión ministerial señalada la demora española en la determinación rutinaria de las cifras de gasto sanitario, es preciso reconocer que existieron causas más profundas ligadas al retraso estadístico imperante, puesto que la fusión de las actividades sanitarias en un solo departamento, realizada en 1977 con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, tampoco se vio acompañada en su inicio por el éxito en el ámbito que comentamos; no fue hasta años después, a mediados de la década de los 80, cuando apareció información continuada sobre el gasto sanitario, lo que ocurrió a través de las publicaciones de la OCDE.

Aparte de los meritorios esfuerzos puntuales, es preciso señalar que el inicio del diseño metodológico y la determinación de las cifras de gasto sanitario en España están ligados al avance de las Cuentas Nacionales, con base en los manuales publicados por diversas instituciones internacionales y, dentro de ellas, al de las Tablas

Input-Output, producidas por un curioso mosaico de organismos españoles.

La primera edición de éstas en que se desglosa la rama de Sanidad aparece en 1962, se refiere al ejercicio de 1958 y es elaborada por un conjunto de expertos para la Organización Sindical Española, mientras que su descomposición en sanidad pública y privada no se realiza hasta 1979, con datos de 1975 y bajo la responsabilidad del Fondo para la Investigación Económica y Social de la Confederación Española de Cajas de Ahorro. Ésta ofrece en 1981 una continuación de la anterior, referida a datos de 1979 pero adaptados ya a las definiciones de la Comunidad Económica Europea, y en 1986 el Instituto Nacional de Estadística ofrece datos de 1980 dentro de la Contabilidad Nacional de España.

En todo caso, el trabajo especializado de estudio y determinación de las cuentas de la sanidad española está vinculado fundamentalmente a un nombre, el del profesor José Barea Tejeiro, insigne miembro del Cuerpo de Intervención de la Administración General del Estado y catedrático de Hacienda Pública de la Universidad Autónoma de Madrid. Barea, a partir de los conocimientos de Contabilidad Nacional y Planificación adquiridos en diversas estancias oficiales en Europa, desarrolló importantes responsabilidades presupuestarias en el Ministerio de Hacienda, donde realizó aportaciones básicas en los campos de la metodología y determinación del gasto público en general y del sanitario en particular.

En esta última parcela, debe considerarse primordial la realización desde 1988 del trabajo *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo* (1) al frente de un destacado grupo de colaboradores, publicado en 1992 por el Instituto de Estudios Fiscales, organismo dependiente a la sazón del Ministerio de Economía y Hacienda.

El análisis se lleva a cabo bajo la inquietud creada por los notables crecimientos del gasto público y del gasto sanitario dentro de éste en la década de los 70, a pesar de la crisis económica originada por el *shock* petrolífero, que provoca la aparición de importantes

déficits presupuestarios y la necesidad paralela de exámenes detallados del gasto.

A lo largo de casi 600 páginas se fijan las bases metodológicas del cálculo del gasto sanitario, se componen las directrices internacionales en vigor con las especificidades de la situación española y se elaboran con rigurosa precisión y profundo detalle las cuentas satélites anuales de la Sanidad Pública para el periodo 1960-1986. Después de un breve pero interesante atisbo de historia económica de la sanidad española, se comparan la estructura y actividad sanitarias españolas con las europeas, se combinan los datos de gasto público y privado para obtener las cifras de gasto sanitario total a lo largo de toda la serie temporal, y se presenta un valiente análisis prospectivo del gasto público sanitario; finalmente, se plantean 34 conclusiones que sintetizan las innumerables aportaciones realizadas en el trabajo.

Debe considerarse un verdadero tratado de Economía de la Salud española, en el que se abordan detalladamente las abundantes parcelas públicas y privadas de la actividad sanitaria española, se conectan con los niveles de salud y se ofrecen explicaciones rigurosas a las realidades encontradas que fundamentan las proyecciones presentadas. Si bien no desarrolla posiciones críticas en cuanto a la determinación de las cifras de gasto privado, como apreciaremos más adelante, su mérito fundamental radica en la pionera descripción de las bases metodológicas del cálculo del gasto público sanitario con delineamientos internacionalmente aceptados, así como en su plasmación en la serie de cuentas satélites anuales de la Sanidad Pública, lo que constituye una aportación definitiva tanto doctrinal como práctica que todavía hoy se respeta.

En efecto, para continuar la serie 1960-1986 contenida en el *Análisis* el Ministerio de Sanidad firmó un convenio de colaboración con el equipo de la Cátedra de Hacienda Pública dirigido por Barea por el que, aplicando la metodología desarrollada, se avanzaron las cifras de gasto público sanitario hasta 1990.

Posteriormente, y con la misma metodología, Barea dirigió desde el propio Ministerio la ampliación de la serie de gasto hasta 1993.

Desde entonces, y sobre las bases establecidas, la determinación rutinaria de las cifras del gasto público sanitario se ha realizado con periodicidad anual por los técnicos del Ministerio de Sanidad.

En contraste con la determinación del gasto público, el gasto sanitario privado no se ha calculado tradicionalmente por el Ministerio de Sanidad, sino que proviene del Instituto Nacional de Estadística (INE), con base en su Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF). En ésta, los gastos familiares en salud ocupan el sexto epígrafe dentro de los 12 existentes en la actualidad y se escinden en cinco conceptos: productos, aparatos y equipos médicos; servicios médicos; servicios de dentistas; servicios paramédicos no hospitalarios; y servicios hospitalarios (2).

La EPF se inició en 1958 y continuó con ediciones relativas a los años 1964/65 y 1973/74; apareció de manera decenal luego, 1980/81 y 1990/91, contemporáneamente con otra trimestral desde 1977 que, mejorada y ajustada a las directrices europeas, aparece con esa misma periodicidad desde el tercer trimestre de 1997 como Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (ECPF).

La ECPF tiene carácter muestral. Se realizan entrevistas en un total de 8.000 hogares, de los que la mitad de la muestra anota durante una semana al trimestre, en libretas destinadas para ello, todos los bienes y servicios por los que han efectuado un pago; se solicita, además, a la totalidad de la muestra información sobre las compras efectuadas con una periodicidad superior a la semana.

Curiosamente, ni el Ministerio de Sanidad ni el INE han adicionado tradicionalmente las cifras de gasto sanitario bajo su responsabilidad, lo que ha venido efectuando la OCDE, por lo que los españoles interesados en la cifra de gasto sanitario total han convivido históricamente con la idea de que dicha cifra, como los bebés, venía de París.

Es preciso aclarar, en todo caso, que la OCDE no ha poseído funcionarios destacados en España ni en otros países dedicados a la labor del cálculo del gasto sanitario, sino que se ha limitado a recibir las cifras oficiales enviadas por los responsables locales, or-

ganismos estadísticos nacionales en la mayoría de los casos y el Ministerio de Sanidad e INE en el nuestro, que publican tras la rutinaria evaluación y comentario con los responsables nacionales. Señalamos esto porque el hecho de venir de la OCDE, de originarse en París, ha rodeado tradicionalmente las cifras de gasto de una aureola de indudable robustez, que ha colaborado de forma decisiva al asentamiento del mito que comentamos.

Tan asombrosa situación, se ha extinguido a partir del año 2003, en que el Instituto de Información Sanitaria, afortunada criatura de la Ley de Cohesión y Calidad, conjunta las cifras de ambos orígenes y, tras los estudios adecuados, produce ya con rutina anual los datos de gasto sanitario público, privado y total.

CONTENIDO DEL MITO. VALORACIÓN Y DIFUSIÓN

El mito que consideramos no es reciente, sino que se origina en las publicaciones anuales de la OCDE (3) que, desde 1982, ofrecen las estadísticas comparadas del nivel de gasto sanitario de sus países miembros, más de 1.200 series en la actualidad, que arrancan de forma general en el año 1960.

La formulación del mito, tal como es generalmente aceptado, se desarrolla en el campo de la sanidad pública o de la sanidad total, no es corriente su aplicación a la parcela privada de la sanidad española. Además, el concepto manejado, el gasto sanitario, no se considera en cifras absolutas, sino en aquellas expresiones relativas que permiten la comparación con la situación de otros países, ya sea el gasto sanitario per cápita, ya sea su proporción respecto del PIB. Su expresión más sofisticada incluye la consideración del ajuste por poder adquisitivo, acepción que sólo se presenta en casos extremos y en círculos muy selectos.

¿Es, ciertamente, el gasto sanitario español el menor de los europeos? Veamos las cifras de la OCDE relativas a 2003 referentes a los tres conceptos elegidos como expresiones corrientes del mito: gasto sanitario per cápita, en términos absolutos o ajustado por poder adquisitivo, y proporción respecto del PIB. El mito se basa precisamente en esas cifras, últimas disponibles al escribir estas líneas.

La Tabla I ofrece información relevante; ordena los resultados relativos a los países europeos en sentido decreciente. Como se aprecia, la posición española en gasto per cápita en términos absolutos (US\$) se ubica entre los tres últimos lugares de la Tabla I, junto a Portugal y Grecia; Irlanda escapa de dicha posición en virtud del esfuerzo sanitario que le ha permitido su notable desarrollo económico.

En el año 2003, España es el penúltimo país de Europa en gasto sanitario total per cápita, situándose incluso por debajo de Grecia, y se observa una diferencia de 1.072 \$ (un 40%) respecto del promedio europeo. En gasto sanitario público, ocupamos el antepenúltimo lugar, sólo por delante de Portugal y Grecia, y observamos una diferencia de 900 US\$ respecto del promedio europeo (un 45%).

Los cálculos ajustados por poder adquisitivo (\$ APA) ofrecen resultados semejantes en 2003. Con idéntica escapada de Irlanda, España es penúltima y antepenúltima en gasto sanitario total o público, aunque los diferenciales respecto del promedio europeo en dichos conceptos son ahora menores (619 \$ y 722 \$), lo mismo que los porcentajes de diferencia con respecto a los valores promedio (19% y 29%).

La situación española relativa a los restantes países europeos mejora al utilizar el tercer parámetro de comparación, el esfuerzo sanitario realizado, que medimos por el porcentaje del gasto sanitario total o público respecto del PIB. Además, y de forma curiosa, los compañeros de viaje no son ahora los mismos que en los casos anteriores. En gasto sanitario total, con un 7,7% alcanzamos el quinto nivel más reducido, por delante de Luxemburgo, Irlanda, Finlandia y Austria, mientras que en gasto sanitario público con un 5,5% volvemos a ocupar el antepenúltimo lugar, por delante sólo de Grecia y Austria.

Las cifras expuestas sustancian con precisión el alcance del mito que consideramos. España no ocupa el último lugar de Europa en ninguno de los tres parámetros que hemos elegido, aunque ciertamente se ubica en lugares de cola en la liga europea, lo que por otro lado no es sino el lugar apropiado en virtud del nivel de desarrollo económico español.

TABLA I. Gasto sanitario total y público (per cápita y porcentaje de PIB). EU-15. 2003									
Gasto sanitario per cápita (US\$)			Gasto sanitario per cápita (\$APA)			Gasto sanitario (% PIB)			
	Gasto total	Gasto público		Gasto total	Gasto público		Gasto total	Gasto público	
Luxemburgo	4.117	3.700	Luxemburgo	3.705	3.329	Alemania	11,1	8,6	Alemania
Dinamarca	3.534	2.932	Alemania	2.996	2.343	Francia	10,1	8	Suecia
Alemania	3.204	2.684	Países Bajos	2.976	2.304	Grecia	9,9	7,7	Francia
Suecia	3.149	2.506	Francia	2.903	2.292	Países Bajos	9,8	7,5	Dinamarca
Países Bajos	3.088	2.263	Bélgica	2.827	2.214	Bélgica	9,6	6,7	Portugal
Francia	2.967	2.184	Dinamarca	2.763	2.034	Portugal	9,6	6,6	Reino Unido
Irlanda	2.801	1.989	Suecia	2.703	1.825	Suecia	9,4	6,5	EU-15
Bélgica	2.796	1.926	EU-15	2.265	1.911	Dinamarca	9	6,3	Italia
EU-15	2.607	1.862	Irlanda	2.451	1.856	EU-15	8,8	6,2	Luxemburgo
Austria	2.358	1.758	Reino Unido	2.430	1.697	Italia	8,4	6,1	Países Bajos
Finlandia	2.297	1.607	Austria	2.302	1.622	Reino Unido	7,9	5,8	Irlanda
Reino Unido	2.225	1.595	Italia	2.258	1.557	España	7,7	5,7	Finlandia
Italia	2.139	1.092	Finlandia	2.118	1.306	Austria	7,5	5,5	España
Grecia	1.549	940	Grecia	2.011	1.253	Finlandia	7,4	5,1	Austria
España	1.535	794	España	1.835	1.032	Irlanda	7,4	5,1	Grecia
Portugal	1.348	n. d.	Portugal	1.797	n. d.	Luxemburgo	6,9	n. d.	Bélgica
Esp/EU-15	0,59	0,55	Esp/EU-15	0,810	0,715	Esp/EU-15	0,877	0,847	

Fuente: Eco-Salud. OCDE. Octubre 2005.

No en vano, la doctrina española más autorizada (4) señala al respecto: “No es cierto que el nivel total agregado per cápita del gasto sanitario en España sea inequívocamente bajo. España tiene básicamente el nivel que le corresponde a su estado actual de desarrollo y al conjunto de determinantes conocido en la literatura”. Por otro lado, no encontramos en la doctrina oposición a los incrementos de gasto sanitario, sino, más bien, recomendaciones de moderación que promueven atemperar su evolución a la del desarrollo general.

Tanto el examen de las cifras relevantes como el terminante juicio de la doctrina revelan que nos encontramos de nuevo ante un mito interesado, una falacia absoluta. Si admitimos como cierto que las cifras oficiales muestran una distancia de 600 \$ o 700 \$ respecto del promedio europeo de gasto sanitario total o público per cápita, o que el esfuerzo sanitario español con respecto al PIB dista de aquél aproximadamente 1 punto, es preciso contemplar dichas cifras desde la perspectiva del nivel de desarrollo español, que tampoco alcanza el promedio europeo, y reconocer que la situación española es semejante, si no mejor, que la que ofrecían los países europeos más desarrollados cuando se encontraban en el nivel de renta que ahora disfrutamos.

La templanza con que abundantes fracciones de la doctrina española contemplan los niveles de gasto sanitario español no es virtud generalizada, ni participan de ella multitud de profesionales sanitarios, y mucho menos lo hacen significativos representantes de nuestros estamentos políticos. Para muchos de éstos las diferencias de nivel de gasto con respecto a nuestros colegas europeos representan un objetivo a batir, constituyen casi una afrenta, una desconsideración inaceptable, e ignoran la relación existente entre el gasto sanitario y el nivel de desarrollo, que ha sido probada de forma generalizada en la literatura sanitaria.

Un punto más de gasto sanitario público como mínimo constituye, desde hace tiempo, una petición generalizada en las reuniones sanitarias y un ingrediente básico en cualquier programa político que se precie, sea a nivel nacional, sea a nivel autonómico, como puede apreciar cualquier observador atento de nuestra escena. Pro-

puestas que no se apoyan en la realidad, sino que se basan en la falacia, en una apreciación simple y poco elaborada de la situación, guiadas por el interés bajo el influjo del monumental mito que contemplamos.

CONSISTENCIA DE LAS CIFRAS DE GASTO. DATOS ALTERNATIVOS

Llegados a este punto, es preciso señalar que la consideración inicial del gasto sanitario que se ha presentado puede superarse mediante el análisis de la consistencia de las cifras oficiales de gasto manejadas hasta ahora.

Las correcciones de cifras que se presentan se refieren al gasto sanitario total, para lo que se reestimarán los valores de sus dos componentes, el gasto sanitario público y el privado, aplicando criterios diferentes en cada una de las parcelas.

En la primera, se ofrecerán datos actualizados y se realizará, además, una labor de relleno de los huecos estadísticos existentes, para lo que se aplicarán procedimientos de estimación a través de las hipótesis que se exponen. En la segunda, se seguirán tres vías de aproximación: las dos mismas anteriores (relleno de huecos estadísticos y actualización) y una tercera, la corrección de datos mediante fuentes privadas de información alternativas a las empleadas en los cálculos oficiales.

Gasto sanitario público

La Tabla II ofrece un resumen de la evolución de las cifras oficiales de gasto sanitario público tomadas del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (5), en la que se observa que en el periodo 1999-2003 las cifras totales muestran una elevación desde 30.636 hasta 42.626 millones de euros. Ello supone una tasa anual media de crecimiento del 8,6%, que deriva de un crecimiento del 8,9% en el gasto territorial y otro menor, del 5,8%, en el gasto no territorial.

La Tabla III parte de la anterior y contiene las estimaciones de actualización del gasto sanitario público propias de este trabajo para

TABLA II. Gasto sanitario público de 1999 a 2003 (millones de euros y porcentajes)						
	1999	2000	2001	2002	2003	% TAM 2003/1999
CC.AA.	27.247	29.600	31.695	34.410	38.419	9
Corporaciones locales	654	650	740	742	786	4,7
Gasto territorial	27.901	30.249	32.435	35.152	39.204	8,9
Administración central	596	521	540	526	665	2,8
Seguridad Social	946	1.083	1.213	1.206	1.243	7,1
Mutualidades de funcionarios	1.193	1.239	1.311	1.411	1.514	6,1
Gasto no territorial	2.735	2.843	3.065	3.143	3.422	5,8
Gasto sanitario público total	30.636	33.092	35.499	38.295	42.626	8,6

TAM: tasa anual media.
Fuente: Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Julio de 2005.

TABLA III. Estimación del gasto sanitario público en 2004 y 2005 (millones de euros y porcentajes)							
	PI 2003	Real 2003	% incremento	PI 2004	PI 2005	Est. 2004	Est. 2005
CC.AA.	35.797	38.419	7,3	39.372	43.024	42.255	46.175
Corporaciones locales	664	786	18,4	703	744	832	880
Suma	36.461	39.204	-	40.075	43.768	43.087	47.055
Aport. Conferencia de Presidentes	-	-	-	-	-	-	1.923
Gasto territorial	36.461	39.204	-	40.075	43.768	43.087	48.978
Administración central	-	665	2,8	-	-	683	702
Seguridad Social	-	1.243	7,1	-	-	1.331	1.425
Mutualidades de funcionarios	-	1.514	6,1	-	-	1.607	1.706
Gasto no territorial	3.646	3.422	-	3.876	4.121	3.621	3.833
Gasto sanitario público total	40.107	42.626	-	43.951	47.890	46.708	52.811

PI: presupuestos iniciales.
Fuente: elaboración propia.

los años 2004 y 2005, efectuadas con criterios distintos en el campo territorial y el no territorial.

En el área territorial, se parte de las cifras de presupuestos iniciales de 2004 y 2005 de las comunidades autónomas y corporaciones locales, a las que se aplican los respectivos porcentajes de desviación entre liquidación y presupuesto inicial registrados en 2003 y se adicionan luego las diversas cifras obtenidas. Se supone con ello que las variaciones al alza desde las cifras iniciales registradas en 2003 se han mantenido en los dos años siguientes, lo que no parece inverosímil.

Se añade, además, la cifra anual de saneamiento correspondiente a 2005 aprobada en la Conferencia de Presidentes, lo que supone la utilización de dos hipótesis. Por un lado, que tal cifra se destina en todas las comunidades autónomas a financiar gasto sanitario y, por otro lado, que se ha utilizado en su totalidad en el ejercicio de 2005. Tales hipótesis son tan lógicas como aventuradas y pueden representar un máximo de la corrección por dicho concepto; se deben esperar las cifras definitivas a la rendición de cuentas comprometida al respecto. En todo caso, los efectos de la variabilidad de esta corrección deben considerarse en el seno de su reducida importancia dentro del gasto sanitario público.

En el área no territorial se han aplicado a las cifras de liquidación de 2003 los porcentajes medios anuales de incremento registrados en el periodo 1999-2003, vía que consideramos más firme que la estimación a partir de presupuestos iniciales habida cuenta de la desviación negativa observada en 2003, por lo que la hemos elegido, a pesar de que ofrece resultados inferiores a los derivados del camino alternativo.

Tal como se ha señalado anteriormente, junto a la actualización de datos se desea realizar una labor de relleno de los huecos estadísticos existentes, para lo que sirven de referencia las estadísticas de gasto sanitario de la OCDE y la reciente y oportuna publicación del órgano del Ministerio de Sanidad y Consumo responsable de los cálculos del gasto sanitario, la Subdirección General de Análisis

Económico y Fondo de Cohesión, titulada *La armonización internacional de las estadísticas de gasto sanitario: Sistema de Cuentas de la Salud en España* (6).

En esta última publicación encontramos una descripción de los campos de posible mejora de las cuentas españolas, al comparar el contenido de la Estadística del Gasto Sanitario Público Español (EGSP) con las directrices del Sistema de Cuentas de la Salud (SCS), para lo que indica que existe en el Ministerio un grupo de trabajo a cuyo esfuerzo pueden ayudar estas reflexiones.

En la parcela del gasto sanitario público, el estudio citado señala como diferencias entre la EGSP y el SCS las siguientes:

- **Cuidados de larga duración:** la EGSP incluye sólo a los pacientes ingresados en hospitales; se debe añadir el cuidado sanitario de los atendidos en residencias sociosanitarias públicas, ampliable a la imputación de gasto de los agentes sociales.
- En cambio, la EGSP incluye tradicionalmente los **gastos en I+D y formación**, que para el SCS constituyen funciones relacionadas con la salud, no servicios sanitarios en sentido estricto, por lo que su gasto se debe excluir del gasto sanitario.

La manifestación concreta de ambas diferencias aparece al consultar las estadísticas de la OCDE, que confirman la presencia de valores cero en las casillas de gasto público relativas a los cuidados de larga duración ajenos a los hospitales y valores positivos en las casillas correspondientes a los gastos en I+D, sin que sea posible identificar las cuantías incluidas como gastos de formación.

Por otro lado, la consulta de las estadísticas de la OCDE muestra otro hueco, no citado en *La armonización internacional de las estadísticas de gasto sanitario: Sistema de Cuentas de la Salud en España*, concretamente los cuidados de enfermería en las visitas domiciliarias, que entendemos necesario adicionar al no considerarlos incluidos en otra parte.

La Tabla IV ofrece los resultados de las tres correcciones y la determinación consiguiente de las cifras ajustadas de gasto sanitario público. La estimación del primer concepto se ha realizado referenciando el gasto público en cuidados de larga duración ajenos a los hospitales con el gasto público hospitalario, para lo que se han utilizado los ratios franceses, y se han reducido luego los datos obtenidos mediante la aplicación del factor de corrección que aprecia la menor importancia del sector sociosanitario español con respecto al francés medido en plazas residenciales por 1.000 habitantes/camas totales por 1.000 habitantes.

Se han deducido, posteriormente, las cifras de gasto público en I+D según sus valores de 2000-2003 en las estadísticas de la OCDE y su extrapolación para los años 2004 y 2005. Finalmente, las cifras de gasto público en cuidados domiciliarios se han estimado con apoyo en las de gasto público en cuidados ambulatorios utilizando, igualmente, los ratios franceses.

Como puede observarse, los ajustes efectuados revisten una importancia limitada pero importante, se ubican en las cercanías de los 1.000 millones de euros anuales, lo que representa alrededor del 2% de las cifras de gasto público sanitario antes de realizar ajustes.

Tan limitada revisión del gasto sanitario público como la que presentamos se apoya en dos poderosas razones. Por un lado, en el respeto al esfuerzo desplegado por los responsables de su medición conjunta, cuya efectividad está condicionada por la heterogénea calidad de las cifras regionales, tal como se deriva de la apreciación de la errática elevación de las cifras autonómicas de déficit a medida que se aproximaba la fecha de la Conferencia de Presidentes. En segundo lugar, por la inexistencia de fuentes alternativas de información que pudieran permitir un contraste riguroso de las cifras oficiales, lo que por otro lado se facilitaría con el mejor conocimiento de las mismas derivado de mayores desgloses de la información sobre el gasto público sanitario.

La notable discrepancia entre la proporción de la actividad sanitaria autonómica dentro de la global y la importancia de las deudas

TABLA IV. Ajustes y gasto sanitario público ajustado						
Ajustes en el gasto sanitario público (millones de euros)						
	2000	2001	2002	2003	Est. 2004	Est. 2005
Gasto público en cuidados domiciliarios	308	335	372	403	454	485
Gasto público en cuidados en las residencias	534	603	698	792	894	1.000
Gasto público I+D	-123	-134	-235	-273	-311	-349
Suma Ajustes	720	804	836	923	1.037	1.136
Gasto sanitario público ajustado (millones de euros)						
	2000	2001	2002	2003	Est. 2004	Est. 2005
Gasto sanitario público	33.092	35.499	38.295	42.626	46.708	52.811
Ajustes	720	804	836	923	1.037	1.136
Gasto sanitario público ajustado	33.812	36.304	39.131	43.549	47.745	53.947
% ajustes/gasto sanitario público	2,2	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2
Fuente: estimaciones propias.						

sanitarias autonómicas con respecto a sus endeudamientos globales se alejan de los dictados de la lógica financiera y permiten barruntar la existencia de cifras de déficit, así como, consecuentemente, de gasto público muy por encima de las actualmente manejadas.

El elevado crecimiento de las cifras presupuestarias del gasto sanitario autonómico observado en el último periodo respecto de otras magnitudes agregadas, como el gasto público total o PIB, puede significar la progresiva disminución de la brecha intuida, lo que constituiría una buena noticia situada en la línea de mantener crecientes aproximaciones a lo dispuesto en los manuales de gasto sanitario.

Gasto sanitario privado

Una vez ajustado el gasto sanitario público, se utilizan tres vías de aproximación para el ajuste de las cifras de gasto sanitario privado: relleno de huecos estadísticos, actualización temporal y corrección de datos, mediante fuentes privadas de información.

Según idéntico planteamiento al del caso anterior, la comparación del contenido de las estadísticas del gasto sanitario español con las directrices del Sistema de Cuentas de la Salud de la OCDE en la parcela del gasto sanitario privado, realizada en el estudio del Ministerio antes citado (6), revela las siguientes diferencias:

- Al no disponerse de información sobre la actividad sanitaria realizada por las empresas, no se incluye el gasto en salud laboral, que debe añadirse.
- En paralelo con lo realizado en la parcela pública, debe adicionarse el cuidado sanitario de los atendidos en residencias privadas de la tercera edad y para discapacitados.
- Los gastos privados de formación bruta de capital incluyen la inversión hospitalaria pero no la ambulatoria, que debe añadirse.
- Al no figurar gasto privado en I+D, no es preciso realizar reducción alguna por este concepto.

La Tabla V recoge las estimaciones realizadas para cubrir los tres huecos conceptuales señalados por la fuente oficial referida. Del examen de las cifras OCDE de gasto privado en prevención y salud pública confirmamos que poseen invariablemente un valor nulo, y estimamos sus niveles a partir de los valores del gasto público en dicho concepto, a los que se aplican los coeficientes de relación entre ambos encontrados en los datos OCDE referentes a Francia.

El gasto sanitario privado en residencias de la tercera edad y para discapacitados se estima, asimismo, a partir de las cifras de gasto público en dicho concepto, a las que se aplican los coeficientes relativos promedio encontrados en los datos OCDE de los países que informan al respecto, entre los que no se encuentra Francia.

Finalmente, como se aprecia en la Tabla V, la estimación de los gastos privados de formación bruta de capital se ha efectuado comparando su relación con los gastos corrientes en el sector público y en el privado; se confirma invariablemente la existencia de menores valores en el sector privado que en el público, que atribuimos precisamente a la no contabilización de la inversión privada ambulatoria, con lo que se estiman los ajustes pertinentes.

Pero, además de las carencias examinadas que se han resuelto con recurso a estimaciones, el estudio citado (6) revela numerosos problemas para la adecuada realización de los cálculos del gasto privado, como la desagregación ante la insuficiencia de información, la inexistencia de datos sobre la actividad sanitaria realizada por las empresas, las considerables diferencias entre los resultados de la Encuesta de Presupuestos Familiares y las cifras de consumo de las familias proporcionadas por la Contabilidad Nacional, tanto en valores absolutos como en su distribución entre los diferentes capítulos de gasto, y otros.

Todo ello aconseja una revisión a fondo de las cifras oficiales de gasto sanitario privado, lo que se lleva a cabo a continuación desde la óptica de los proveedores. Se desglosan los ajustes que se realizan en cada una de las cuatro áreas que contiene: asistencia ambulatoria, bienes sanitarios, asistencia hospitalaria y adminis-

TABLA V. Gasto sanitario privado. Adiciones (millones de euros)

	2000	2001	2002	2003	Est. 2004	Est. 2005
Salud laboral						
Gasto público en salud pública	521	551	657	715	773	831
Coefficiente gasto privado/público en salud pública	0,55	0,55	0,57	0,57	0,57	0,57
Estimación de gasto privado en salud pública	288	304	373	410	441	474
Estimación de gasto total en salud pública	809	855	1.030	1.125	1.214	1.305
Gasto privado en residencias						
Gasto público en residencias	534	603	698	792	894	1.000
Estimación de gasto privado 22% público	118	133	154	174	197	220
Estimación de gasto total en residencias	652	736	852	967	1.090	1.220
Inversión privada						
Gasto inversión pública/gasto corriente público	0,036	0,041	0,041	0,040	-	-
Gasto inversión privada/gasto corriente privado	0,022	0,032	0,028	0,026	-	-
Gasto sanitario corriente privado	12.617	13.747	14.762	16.085	-	-
Gasto inversión público/gasto corriente público	0,036	0,041	0,041	0,040	-	-
Estimación de gasto de inversión privada ajustada	449	561	605	644	-	-
Incremento de inversión privada	169	116	187	230	273	316
Adiciones						
Estimación de gasto privado en salud pública	288	304	373	410	441	474
Estimación de gasto privado en residencias	118	133	154	174	197	220
Incremento de inversión privada	169	116	187	230	273	316
Total Adiciones	574	553	713	814	910	1.010
Fuente: estimaciones propias.						

tración de seguros; estimados con apoyo en fuentes privadas de información.

Asistencia ambulatoria

La estimación arranca de los datos de consultas médicas y a dentistas obtenidos de las Encuestas Nacionales de Salud (1987, 1993, 1995, 1997 y 2001) y un reducido número de datos de la de 2003 (7), objeto de una continuada elaboración personal, que se proyectan al ámbito económico a partir de informaciones puntuales de coste/visita (8). Se utiliza, además, profusa información asistencial y económica de las Entidades de Seguro Libre (ESL) (9) elaborada, asimismo, personalmente (10) con apoyo en datos agregados económicos y de aseguramiento de origen privado y datos asistenciales, económicos y de aseguramiento de una robusta fracción muestral de las mismas (11).

Se trabaja fundamentalmente en el año 2001, para el que se dispone también de un detalle suficiente de la distribución por proveedores del gasto sanitario privado, ofrecido por la publicación del Ministerio de Sanidad tantas veces citada (6), a la que se añade información para el periodo 1999-2003 obtenida del reciente Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (5).

Las Tablas VI y VII ofrecen la explotación de la población protegida y las visitas médicas realizadas por los españoles en 2001 derivadas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de dicho año. Se adjuntan las cifras corregidas, para lo que se han aplicado criterios de verosimilitud apoyados en información directa de las mutuas de funcionarios públicos (MFP) (12) y datos colectivos de las ESL (11).

Como se aprecia, las discrepancias comienzan en los datos totales y crecen a medida que se reduce el tamaño de los colectivos contemplados. Las desviaciones son generales, e importantes en muchos casos, y muestran lo aventurado que supone trabajar directamente con los resultados de la ENS y la necesidad de afinar de cara al futuro tan necesario instrumento.

Las Tablas VIII y IX recogen los datos parciales de gasto ambulatorio privado, cuyos resultados globales se ofrecen en la Tabla X.

Así, la Tabla VIII adiciona la actividad sanitaria desarrollada en el campo del seguro privado, tanto en los seguros de salud como en la parte sanitaria de los seguros de accidentes de tráfico (AT). Se ha calculado a partir de las cifras económicas de las ESL ofrecidas anualmente por su entidad de grupo Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA) (9) y depuradas para excluir la fracción de financiación pública, que queda extramuros del campo de gasto sanitario privado que contemplamos.

TABLA VI. Colectivos asegurados. Cifras de la ENS y corregidas (000)			
Población protegida 2001	ENS	Estimación	% corrección
Seguridad Social sólo	34.521	33.299	-3,5
MFP en Seguridad Social	879	462	-47,5
MFP en ESL	1.131	2.027	79,2
ESL sólo	1.624	2.280	40,4
Privados sólo	26	26	-3,5
Doble tarjeta	2.667	3.745	40,4
Total	40.847	41.838	2,4

MFP: mutualidades de funcionarios públicos.
 ESL: Entidades de Seguro Libre.
 Fuente: ENS y estimaciones propias.

TABLA VII. Visitas médicas. Cifras de la ENS 2001 y corregidas (000)			
2001	Total visitas médicas (ENS)	Visitas médicas (cifras corregidas)	% corrección
Seguridad Social	317.519	294.855	-7,1
Sociedad médica	22.692	59.727	163,2
Privado	25.042	20.591	-17,8
Total	365.253	375.173	2,7

Fuente: ENS y estimaciones propias.

TABLA VIII. Gasto sanitario en Entidades de Seguro Libre (ESL) y seguro de accidentes de tráfico (AT) (millones de euros)						
ESL privadas + AT	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Actividad ambulatoria 50%	999	1.069	1.184	1.332	1.506	1.648
Actividad hospitalaria 50%	999	1.069	1.184	1.332	1.506	1.648
Administración 15%	352	377	418	470	532	582
Total Salud	2.350	2.515	2.786	3.135	3.544	3.879

Fuente: ICEA y estimaciones propias.

TABLA IX. Visitas al médico y al dentista. Gasto privado (millones de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Visitas médicas totales. 000	355.000	365.253	376.913	398.495	420.077	441.659
Visitas médicas privadas. 000	19.981	20.591	21.201	21.811	22.421	23.031
% visitas médicas privadas/totales	5,6	5,6	5,6	5,5	5,3	5,2
Gasto/visitas médicas privadas €	63	65	68	70	72	75
Gasto visitas médicas privadas	1.268	1.334	1.443	1.532	1.618	1.716
Visitas al dentista totales. 000	61.125	61.500	62.047	62.839	63.631	64.423
Visitas al dentista no públicas	51.059	51.566	52.219	53.083	53.000	54.000
% visitas al dentista privadas/totales	83,5	83,8	84,2	84,5	83,3	83,8
Coste/visita al dentista privada ptas.	19.274	19.679	20.682	21.344	21.920	22.644
Coste/visita al dentista privada €	116	118	124	128	132	136
Gasto visitas al dentista privadas	5.915	6.099	6.491	6.810	6.982	7.349

Fuente: estimaciones propias.

Se incorpora, asimismo, la parte sanitaria de los seguros de accidentes estimada a partir del gasto de su actividad hospitalaria tomado de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) (13); se utiliza, además, la cifra del 15% para los gastos de administración, tomada del estudio (5), así como el criterio 50/50 para los gastos de la actividad ambulatoria y hospitalaria sugerido por los expertos del sector ESL. Operando de esta forma, se utilizan los conceptos más amplios posibles de las actividades ambulatoria y hospitalaria, que incluyen en ambas los conceptos menores asociados a los principales, como laboratorios, servicios auxiliares y otros profesionales, por lo que se elimina la necesidad de estimaciones particulares para estos conceptos.

La Tabla IX resume los cálculos de gasto privado en visitas médicas y a dentistas. Ambas parten del número de visitas totales y privadas obtenidas de la serie de ENS corregida y extrapolada. Las cifras de gasto/visita médica se han obtenido por extrapolación a partir de la estimación inicial relativa a 1993 sobre datos proporcionados por la OCU (14), lo mismo que la serie de gasto/visita al dentista con base en resultados ofrecidos por la ENS 1993. El año 1993, por consiguiente, se convierte en clave para las estimaciones al ofrecer datos valiosos y no repetidos otros años, ni por la ENS, que no ha insistido en preguntar a los encuestados sobre el desembolso en las visitas a los dentistas, ni por la OCU, que no ha vuelto a realizar la encuesta sobre actividades sanitarias encargada en su día por la CEE. Las extrapolaciones, en ambos casos, se realizan con apoyo en la evolución del IPC.

La Tabla X, finalmente, agrupa los resultados de las anteriores y ofrece la serie de gasto privado ambulatorio ajustado.

TABLA X. Gasto ambulatorio ajustado (millones de euros)						
Gasto visitas médicas	2000	2001	2002	2003	2004	2005
De una sociedad médica	999	1.069	1.184	1.332	1.506	1.648
Privado	1.268	1.334	1.443	1.532	1.618	1.716
Gasto privado de visitas al médico	2.266	2.403	2.627	2.865	3.124	3.365
Gasto privado de visitas al dentista	5.915	6.099	6.491	6.810	6.982	7.349
Gasto privado médico + dentista	8.181	8.501	9.118	9.674	10.106	10.714
Fuente: estimaciones propias.						

Debe reconocerse, en todo caso, la posible sobreestimación de los datos de gasto en dentistas, puesto que no están depurados de los realizados a través del seguro privado, compensado conceptualmente por la posible infraestimación derivada de no considerar el importe de los tiques moderadores implantados por aquél y, sobre todo, la imperiosa necesidad de actualizar los valores del coste de la visita privada al médico y al dentista, cuyos contenidos han sufrido notables modificaciones cualitativas en los 13 años transcurridos desde su última determinación.

Bienes sanitarios

La Tabla XI muestra la evolución del gasto en bienes sanitarios de acuerdo con la clasificación conceptual de la OCDE; compara las cifras oficiales existentes (2000-2003) con las resultantes de la corrección de dichos datos y adjunta las estimaciones actualizadas hasta el año 2005.

Ha de recordarse que el concepto de bienes sanitarios se refiere exclusivamente al ámbito ambulatorio, ya que los gastos de farmacia realizados en los hospitales aparecen contabilizados dentro de las cuentas de éstos de acuerdo con los manuales de gasto. El área de bienes sanitarios que consideramos ahora consta de dos categorías generales: los productos farmacéuticos y otros no duraderos, y los aparatos terapéuticos y otros productos duraderos.

La primera de dichas categorías, los bienes no duraderos, incluye a su vez tres grupos de productos: las especialidades de prescripción; las especialidades farmacéuticas publicitarias que, junto con la anterior, componen el subgrupo de especialidades farmacéuticas y agrupan productos fácilmente discernidos por el lector; y, finalmente, otros bienes no duraderos o fungibles de uso médico, que agrupan una gran variedad de productos, fundamentalmente pañales, apósitos, medias elásticas, tests y otros, que componen el área denominada parafarmacia.

La segunda categoría general, los bienes duraderos, comprende otro variado conjunto de bienes, como los de óptica, audición, ortopedia y otros, de uso duradero esta vez.

TABLA XI. Gasto en bienes sanitarios. Datos OCDE y corregidos (millones de euros)

Total bienes sanitarios			Productos farmacéuticos y otros no duraderos						Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos			
Gasto total	Gasto público	Gasto privado	Prescripción	EFP	Otros no duraderos	Gasto total	Gasto público	Gasto privado	Gasto total	Gasto público	Gasto privado	
OCDE												
2000	11.226	7.266	3.960	8.614	501	557	9.672	7.110	2.562	1.554	156	1.398
2001	12.104	7.841	4.263	9.488	502	425	10.415	7.681	2.734	1.689	160	1.529
2002	13.242	8.690	4.552	10.456	493	597	11.546	8.507	3.038	1.697	183	1.514
2003	14.375	9.421	4.954	11.690	517	289	12.496	9.189	3.307	1.879	232	1.647
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Datos corregidos												
2000	11.914	7.266	4.648	8.614	501	560	9.675	7.110	2.565	2.239	156	2.083
2001	12.976	7.841	5.135	9.488	502	616	10.606	7.681	2.925	2.371	160	2.211
2002	14.186	8.690	5.496	10.456	493	690	11.639	8.507	3.132	2.546	183	2.363
2003	15.603	9.421	6.182	11.690	517	726	12.933	9.189	3.744	2.670	232	2.438
2004	16.801	10.151	6.650	12.507	522	907	13.936	9.902	4.034	2.865	249	2.616
2005	17.759	10.714	7.045	13.211	527	967	14.706	10.449	4.257	3.053	265	2.788
Diferencia												
2000	688	0	688	0	0	3	3	0	3	685	0	685
2001	872	0	872	0	0	191	191	0	191	682	0	682
2002	944	0	944	0	0	93	93	0	94	849	0	849
2003	1.228	0	1.228	0	0	437	437	0	437	791	0	791
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% incremento												
2000	6,1	0	17,4	0	0	0,6	0	0	0,1	44,1	0	49
2001	7,2	0	20,5	0	0	44,9	1,8	0	7	40,4	0	44,6
2002	7,1	0	20,7	0	0	15,7	0,8	0	3,1	50	0	56,1
2003	8,5	0	24,8	0	0	151,1	3,5	0	13,2	42,1	0	48
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EFP: especialidades farmacéuticas publicitarias.												
Fuente: Eco-Salud OCDE y estimaciones propias.												

Como puede observarse en la Tabla XI, no se han aplicado correcciones a las cifras de gasto público en bienes sanitarios –se han respetado los datos oficiales conocidos– ni tampoco a las cifras totales de los dos conjuntos de especialidades, cuyos datos provienen de IMS, empresa privada multinacional que desarrolla la labor de recuento de mercados con reconocida solvencia en todo el mundo. En consecuencia, se han contrastado solamente las cifras totales y privadas de parafarmacia y bienes duraderos, ya que de nuevo se han respetado las cifras oficiales de gasto público en dichas áreas.

La estimación del mercado total de productos de parafarmacia se ha realizado adicionando las ventas de dichos productos llevadas a cabo a través de los dos canales utilizados, las oficinas de farmacia y los establecimientos de parafarmacia.

Las cifras del primer canal las proporciona corrientemente la Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (ANEFP), que las elabora a partir de datos de IMS (15). Las cifras del segundo canal no se calculan de forma rutinaria, y han sido elaboradas por el autor a partir de datos de la propia IMS y de Nielsen, otra empresa de auditoría de mercados.

Como se aprecia en la Tabla XI, las correcciones realizadas a las cifras oficiales de parafarmacia superan en 2003 los 400 millones de euros, lo que supone un 150% de la cifra oficial, si bien el valor oficial del mercado en dicho año acusa un notable sesgo con respecto a los de años anteriores.

Las estimaciones en el área de bienes duraderos se han efectuado a partir de los datos de 2000-2005 del mercado español de óptica, su componente más importante, que se han obtenido de la Federación Española de Asociaciones del Sector Óptico (FEDAO). A dichas cifras se les han aplicado como factores multiplicadores para alcanzar el valor del mercado de bienes duraderos en los diversos años los estimados para Francia a partir de los datos de la OCDE.

Las correcciones realizadas en las cifras oficiales de gasto total en bienes duraderos son más importantes que las anteriormente dedu-

cidas para los no duraderos; oscilan entre el 40% y el 50%, y se acercan a los 800 millones de euros en 2003. Tales porcentajes se encuentran en torno al 50% en las cifras de gasto privado en bienes duraderos.

En conjunto, sumando las correcciones estimadas para los ámbitos de bienes duraderos y no duraderos y, tal como se deduce de la Tabla XI, los ajustes efectuados sobre las cifras oficiales de bienes sanitarios poseen niveles importantes y crecientes desde 700 hasta 1.200 millones de euros en el periodo 2000-2003. Ello comporta que los ajustes sobre las cifras oficiales de gasto total suponen incrementos entre el 6% y el 8,5%, porcentajes que en la parcela del gasto privado ascienden desde el 17% hasta el 25%.

Los importantes niveles de ajuste realizados en esta área no excluyen la posibilidad de ulteriores necesidades de corrección para incorporar mejores determinaciones de las “ventas directas” y de las cifras de deuda pública con el sector productivo, que podrían afectar al alza el gasto total y sus dos componentes, el gasto público y el privado.

Asistencia hospitalaria

El ajuste de las cifras oficiales de asistencia hospitalaria privada se efectúa exclusivamente en la parcela del gasto corriente, al no disponerse de información alternativa de su componente de inversión. Asimismo, afecta a dos de sus conceptos: el gasto de las familias y el de las ESL.

El primero de ellos responde a la experiencia acumulada en todos los restantes conceptos del gasto familiar, en los que al utilizar información procedente de fuentes alternativas se han encontrado invariablemente desviaciones de importancia respecto a las cifras oficiales. No disponemos de un recurso semejante en este caso, aunque la evidencia acumulada aconseja proceder a ajustar las cifras oficiales, lo que realizamos en el año 2001, aplicando al gasto familiar hospitalario un coeficiente de corrección promedio de las correcciones porcentuales efectuadas en el resto de sus conceptos, concretamente: gasto ambulatorio y gasto en bienes médicos.

El segundo ajuste se realiza en la parcela de las ESL, de las que poseemos una estimación precisa de su gasto hospitalario obtenida a partir de la información económica de ICEA. Adicionados ambos ajustes, se calcula el importe del ajuste en 2001, y el coeficiente de corrección así obtenido se mantiene en la Tabla XII a lo largo de toda la serie temporal 2000-2005.

TABLA XII. Gasto hospitalario corriente (millones de euros)						
Gasto corriente por proveedor	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto hospitalario	2.241	2.377	2.513	2.649	2.785	2.921
% incremento	0,507	0,507	0,507	0,507	0,507	0,507
Incremento	1.137	1.206	1.275	1.344	1.413	1.482
Gasto hospitalario corriente ajustado	3.378	3.583	3.788	3.993	4.198	4.403

Se intuye que el ajuste precariamente llevado a cabo en esta área debe mejorarse disponiendo de información más desglosada y actual de la actividad hospitalaria privada, en la que en los últimos periodos se han realizado modificaciones cualitativas de importancia, como la extensión de la cirugía ocular refractiva y otras cirugías, cuyo reflejo en las cifras manejadas podría no ser completo.

Administración de seguros

El último ajuste de las cifras oficiales de gasto privado, que presentamos en la Tabla XIII, se realiza en la parcela de la administración de los seguros privados, para lo que aprovechamos las cifras alternativas provenientes del mismo origen privado antes mencionado –ICEA (9)– relativas a las ESL, a las que añadimos la estimación del gasto de administración de la fracción sanitaria de los seguros de accidentes, calculado mediante la aplicación del mismo porcentaje con respecto al gasto total que el utilizado en aquéllas.

El porcentaje que representa el ajuste realizado sobre las cifras manejadas, aunque se apoye en determinaciones oficiales, se intuye que conduce a una sobreestimación, por lo que debe ser revisado,

TABLA XIII. Gasto de administración de seguros (millones de euros)				
Administración sanitaria privada (millones de euros)				
	Cifra oficial	Estimación	Incremento	% incremento
2000	274	352	78	29
2001	286	377	91	32
2002	298	418	120	40
2003	310	470	160	52
2004	322	532	210	65
2005	334	582	248	74

Fuente: ICEA y estimaciones propias.

si bien la reducida magnitud absoluta de las cifras no conducirá más que a modificaciones triviales de las cifras agregadas.

Resumen de ajustes

La Tabla XIV resume los ajustes realizados en las cinco áreas del gasto sanitario corriente privado; muestra las cifras oficiales contenidas en la publicación ministerial (5) y las obtenidas en este trabajo, derivadas de la utilización de diversas fuentes alternativas de información privada y de las estimaciones que hemos presentado.

Como puede observarse en la columna que totaliza los incrementos, el ajuste realizado en 2001 supera los 3.800 millones de euros, lo que supone un 28% de las cifras oficiales de gasto sanitario privado. Tal porcentaje se sitúa en el intervalo entre el 30% y el 50% para los diversos conceptos, a excepción del gasto en productos farmacéuticos, que solamente recibe un ajuste del 3% –reducido nivel que atribuimos al buen conocimiento general de las cifras de gasto farmacéutico del que se dispone tradicionalmente–.

Los importantes y generalizados ajustes efectuados, cuyo 13% proviene del campo del relleno de huecos y el 87% de la corrección de cifras, abren el camino a una nueva consideración del gasto sanitario privado, que debe apoyarse con más asiduidad en el manejo de las fuentes alternativas de información de origen privado presentadas. Además, se han señalado las posibilidades de corrección

TABLA XIV. Ajustes del gasto sanitario corriente privado en 2001 (millones de euros)											
	Pago por los hogares			Empresas de seguros privadas			ISFLSH	Sector privado			
	Cifra oficial	Estimación	% incremento	Cifra oficial	Estimación	% incremento		Cifra oficial	Estimación	Difª	% incremento
Hospitales	1.684	2.189	30	368	1.069	190	360	2.412	3.618	1.206	50
Médicos + dentistas	5.302	7.189	36	1.275	1.313	3	75	6.652	8.502	1.850	28
Farmacia	2.850	2.925	3	-	-	-	-	2.850	2.925	75	3
Productos farmacéuticos	1.593	2.211	39	-	-	-	-	1.593	2.211	618	39
duraderos	-	-	-	286	377	32	-	286	377	91	32
Administración	11.429	14.514	30	1.929	2.759	43	435	13.793	17.633	3.840	28
Gasto corriente											
Gasto corriente hospitalario	9.745	12.701	30	-	-	-	-	-	-	-	-

ISFLSH: Instituciones sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (6) y estimaciones propias.

suplementaria existentes que deberían explorarse de forma progresiva para la mejora continuada de las determinaciones del gasto.

Gasto sanitario total

La Tabla XV resume los ajustes realizados en las parcelas pública, privada y total del gasto sanitario que se han ido presentando progresivamente, y sustancia el análisis de la consistencia de las cifras oficiales del gasto.

Como se aprecia, el volumen de ajustes realizados al gasto público, que se sitúan alrededor de 1.000 millones de euros anuales e importan algo más del 2% de las cifras brutas, se une a los más importantes ajustes que afectan al gasto privado, que suponen cifras absolutas que pasan de más de 4.000 hasta casi 6.000 millones de euros anuales, oscilando alrededor del 23% del gasto bruto, para componer en conjunto una necesidad de ajustes totales que importan entre 5.000 y casi 7.000 millones de euros, lo que significa alrededor del 10% del gasto total bruto.

La importancia de las cifras reseñadas no necesita mayores cualificaciones, y exige un notable esfuerzo de cierre de las numerosas brechas existentes, tanto en la parcela pública del gasto como en el sector privado, donde el presente trabajo abre vías de información muy promisorias. Todo ello con el fin de reconocer los perfiles reales del esfuerzo sanitario español y ofrecer una imagen fiel del sistema que hoy no se posee.

En efecto, la Tabla XVI ofrece los rasgos distintivos de la sanidad española derivados del esfuerzo clarificador que hemos realizado y muestra numerosas novedades con respecto a la imagen de la misma tradicionalmente acuñada por la militancia de la “sabiduría convencional” apoyada en el mito que contemplamos. Así:

- Frente a la borrosa idea de estar situados en niveles de gasto sanitario total en torno a los 50.000 millones de euros, se estima que hemos debido cerrar el ejercicio de 2005 con una cifra cercana a los 78.000 millones y, posiblemente, superaremos los

TABLA XV. Gasto sanitario. Cifras oficiales y ajustes (millones de euros)							
	2000	2001	2002	2003	Est. 2004	Est. 2005	
Cifras oficiales de gasto sanitario público (GT A GS)	33.092	35.499	38.295	42.626	46.708	52.811	
Ajustes	720	804	836	923	1.037	1.136	
Cifras de gasto sanitario público ajustado	33.812	36.304	39.131	43.549	47.745	53.947	
% ajustes	2,2	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	
Cifras oficiales de gasto sanitario privado	12.896	14.192	15.179	16.499	17.501	18.566	
Ajustes	4.477	4.403	4.772	5.048	5.324	5.600	
Cifras de gasto sanitario privado ajustado	17.373	18.595	19.951	21.547	22.825	24.166	
% ajustes	25,8	23,7	23,9	23,4	23,3	23,2	
Cifras oficiales de gasto sanitario total	45.988	49.691	53.474	59.125	64.208	71.377	
Ajustes	5.197	5.208	5.608	5.971	6.361	6.736	
Cifras de gasto sanitario total ajustado	51.185	54.899	59.082	65.096	70.569	78.113	
% ajustes	11,3	10,5	10,5	10,1	9,9	9,4	
GT A GS: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario.							
Fuente: Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario y estimaciones propias.							

TABLA XVI. Gasto sanitario ajustado (millones de euros y ratios)						
	Est. 2000	Est. 2001	Est. 2002	Est. 2003	Est. 2004	Est. 2005
Gasto público sanitario ajustado	33.812	36.304	39.131	43.549	47.745	53.947
Gasto privado sanitario ajustado	17.373	18.595	19.951	21.547	22.825	24.166
Gasto total sanitario ajustado	51.185	54.899	59.082	65.096	70.569	78.113
% gasto sanitario privado/público	51,4	51,2	51	49,5	47,8	44,8
% gasto sanitario público/total	66,1	66,1	66,2	66,9	67,7	69,1
% gasto sanitario privado/total	33,9	33,9	33,8	33,1	32,3	30,9
PIB	609.734	653.289	696.208	743.046	798.672	856.494
% gasto sanitario público/PIB	5,55	5,56	5,62	5,86	5,98	6,30
% gasto sanitario privado/PIB	2,85	2,85	2,87	2,90	2,86	2,82
% gasto sanitario total/PIB	8,39	8,40	8,49	8,76	8,84	9,12

Fuente: estimaciones propias.

85.000 en 2006. Las numerosas decisiones tomadas hoy con base en las cifras de 2002 o 2003 apuntan al error.

- Tal crecimiento del gasto total supone que crucemos en el año 2005 la línea del 9% del PIB, con lo que se superaría el promedio de la Europa de los 15, y que caminemos con firmeza hacia el 10%, frente a las borrosas percepciones ligadas al dígito 7 hoy existentes. Con ello, la cola de Europa estaría un 25% por debajo de España y el mito quedaría desprovisto de fundamento, incluso en cifras absolutas.
- El gasto público progresa a una velocidad cercana al 10% anual, casi tres puntos por encima del sustancioso crecimiento de nuestro PIB, lo que supone un esfuerzo de difícil digestión financiera con pocos precedentes comparados. Sólo un notable esfuerzo en el campo de la eficiencia podrá solventar los evidentes problemas de sostenibilidad actuales, general e incoherentemente reconocidos, de forma simultánea a los dictados del mito.
- El gasto privado acompaña al expansivo proceso relatado y, aunque no parece haber podido aguantar el estirón protagonizado en el último periodo por el gasto público, se mantiene permanentemente en las cercanías de su mitad. Por otro lado, sus cifras tanto oficiales como corregidas muestran que ha crecido por debajo del PIB, lo que no se compadece con los dictados de la lógica económica y recomienda prestar atención a las conveniencias de corrección suplementaria antes señaladas.

EPÍLOGO

Quizá sorprendan las cifras que se han presentado, siendo posible que alguno de los procedimientos de estimación seguidos o las hipótesis utilizadas sean criticables. Pero se ha evidenciado que en cada uno de los conceptos de la economía del sistema sanitario que se han considerado han aparecido necesidades de ajuste y recomendaciones de corrección suplementaria.

Existen otros rincones en los que una incursión crítica descubriría novedades tan poderosas como las que se han alcanzado, tanto en

el campo público, donde las constantes reconsideraciones oficiales de los datos de gasto muestran una acusada fragilidad, como en la parcela privada, cuya evolución respecto a magnitudes agregadas refleja la necesidad de mejores determinaciones.

A la espera de ulteriores mejoras, queda expuesto en todo caso un perfil nuevo de la sanidad española, presidido por más abundancia de la pregonada y acompañado por su correlato, la ineficiencia, que reclaman a voces el abandono de la posición acrítica de nuestra doctrina, en la que en vez de gloriosas excepciones esperamos encontrar las aportaciones que hubiéramos deseado.

Junto a ella, parece necesario reclamar el esfuerzo suplementario de los responsables de la determinación y mejora de tan importante parámetro de la política como es el gasto sanitario, continuar el saludable impulso de los últimos años y abandonar su tradicional consideración como cosa incómoda, ajena y de limitada relevancia.

Si el análisis inicial de los perfiles definitorios del mito del gasto ha permitido desenmascarar su falaz e interesado contenido, la corrección de cifras realizada y las perspectivas de mejora recomendadas han vuelto del revés sus pretendidos fundamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barea J, et al. *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid 1992.
2. INE. *Encuesta Continua de Presupuestos Familiares*. Madrid y web www.ine.es.
3. *Eco-Salud*. OCDE. París 2005.
4. Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún Rubio V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Ed. Masson 2004.
5. *Diversas administraciones e instituciones. Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Julio de 2005. Web www.msc.es.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La armonización internacional de las estadísticas de gasto sanitario: Sistemas de Cuentas de la Salud en España*. SDG de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Madrid 2005.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Diversas ediciones.
8. Perona Larraz JL. *Diagnóstico Económico de la Sanidad Española*. Manuscrito no publicado. Madrid 2006.
9. ICEA. *Almacén de Datos del Seguro*. Varios años y web www.icea.es.
10. Perona Larraz JL. *Aseguramiento y gasto farmacéutico 2000. Efectos económicos y sanitarios de dos modelos de protección (SNS vs. MUFACE)*. Manuscrito no publicado. Madrid 2003.
11. ESL. *Datos de memorias anuales y otros obtenidos directamente de diversas entidades aseguradoras privadas*.
12. MFP. *Memorias y datos obtenidos de MUFACE, MUGEJU e ISFAS*.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*. Madrid 2002. Web www.msc.es.
14. OCU. *Datos de encuesta de actividad y gastos sanitarios*.
15. Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP). *Memoria anual 2004*. Web www.anefp.org.

CUARTO MITO

**El número de consultas médicas por habitante
es similar en España al de otros países**

*"No hay peor ciego que el
que no quiere ver"*

DICHO POPULAR

INTRODUCCIÓN

El nivel de frecuentación al médico constituye un parámetro de importancia fundamental en la valoración de la sanidad de cualquier país, e influye en el enfoque y contenido de sus medidas de política sanitaria. Se pretende que España posea un nivel semejante al de otros países, con base en las apreciaciones del Informe Abril, pretensión inconveniente que mostraremos falta de fundamento con apoyo en las aportaciones de fuentes estadísticas nacionales y extranjeras.

El mito que ahora examinamos se desarrolla en el campo de la Atención Primaria de nuestro sistema sanitario, puerta de entrada y parcela básica del mismo según todas las consideraciones doctrinales.

Hace referencia al nivel de actividad realizado, concepto de relevancia intrínseca en cualquier consideración cuantitativa de la sanidad, ya que al estar ligado a la morbilidad de la población constituye un indicador de su magnitud, así como un determinante de la necesidad de profesionales sanitarios. Su volumen condiciona, asimismo, el de la asistencia hospitalaria a través del nivel de derivación y el de la prestación farmacéutica, de la que constituye un factor explicativo de primer rango.

El número de consultas médicas por habitante está, además, relacionado con el nivel de equidad de un sistema, puesto que se erige en un indicador eminente de las condiciones de acceso al mismo. Es, igualmente, determinante de las medidas de eficacia y eficiencia del sistema, así como factor integrante de su nivel de calidad.

Constituye, por lo tanto, un parámetro fundamental en la apreciación de las características de un sistema sanitario, por lo que tanto los responsables directos como la doctrina sanitaria muestran en cualquier país un notable interés por su adecuada determinación, puesto que es un componente fundamental de sus propuestas políticas o de sus actividades de investigación. Anticipamos, en todo caso, que la situación comparada no es uniforme; los países conforman un gradiente en su determinación que viene a expresar una diferente conciencia sobre su importancia y a acreditar un diverso esfuerzo en su obtención.

Se estima, en consecuencia, que el aserto que ahora se examina no constituye un aspecto baladí en ningún sistema sanitario, sino que son fundamentales la adecuada determinación y el detallado análisis del volumen de consultas médicas para el eficaz gobierno del sistema, lejos de la gratuidad y el voluntarismo que componen las bases del mito.

PLANTEAMIENTO

Para reconocer la situación española en el campo de las consultas médicas, es preciso realizar un viaje inicial por las fuentes de información estadística existentes, que compararemos con las relativas a otras áreas del sistema.

Pasaremos, luego, a señalar las virtudes y defectos de las diversas fuentes de información para elegir con criterio las cifras más representativas del nivel de consultas médicas propio del sistema español.

Posteriormente, consideraremos el origen del mito, que no es otro que la inesperada contradicción encontrada entre una publicación privada y el Informe Abril, la aportación más destacada sobre las características y funcionamiento del sistema sanitario español. Presentaremos brevemente el contenido del Informe, y enfocaremos, luego, el análisis hacia el reconocimiento de los perfiles concretos del mito, tal como se deduce del texto de aquél.

A continuación, observaremos la difusión alcanzada por el mito y pasaremos, finalmente, a realizar su enjuiciamiento, para lo que

volveremos a visitar las fuentes de información, esta vez con más detalle, y enfocaremos el análisis hacia la comparación internacional de la cifra de consultas médicas, con lo que entraremos directamente en la valoración de la esencia del mito.

Tal comparación nos permitirá atestiguar el grado de falacia que caracteriza a la expresión contemplada y confirmará que se trata de uno de los más importantes mitos que presiden la autocomplaciente y acrítica percepción del sistema sanitario español.

LA INSOPORTABLE LEVEDAD DE LAS CONSULTAS MÉDICAS

El manejo de las estadísticas sanitarias españolas produce perplejidad, ya que encontramos un permanente desequilibrio en el tratamiento y medición de la actividad en las tres grandes áreas de la asistencia sanitaria: Atención Primaria, asistencia hospitalaria y prestación farmacéutica; en contra de la primera y a favor de las dos últimas.

En efecto, la actividad hospitalaria posee un reflejo estadístico abundante con cuatro robustas publicaciones periódicas en España:

- El Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) (1), fruto de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas, el Ministerio de Defensa, los órganos competentes de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, y los propios hospitales. Contiene la identificación de los hospitales y las camas instaladas por comunidades autónomas y provincias, según su finalidad asistencial, dependencia patrimonial y funcional, y dotación de equipos de alta tecnología.
- La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) (2), elaborada anualmente desde 1951 por el INE, ofrece la estructura y evolución de las personas enfermas que han ingresado en los hospitales en función de los distintos diagnósticos, la estancia media en el hospital por tipo de diagnóstico y el ámbito de influencia de los hospitales.

- La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) (3), nacida en 1972 y elaborada desde el año 1996 por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las comunidades autónomas, proporciona información con carácter censal y periodicidad anual sobre la actividad asistencial, económica y docente de los centros hospitalarios, así como de la dotación de personal, capacidad y régimen económico con que son atendidos los enfermos ingresados.
- Finalmente, la Estadística de Indicadores Hospitalarios (EIH) (4), publicada por el INE, ofrece una información resumida de la actividad asistencial que ha tenido lugar a lo largo del año en todos los centros hospitalarios españoles, así como de los recursos humanos y dotación de medios materiales con que han contado para poder realizarla.

Por su lado, la actividad de la prestación farmacéutica ha contado tradicionalmente con tres fuentes básicas de información, no menos detalladas que las de la actividad hospitalaria: una pública y dos privadas. La primera es la tradicional publicación *Indicadores de la prestación farmacéutica en el SNS* de la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad (5), que contiene profusa información sobre consumo, gasto, aportación, recetas, indicadores y análisis varios, y que lamentablemente ha sido limitada a partir de 2002 a la más exigua *Facturación de recetas médicas del SNS* (6), si bien han aparecido complementos de mérito desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)(7) y la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (8).

La segunda es la publicación bianual de Farmaindustria *La industria farmacéutica en cifras* (9), que extiende su amplio detalle a la producción, distribución y consumo de productos farmacéuticos, y que contempla los ámbitos público y privado de la prestación, así como datos sanitarios generales, incluyendo comparaciones internacionales.

La tercera es *El mercado farmacéutico* (12), publicado mensualmente por IMS Ibérica con arrastre anual y que contiene un ex-

haustivo detalle del mercado de especialidades farmacéuticas atendido a través de oficinas de farmacia, en unidades y valores, clasificado por marcas comerciales, grupos terapéuticos y laboratorios.

La riqueza de información en las áreas hospitalaria y farmacéutica, aun teniendo defectos, contrasta poderosamente con el rigor del secano estadístico que siempre ha caracterizado a las consultas médicas; tanto es así que todavía hoy, en punzante diferencia con la situación del entorno español, no existe información rutinaria sobre el conjunto de las mismas, lo que obliga al investigador a una constante labor de picoteo, estimación y adición.

Si así estamos, y luego lo examinaremos en mayor detalle, ¿cuál era la situación de la información estadística de ámbito nacional sobre consultas médicas en 1990?

Provenía de cuatro fuentes, fundamentalmente públicas: Insalud, Encuesta Nacional de Salud (ENS) del Ministerio de Sanidad, Eco-Salud de la OCDE; y sólo una privada, el Estudio de Prescripciones Médicas, publicado por IMS Ibérica.

Las informaciones del Insalud, en primer lugar, poseían una doble limitación para el conocimiento de la cifra global de consultas médicas, puesto que se referían a la actividad propia del mismo, lo que suponía la exclusión de la actividad privada y parte de la pública y, además, abarcaban generalmente el área geográfica de su gestión directa, lo que dejaba fuera de su cobertura a Cataluña, Andalucía, el País Vasco y la Comunidad Valenciana. Por ello, no constituían una base suficiente de información, si bien su consulta era obligada para todo investigador interesado en la cifra global de consultas médicas.

La ENS (10), por otro lado, acababa de publicar en 1989 su primera edición, relativa a 1987, alcanzaba a toda la población nacional, incluyendo tanto las consultas del médico general como de pediatras y especialistas, y contemplaba la actividad total, pública y privada, aunque no ofrecía cifras de consultas, sino el porcentaje

de la población que había acudido al médico en las dos semanas anteriores y el número de veces que lo había hecho; era preciso realizar determinados cálculos, no excesivamente complicados, para deducir la cifra global de consultas médicas que, como tal, no aparecía en la publicación.

Tan someros cálculos no se efectúan de manera rutinaria, puesto que las publicaciones que recogen los resultados de la ENS no presentan la ansiada cifra, así como tampoco las ruedas de prensa que acompañan corrientemente su presentación hacen referencia a ella. Ello sucedía en 1990, cuando la ENS era solamente un primer ensayo, sin la solidez prescriptiva que le ha otorgado su continuidad, a la que hasta más adelante no se le prestó la atención adecuada.

Lo mismo puede decirse de las cifras de Eco-Salud de la OCDE (11) al inicio de su rodaje que, desde el principio, contó con cifras de consultas médicas elaboradas por el Ministerio de Sanidad español no representativas del total nacional por la insuficiente consideración de la actividad privada tradicional en aquél y con un chocante desdén por los resultados de la ENS, tanto por parte del Ministerio como de la OCDE, al discrepar notablemente las informaciones de Eco-Salud respecto a los resultados derivados de la ENS, diferencias que solamente desaparecieron en 2003.

Los resultados de IMS (12), finalmente, eran explotados en exclusividad por los laboratorios que los recibían, en áreas de inquietud fundamentalmente farmacéuticas, pero eran inaccesibles por diversas y obvias razones para el investigador individual de la asistencia primaria.

De esta forma, cualquier profesional de la investigación sanitaria ha llevado permanentemente como bagaje una rica información hospitalaria y farmacéutica, que incentiva su explotación estadística en busca de la verdad sanitaria, siempre incompleta y esquiva, y se debe reconocer que aquélla nunca ha estado acompañada por la correspondiente información sobre consultas médicas, cifra inaccesible en nuestra información sanitaria.

¿Qué razones pudieron haber justificado tal ausencia? Está claro que la profusión de datos farmacéuticos tenía un origen económico de importancia vital, la necesidad de facturación por parte de las oficinas de farmacia, que llevó a una temprana informatización de las mismas con el concurso de los colegios provinciales bajo la batuta del Consejo General, y se ganaba así la partida a los esfuerzos parcialmente consolidados del ente público gestor. La consiguiente explotación informática de los datos de facturación llevó a disponer de un poderoso arsenal informativo en todas las áreas del campo farmacéutico, que sólo ahora peligra.

La abundante información hospitalaria desde antiguo tiene su origen en la atención concedida a la relevancia económica del sector, que absorbe más del 50% del gasto sanitario, y a su concentración en un número relativamente reducido de unidades productivas, lo que facilita las encuestas a todo el colectivo; dichas entidades cuentan, además, con un tamaño suficiente como para disponer de la base administrativa necesaria.

Cabe señalar que la concurrencia de mucha menor intensidad de los elementos arriba citados en la asistencia primaria podría ser la causa de la ausencia de información sobre el nivel de consultas médicas, lo que no justificaría en ningún caso el retraso informativo registrado en un sector tan trascendente del sistema, en el que se comienza por no conocer con certeza ni siquiera el número de profesionales operativos. Solamente la reducida conciencia sobre la importancia del concepto para el sistema, que le ofrece una levedad insostenible, puede justificar el atraso informativo registrado que todavía pervive.

Para romper tal ausencia, apareció a comienzos de la década de los 90 una publicación señera, el Informe Abril (13), que por la amplitud de sus planteamientos y la profesionalidad de su equipo humano debe estimarse como una de las aportaciones más destacadas al conocimiento de la realidad sanitaria española, solamente comparable en notabilidad a otros cuatro estudios. Por un lado, los enciclopédicos trabajos de Federico Mayor Domingo y su equipo, encabezado por Victorino Jimeno, realizados a finales de los 70 (14); por otro, el pionero esfuerzo de José Barea y cols. por carac-

terizar económicamente la sanidad española en 1986 (15); en tercer lugar, aunque a nivel menor, el Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud en 1997 (16); y, finalmente, el Informe del Grupo de Trabajo para el Análisis del Gasto Sanitario de 2005 (17).

El Informe Abril arrojó luz sobre la cifra de consultas médicas, tema del mito que nos ocupa, al enfocar su análisis de la realidad sanitaria de forma tan novedosa como heterodoxa. ¿En qué términos lo hizo?

EL INFORME ABRIL. ORIGEN Y CONTENIDO DEL MITO

La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, conocida por el nombre de su presidente Fernando Abril Martorell, fue creada en 1990 cuando el Congreso de los Diputados aceptó una proposición no de ley presentada por un diputado del CDS, el Dr. Carlos Revilla, para revisar el funcionamiento del SNS a la luz de las tendencias comparadas.

Aceptada la Comisión con el beneplácito de por el entonces ministro de sanidad Julián García Vargas, se puso en marcha desde el Consejo Interterritorial del Ministerio, que determinó que sus miembros fuesen nueve expertos independientes y aceptó que se estructurase en nueve subcomisiones, una de ellas –la que nos interesa– denominada indistintamente Atención o Asistencia Primaria, que utilizaron para su trabajo abundantes colaboraciones externas. La elaboración del Informe duró nueve meses, y vio la luz en julio de 1991.

El Informe de la Subcomisión de Atención Primaria se extiende a lo largo de 66 páginas y se escinde en cinco capítulos y un epígrafe de recomendaciones:

I. Introducción.

II. Desarrollo de la Atención Primaria. Tendencias internacionales.

III. Características de los servicios de Atención Primaria en España.

IV. Consideraciones sobre la evolución reciente.

V. Principales problemas pendientes.

La parte del estudio que nos interesa a efectos de información sobre consultas médicas es el capítulo III y, dentro de éste, el epígrafe 4 titulado “Volumen de actividad”, que se desarrolla en unas tres páginas escasas, en las que siete párrafos de texto y dos complejas tablas compiten, equilibradamente, en atraer la atención del lector. Su primer párrafo expone:

“El bloque de actividad fundamental lo constituyen los servicios prestados en el ámbito de la Medicina General y de la Pediatría, con un volumen aproximado de 200 millones de consultas médicas de Medicina General y Pediatría al año (algo más de cinco consultas por persona y año) (ver Tabla 1). **Esta cifra no difiere sensiblemente de la correspondiente a países como EE. UU. o el Reino Unido** (ver Tabla 2)”.

Aquí nace el mito. La Tabla 1 del epígrafe citado describe en tres hitos temporales (1982, 1988 y 1989) la población y la actividad asistencial, y ofrece en esta última los números de consultas en cifras absolutas desglosados en tres categorías: médico general, pediatra y especialista. No llega a dar cifras globales, puesto que no se pueden totalizar las cifras de los tres conceptos en ninguno de los años escogidos al no disponer de alguna de las cifras en cada uno de ellos. Es curiosa, en todo caso, la presentación de las cifras de consultas relativas a los médicos generales, junto a las de los pediatras y especialistas, ya que se compone la visión completa del ámbito ambulatorio siempre buscada y que, en adelante, va a desaparecer impidiendo tal visión general.

Tal presentación viene justificada en el párrafo quinto del epígrafe, el cual refiere:

“Al hablar de servicios prestados por el nivel primario, debe señalarse que hasta 1989 se incluían en ellos las consultas realizadas por los especialistas extrahospitalarios. Esta actividad supone

un volumen asistencial aproximado de 50 millones de consultas anuales”.

La referida Tabla 2 lleva por título “Características del cuidado ambulatorio en diversos países” y en ella se cifran las consultas de médico ambulatorio por habitante y año, que alcanzan unos niveles de 5 en EE. UU.; 5,3 en Reino Unido; 3,7 en Suecia; y dos magnitudes para España, 5,2 en el modelo tradicional y 4,7 en los modernos Equipos de Atención Primaria (EAP).

La sensible igualdad entre las cifras de España y las de los países que se utilizaron como referencia queda patente, si bien dos hechos crean inquietud. Por un lado, la elección de países sajones, tan exóticos a nuestra realidad latina, lleva a preguntarse sin posibilidad de respuesta: ¿por qué no se eligió a Francia o a Italia, referencias evidentemente más válidas? ¿Acaso no existe información precisa sobre estos países? Y si existe, ¿cuál es su nivel?

Por otro lado, las cifras expuestas sobre los tres países comparativos vienen afectadas de una llamada común: “(2) Datos referidos a la totalidad de la asistencia ambulatoria y no sólo a Medicina General y Pediatría”. La conciencia de que se están comparando datos heterogéneos refuerza la intuición sobre la previsible presencia de un mito y despierta la curiosidad sobre el contenido concreto de la asistencia primaria y la importancia de las consultas médicas dentro de ella.

En ese sentido, el último párrafo del epígrafe citado señala:

“En conjunto, pues, el volumen de actividad de los servicios de Atención Primaria se sitúa alrededor de los 300 millones de actos realizados al año”.

Si tratamos de discernir los componentes que podrían explicar la diferencia entre las dos cifras expuestas, es preciso leer con atención los restantes epígrafes del capítulo III del Informe y, más concretamente, el epígrafe 3.1 titulado “Ámbito de los servicios de Atención Primaria en España”, de donde se obtiene una idea solamente aproximada para el motivo de la inquietud, al encontrar:

“La Atención Primaria comprende la asistencia prestada por médicos generales, pediatras y enfermeras [...] en consultorios, centros de salud [...] y en el domicilio de los pacientes [...]. Además, incluye los Servicios de Urgencia extrahospitalaria y los puntos de atención continuada. También se incluyen la extracción periférica y transporte de muestras clínicas y parte de las instalaciones de diagnóstico básico (radiología, laboratorios y electrocardiografía) [...], Planificación Familiar y atención a la mujer, actividades preventivas, salud mental, trabajo sociosanitario y fisioterapia básica”.

Queda claro que la Atención Primaria excede a las consultas médicas en dos conceptos: las de Enfermería y aquella parte de las pruebas diagnósticas y otras atenciones no llevadas a cabo por personal médico; en todo caso, se encuentran dentro de nuestro concepto objetivo las Urgencias, si bien exclusivamente extrahospitalarias. La determinación cuantitativa de unas y otras tenía que aclarar el panorama.

En el propio epígrafe 3.4 se expone que, aparte de las cifras de consultas de médicos generales y pediatras, no hay datos globales fiables del resto de actividades de Atención Primaria, aunque posteriormente ofrece una idea de su magnitud; cifra en primer lugar las consultas de Enfermería en 19 millones para el Insalud Gestión Directa más Comunidad Valenciana, lo que equivale a 31 millones para el total nacional. A continuación, estima en 7 millones/año las consultas de urgencia extrahospitalaria, en 0,6 las pruebas diagnósticas/habitante y año, lo que supone un total nacional de 23 millones, y señala la existencia de un conjunto de 50 millones de consultas de especialistas extrahospitalarios.

Si agregamos los datos de la Tabla 1 del epígrafe 3.4 comentado y las cifras y estimaciones arriba recogidas, obtenemos el cuadro-resumen de la actividad de asistencia primaria referida al año 1989 (Tabla I), en el que observamos una cifra total de actos de Atención Primaria que alcanza 297 millones –equivalente a la mencionada en el texto del Informe–, un conjunto de 186 millones de consultas de médico general y pediatra –ligeramente inferior al contenido en el Informe– y una cifra total de 243 millones de consultas médicas –no mencionada en aquél–.

TABLA I. Actividad de Atención Primaria en 1989	
	Millones/año
Consultas al médico general	162
Consultas al pediatra	24
Consultas al especialista	50
Urgencias	7
Consultas médicas	243
Consultas de Enfermería	31
Pruebas diagnósticas	23
Actividad de Atención Primaria	297

Fuente: Informe Abril y elaboración propia.

Las cifras de consultas médicas del Informe Abril, a pesar de la insuficiencia estadística declarada sin ambages por el mismo, supusieron una base firme de trabajo hasta conocer el contenido de un breve folleto publicado por IMS titulado “La morbilidad en España. Perfil estadístico”, en cuya primera tabla (“Características generales de las consultas”) se cifraba en **465.542.000** el volumen anual de consultas referidas a 1989. Conociendo el rigor de las determinaciones de IMS, el contraste entre cifras produce sorpresa. ¿Son, según las cifras oficiales, algo más de 200 millones de consultas anuales o se supera el nivel de 460 millones?

Como la cobertura geográfica de las determinaciones de IMS se extiende a la Península y Baleares, y excluye, por lo tanto, a Canarias, Ceuta y Melilla, puede estimarse que las cifras oficiales alcanzaban solamente un 50% de las conocidas actualmente, lo que confirma la presencia de **un mito de cuerpo entero, el nivel oficial de consultas médicas, y su corolario, la pretendida equivalencia de frecuentación al médico en España y los países de su entorno**, para cuyo esclarecimiento ha sido necesario contrastar las diversas fuentes de información accesibles.

DIFUSIÓN DEL MITO

El mito estaba dotado de perfiles sumamente convenientes, ya que al equilibrarnos con la práctica médica de países más adelantados ofrecía un valioso espaldarazo a los niveles de actividad españo-

les y eliminaba el peligroso exceso de frecuentación, que hubiera sido interpretado como despilfarro o falta de eficacia, o bien habría traído a colación la todavía no declarada plétora médica, con su corolario de demanda inducida por la oferta.

Por otro lado, eliminaba también las incómodas consideraciones de baja frecuentación comparada, símbolo de dificultades de acceso y determinante de falta de equidad. El equilibrio con otros países fundamentó la fortaleza del mito, que experimentó una difusión rápida y considerable, habida cuenta de la tradicional complacencia con los rasgos definidores del sistema español y la falta de consideraciones críticas a los mismos.

Así, una fuente tan autorizada como el Informe SESPAS en su edición de 1993 (18) señalaba con respecto a la producción y utilización de los servicios sanitarios:

“La información sobre la producción y utilización de servicios en el ámbito de la Atención Primaria es escasa, dispersa y carece de la necesaria homogeneidad. Es por ello que nos limitaremos a reproducir la información elaborada por la Subcomisión de Atención Primaria para el Informe Abril: el bloque [...] (algo más de cinco consultas por habitante y año). Esta cifra no difiere sensiblemente de la correspondiente a países como EE. UU. o Reino Unido”.

SESPAS confirmaba la percepción sobre la escasez y heterogeneidad de la información estadística sobre consultas médicas, pero alimentaba la vigencia del mito al proponer su contenido, en los mismos términos en que había sido enunciado en el Informe Abril, como única referencia sobre la producción y utilización de servicios en Atención Primaria sin arrojar dudas sobre su exactitud ni ofrecer estimaciones alternativas.

A mitad de la década de los 90, el mito proseguía vigente dado que no existía información que lo contradijese. Así, en 1995 el Ministerio de Sanidad edita una publicación de carácter general que supone la aportación más ambiciosa al conocimiento del sistema una vez avanzado el proceso transferencial: *Servicios de salud. Datos y cifras* (19).

En ella se mantiene la separación entre la utilización de médicos de primer nivel, medida en número de consultas y frecuentación (5,4 consultas/habitante/año), y la consulta al especialista, medida en derivaciones cada 1.000 habitantes, sin que se cifre el nivel total de consultas médicas por adición de ambas. Habida cuenta de que a continuación informa sobre la frecuentación hospitalaria y ofrece un nivel global referido explícitamente a la hospitalización pública y privada, se alimenta el mito, máxime cuando ya se han realizado dos ENS que conducen, a quien elaborase las cifras, a unos niveles de 6,5 y 8,3 consultas/habitante, no consideradas por la citada publicación del Ministerio.

En 1997 y como documento de trabajo para la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS, el Ministerio de Sanidad prepara un amplio y detallado documento (16) que “contiene una referencia completa a todos los rasgos que caracterizan a nuestro sistema sanitario”. En él se señala la cifra de 5,4 consultas de Atención Primaria por habitante y año, idéntica a la arriba citada, y se exponen los resultados de la ENS 1993 en términos de porcentaje de población que acude a la consulta del médico y las veces que lo hace, sin referirse al nivel total de consultas médicas por habitante. Se mantiene el mito.

En 2004 sigue sin divulgarse el nivel global del parámetro comentado. En dicho año, el Instituto de Información Sanitaria (20) ofrece datos referentes a dos hitos temporales, 1994 y 2001, separando la actividad de Atención Primaria respecto de la especializada, sin sumar las cifras respectivas. Aquélla está circunscrita a la actividad pública (SNS), a pesar de que la publicación se refiere a los servicios sanitarios españoles, y ofrece para los años indicados los niveles de 5,4 y 6,1 consultas/habitante, mientras que la actividad de atención especializada, tanto pública como privada, alcanza niveles de 1,5 y 1,6, sin que se adicione los resultados de ambas áreas ni se citen los resultados derivables de la ENS, lo que supondría ofrecer cifras globales.

El mito se mantiene, pues, a lo largo del tiempo, se prefiere la separación de las informaciones relativas a asistencia primaria y es-

pecializada, y no se ofrecen cifras globales. Por mucho que la legislación básica sanitaria establezca dicha compartimentación en la actividad ambulatoria, nada obsta para que se adicione los resultados de ambas áreas, lo cual no se hace y se impide así una comparación con las cifras globales de otros países que podría ofrecer resultados inconvenientes, tal como veremos a continuación; se perpetúa de esta manera la vigencia del mito.

ENJUICIAMIENTO DEL MITO

Enjuiciaremos el mito en dos etapas. La primera tratará de esclarecer la dimensión real de la cifra española de consultas médicas considerando las aportaciones de las diversas fuentes de información existentes, alguna de las cuales esbozamos ya someramente en el primer apartado, mientras que en la segunda abordaremos la esencia del mito comparando la magnitud de las cifras españolas con las de los países del entorno.

Las fuentes de información

En España encontramos tres fuentes originarias de información relevantes sobre consultas médicas: una pública, la Encuesta Nacional de Salud, cuyo responsable es el Ministerio de Sanidad y Consumo; otra privada, el Estudio de Prescripciones Médicas, publicado por IMS Ibérica; además, existe otra fuente originaria de información, también pública y de ámbito supranacional, el Panel de Hogares de la Unión Europea del INE.

Constituyen fuentes originarias, asimismo, las encuestas y estudios de multitud de instituciones e investigadores particulares, que no consideraremos por mor de la brevedad y por desarrollarse, en general, en ámbitos geográficos inferiores al nacional.

Existen, finalmente, numerosas fuentes de información no originarias que utilizan las cifras de carácter originario y se elaboran con diferentes objetivos. Tampoco las consideraremos, a excepción de las del Instituto de Información Sanitaria y de la relevante publicación anual Eco-Salud de la OCDE, de la que obtendremos información española y general.

El Instituto de Información Sanitaria

El Instituto de Información Sanitaria, creado en 2003 por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es el órgano instrumental del Ministerio de Sanidad y Consumo responsable de mantener y desarrollar el sistema de información sanitaria. Ha realizado desde su creación una meritoria recopilación de los dispersos datos sanitarios de diversas fuentes que se antoja como prólogo de una abundante y puntual información sanitaria debidamente estructurada.

En la edición correspondiente al año de su pionera publicación *Datos básicos de la salud y los servicios sanitarios en España* (20), informa por separado sobre la actividad en Atención Primaria y en atención especializada; incluye en aquella las consultas públicas del primer nivel de atención, que no son homogéneas con las de la actividad en atención especializada, la cual ofrece concretamente consultas externas hospitalarias que proceden de la EESCRI (21) y recogen, por tanto, la actividad total tanto pública como privada. Los datos del Instituto de Información Sanitaria no ofrecen, por consiguiente, el número total de consultas médicas ni bastan para obtenerlo, por lo que es necesario adicionarles las consultas privadas de primer nivel, cifra inexistente por naturaleza.

ENS e IMS

Las dos fuentes originarias de información que hemos considerado más relevantes arrojan semejanzas y diferencias. La ENS posee periodicidad plurianual, se inicia en 1987 y continúa en 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003, lo que muestra una vocación de bianualidad en los años impares, con hiatos en 1989, 1991 y 1999, mientras que IMS publica sus datos trimestralmente e incluye un arrastre anual. Será, por tanto, preciso rellenar los huecos anuales existentes en la serie de ENS para poder apreciar la evolución comparada de ambas series.

Por otro lado, ambas utilizan una base muestral cuyos resultados extrapolan luego al colectivo general; la ENS se apoya en las familias, cuya información segmenta para los individuos menores o mayores de 15 años, mientras que IMS encuesta a médicos tanto públicos como privados, generales y especialistas, con reducidas

excepciones, lo que obliga a realizar la correspondiente extrapolación para que los resultados de ambas encuestas se puedan comparar. Los colectivos encuestados son amplios: se efectuaron 26.000 entrevistas en la ENS y la base de IMS se compone de 3.500 médicos, lo que les concede representatividad y solidez.

Finalmente, el ámbito geográfico difiere también ligeramente: la ENS se refiere al colectivo nacional, mientras que IMS excluye de éste las Islas Canarias, Ceuta y Melilla. Esto obliga, asimismo, a extrapolar los datos para alcanzar una dimensión comparable.

La Tabla II y el Gráfico 1 comparan los datos de consultas médicas obtenidos de las informaciones de la ENS relativas a los seis años de su serie, en la que se han interpolado los años faltantes con los de la serie 1990-2000 de IMS; así, los resultados se ofrecen en cifras globales y por habitante.

Como puede apreciarse, ambas series muestran resultados semejantes: niveles siempre superiores en IMS situados alrededor de 400 millones de consultas anuales, frente a un nivel medio de 350 millones en la ENS. Ello parece indicar una menor disciplina en la cumplimentación del cuestionario de la encuesta por parte de las familias, a las que se les solicita información de las dos semanas anteriores, en comparación con los médicos, cuyo periodo de observación es de una semana solamente y que están más familiarizados con las exigencias administrativas.

Ambas series experimentan una evolución creciente en el periodo considerado, aunque de forma más consistente en la ENS que en IMS, y convergen en el tiempo al pasar de diferenciarse un 25% al inicio de la serie a estar separadas alrededor de un 5% al final de la misma, diferencia de magnitud reducida que dota de consistencia a los resultados obtenidos.

De forma paralela, las cifras de consultas médicas anuales por habitante se elevan en ambas series: desde 8,1 a 9,9 en la ENS, y desde 10,1 a 10,5 en IMS; con tendencias, asimismo, crecientes y convergentes.

TABLA II. Visitas médicas según ENS e IMS. Totales y frecuentación (VM/hab.)

000 Visitas médicas totales ENS e IMS. ESPAÑA						
	VM ENS	VM IMS	IMS/ENS	VM/hab.	VM/hab. ENS	VM/hab. IMS
1990	315.109	393.562	1,25	1990	8,1	10,1
1991	320.569	397.182	1,24	1991	8,2	10,2
1992	326.030	400.827	1,23	1992	8,4	10,3
1993	331.994	388.502	1,17	1993	8,5	9,9
1994	329.838	383.035	1,16	1994	8,4	9,8
1995	328.316	377.567	1,15	1995	8,4	9,6
1996	341.784	369.641	1,08	1996	8,7	9,4
1997	355.555	358.518	1,01	1997	9	9,1
1998	367.098	385.925	1,05	1998	9,3	9,8
1999	378.682	399.535	1,06	1999	9,6	10,1
2000	390.384	413.144	1,06	2000	9,9	10,5

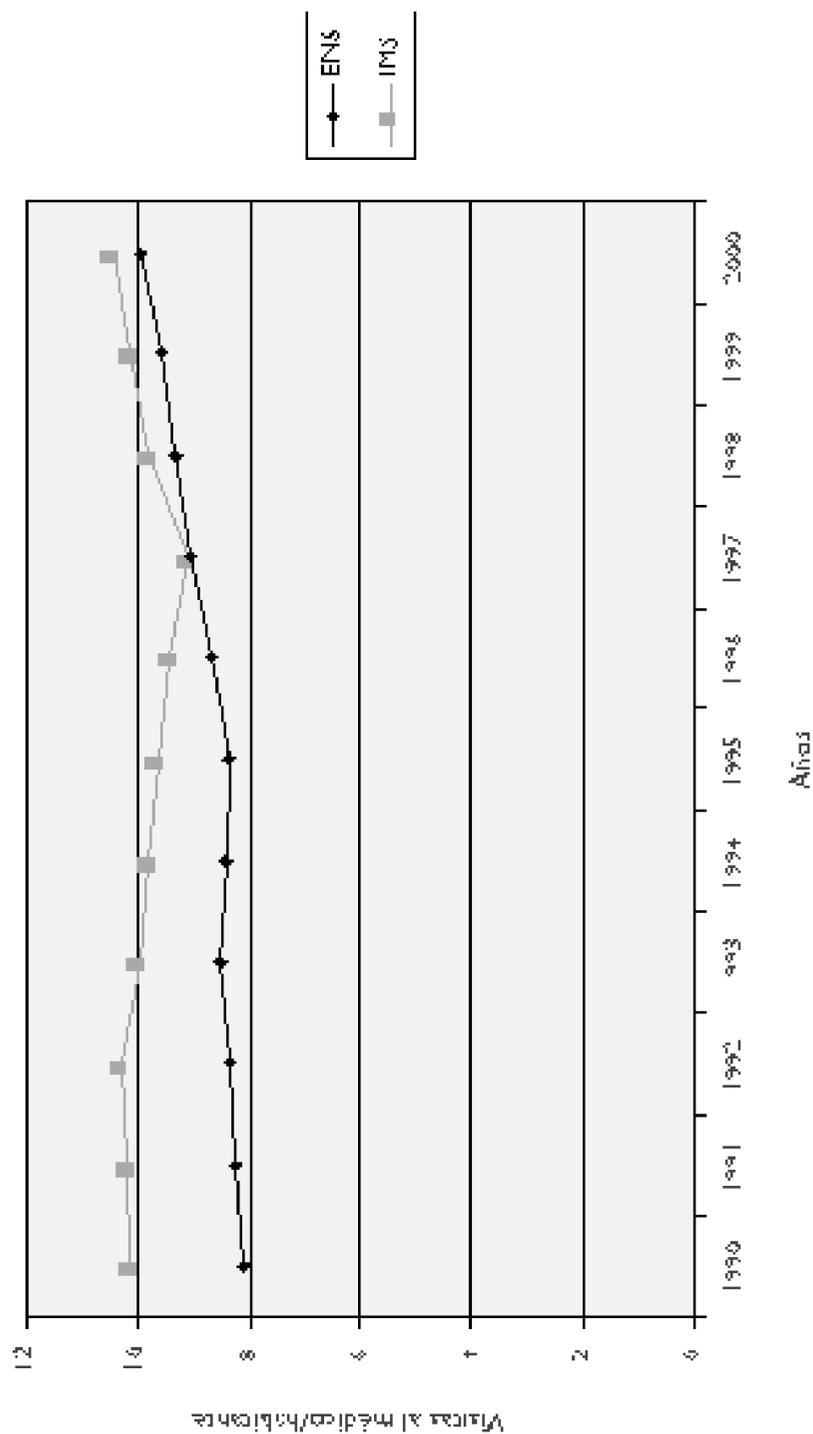
VM: visitas médicas.
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. ENS. IMS y elaboración propia.

Panel de Hogares de la Unión Europea

El INE elabora y publica desde 1994 el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) (22) como instrumento estadístico armonizado de la colectividad europea “para el seguimiento de la cohesión social en el territorio de su ámbito, el estudio de las necesidades de la población y del impacto de las políticas sociales y económicas sobre los hogares y las personas, así como para el diseño de nuevas políticas”.

Sobre una muestra de 8.000 hogares españoles, la encuesta obtiene información relativa a cinco capítulos sociales: vivienda; trabajo y condiciones de vida; enseñanza y formación; ingresos; y pobreza. Dentro del segundo capítulo se incluye la salud, y se pregunta: “durante los últimos 12 meses naturales, ¿aproximadamente cuántas veces ha tenido que asistir a la consulta de un médico?”. Se aclara que se deben incluir las consultas externas de hospitales y las visitas domiciliarias, referidas a enfermedad o accidente, y excluir las de mero acompañamiento de niños o ancianos, las realizadas durante la hospitalización, aquellas cuyo fin exclusivamente ha sido

GRÁFICO 1. Frecuentación al médico por habitante. ENS e IMS.



obtener recetas, y las tomas de tensión efectuadas por personal sanitario no médico.

Como podemos observar, el concepto de consulta médica es amplio y equivalente al de consulta ambulatoria, ya que incluye médicos generales y especialistas, en cualquier centro o a domicilio, normales y urgentes. No obstante, la restricción relativa a las recetas limita la generalidad del concepto, limitación que se amplía al ofrecer solamente datos de adultos (a partir de 16 años). En todo caso, PHOGUE no ofrece una cifra conjunta de consultas médicas, sino que trata por separado las visitas al médico general y al especialista; exige, además, superar las limitaciones expuestas para obtener las cifras objetivo.

Si utilizamos como factores de estimación las proporciones entre consultas motivadas exclusivamente por la obtención de recetas y consultas médicas totales, y entre éstas y las de los adultos, obtenidas de las ENS 1997 y 2001, alcanzamos unas cifras totales de consultas médicas que crecen desde 190 millones en 1996 hasta 215 millones en 2001, lo que significa unas frecuentaciones de 4,8 consultas/habitante en 1996 y 5,2 consultas/habitante en 2001. Dichos niveles vuelven a resucitar la presencia del dígito 5, por lo que se sitúan alrededor del 50% de los obtenidos a partir de la ENS e IMS, y muestran el negativo efecto memoria de los encuestados cuando se les solicitan datos de 12 meses y, sobre todo, el de la petición literal de datos aproximados.

Eco-Salud

Sin ningún género de dudas, la OCDE constituye la fuente internacional de información sanitaria más solvente y consultada. Su afortunada coyunda con un respetado centro de investigación francés denominado primero CREDOC, luego CREDES y ahora IRDES, y su carácter pionero en la utilización de medios informáticos de difusión, ofrecen al investigador de la sanidad medios sin parangón para su trabajo. Junio es el mes de la tan esperada llegada del disquete con la renovación anual de un conjunto enciclopédico de más de 1.200 series de datos que, todavía a lo largo del año, observan convenientes actualizaciones.

Sorprende y admira que no sea una institución con vocación sanitaria, sino económica –la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico–, la que alcance niveles de prioridad y excelencia en la información sanitaria mundial, por delante de la Comisión Europea, el Banco Mundial e incluso la OMS, y que sea capaz de mantener una ventaja consolidada desde el inicio de la década de los 80 del siglo pasado.

La OCDE, sin embargo, no constituye una fuente originaria de información, sino que utiliza los datos de los países miembros, cuya obtención impulsa dentro de un marco general diseñado por ella, así como datos de otros orígenes, como la OMS. Revisa y elabora, además, los datos nacionales para mantener la necesaria homogeneidad, y realiza una labor de *benchmarking* que obliga a los países atrasados a disciplinar su obtención de información, permitiéndoles a todos ellos la evaluación de su situación sanitaria en comparación con la de los demás países.

La información contenida en Eco-Salud deriva de dicho esfuerzo y utiliza los conceptos del Sistema de Cuentas de la Salud (SCS); define específicamente las consultas médicas como el conjunto de contactos ambulatorios del paciente.

La estadística de consultas médicas de Eco-Salud previene, no obstante, a efectos comparativos, de la heterogeneidad de las fuentes de información de los diferentes países, ya que varía la inclusión de las consultas externas hospitalarias, la consideración de las consultas telefónicas, las visitas exclusivas para recetas, etc., por lo que adjunta una detallada relación de las fuentes y contenidos de la información de cada país.

Eco-Salud describe el corte de la serie que se produce en España a partir de 1987 –que luego comentaremos–, el cambio de metodología que afecta a los Países Bajos desde 1966, Reino Unido desde 1972 y Suiza desde 2002, así como las rupturas de serie en Italia en 1991, Dinamarca en 1996 y EE. UU. en 2002, y la no aceptación de datos no contrastados, lo que muestra el esfuerzo de renovación y revisión de las series que caracteriza a las estadísticas de la OCDE.

No incluyó, en relación con España, nota específica alguna sobre fuentes hasta la edición de 2002. Explicita que los datos de consultas médicas provienen del Ministerio de Sanidad y Consumo, e incluyen las consultas de médicos generales y pediatras del sector público junto con las consultas externas hospitalarias públicas y privadas, incorporando el dato relativo a 1998, de carácter estimado y no publicado. A partir de la edición de 2003, señala que los datos provienen de las ENS, lo que supone un cambio de fuente.

La Tabla III muestra la información que Eco-Salud ha venido ofreciendo sobre consultas médicas españolas a partir de la edición de 1998. Como se observa, coinciden las series presentadas en los tres primeros años, a las que se aplica la nota específica de la edición de 2002 arriba descrita, lo que hace suponer que los datos anteriores a 2000 poseen idénticas características y excluyen las consultas privadas de médico general y pediatra, por lo que no alcanzan a reflejar completamente el concepto estudiado. A partir de 2003, el cambio de fuente realizado contiene el reflejo completo de las consultas médicas y acarrea la eliminación de las informaciones anteriores a 1987, primera edición de la ENS.

Comparación internacional de la cifra de consultas médicas

Una vez confirmado el nivel más verosímil de la cifra de consultas médicas en España, para lo cual se ha espigado entre la abundante fronda de determinaciones examinadas, en la segunda etapa del enjuiciamiento del mito se compara la magnitud de las cifras españolas con las de los países del entorno, lo que nos centra en el contenido real del mismo.

Recordemos que sólo existen dos fuentes entre las examinadas que ofrecen datos útiles para la comparación: PHOGUE y Eco-Salud OCDE, de las que escogemos la última para las comparaciones internacionales por las superiores cualidades que hemos detectado respecto a aquélla.

En la Tabla IV hemos recogido los datos más recientes –alrededor de 2003– de consultas médicas por habitante de los 30 países de

TABLA III. Frecuentación al médico VM/hab. Ediciones anuales Eco-Salud							
	Ed. 1998	Ed. 2000	Ed. 2001	Ed. 2002	Ed. 2003	Ed. 2004	Ed. 2005
1960							
1961							
1962	1,3	1,3	1,3	1,3			
1963	1,4	1,4	1,4	1,4			
1964	1,4	1,4	1,4	1,4			
1965	1,5	1,5	1,5	1,5			
1966	1,7	1,7	1,7	1,7			
1967	1,8	1,8	1,8	1,8			
1968	2	2	2	2			
1969	2,2	2,2	2,2	2,2			
1970	2,6	2,6	2,6	2,6			
1971	2,6	2,6	2,6	2,6			
1972	3	3	3	3			
1973	3,2	3,2	3,2	3,2			
1974	3,4	3,4	3,4	3,4			
1975	3,7	3,7	3,7	3,7			
1976	4,1	4,1	4,1	4,1			
1977	4,4	4,4	4,4	4,4			
1978	4,7	4,7	4,7	4,7			
1979	4,6	4,6	4,6	4,6			
1980	4,7	4,7	4,7	4,7			
1981	4,7	4,7	4,7	4,7			
1982	4,7	4,7	4,7	4,7			
1983	4,7	4,7	4,7	4,7			
1984	4,4	4,4	4,4	4,4			
1985	4	4	4				
1986	4	4	4				
1987	n. d.	n. d.	n. d.		6,5	6,5	6,5
1988	n. d.	n. d.	n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
1989	6,2	6,2	6,2	6,2	n. d.	n. d.	n. d.
1990	n. d.	n. d.	n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
1991	n. d.	n. d.	n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
1992	n. d.	n. d.	n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
1993	n. d.	n. d.	n. d.		8,3	8,3	8,3
1994	n. d.	n. d.	n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
1995	n. d.	n. d.	n. d.		7,8	7,8	7,8
1996	n. d.	n. d.	n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
1997	n. d.	n. d.	n. d.		8,2	8,2	8,2
1998		n. d.	n. d.	7,8	n. d.	n. d.	n. d.
1999		n. d.	n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
2000			n. d.		n. d.	n. d.	n. d.
2001					8,7	8,7	8,7
2002					n. d.	n. d.	n. d.
2003						n. d.	9,5
2004							n. d.

Fuente: Eco-Salud OCDE. Diversas ediciones.

TABLA IV. Frecuentación. OCDE 2003	
Visitas al médico/habitante	
Japón	14,1
República Checa	13
República Eslovaca	12,4
Hungría	12,2
Corea	10,6
España	9,5
EE. UU.	8,9
Bélgica	7,8
Dinamarca	7,3
Alemania	7,3
Francia	6,9
Austria	6,7
Irlanda	6,6
Luxemburgo	6,3
Canadá	6,2
Italia	6,1
Polonia	6,1
Australia	6
Islandia	5,6
Países Bajos	5,6
Reino Unido	5,2
Finlandia	4,2
Noruega	3,8
Portugal	3,7
Suiza	3,4
Nueva Zelanda	3,2
Suecia	2,9
Turquía	2,6
Grecia	2,5
México	2,5
Media	6,6
Media ponderada	7,6
España/media	1,43
España/media ponderada	1,25

Fuente: Eco-Salud OCDE 2005.

la OCDE reflejados en la estadística; se aprecia que España ocupa el sexto nivel más elevado, solamente por detrás de dos países asiáticos –Japón y Corea– y tres europeos –la República Checa, la República Eslovaca y Hungría– enclavados en la antigua Europa del Este. Detrás de España aparecen 24 países: desde EE. UU., Alemania y Francia por arriba, hasta Reino Unido, Portugal, Suecia, Turquía, Grecia y México por debajo; puede ser que alguno de estos últimos vea pronto sus cifras revisadas.

El examen de la Tabla IV elimina la pretensión de un nivel español de consultas médicas semejante al de los países de su entorno, ya que se encuentra en la cabecera del mundo civilizado, alcanza un nivel que es un 43% más alto que la media simple de los países observados y un 25% superior a la media ponderada.

La particular posición española en el campo de las consultas médicas destaca todavía más claramente al contemplar la situación comparada con los países de la UE de los 15, área geopolítica más concentrada y compacta que la OCDE, y más cercana a la situación sanitaria y social española. La Tabla V muestra a España con 9,5 consultas médicas/habitante en 2003, destacada en cabeza de los 15 países que componen la UE, seguida por Bélgica, Dinamarca y Alemania, ninguna de las cuales llega a 8 consultas/habitante, y Francia, que no alcanza las 7 consultas/habitante. El nivel español se sitúa alrededor del 60% por encima de la media simple de los valores de los 15 países, y del 50% de la media ponderada de los mismos.

Tal exceso de consultas por habitante en comparación con el promedio europeo es permanente y creciente en el tiempo, desde un 13% en 1987 –primera edición de la ENS– hasta un 30% en la década de los 90, y casi un 50% en 2003 –su última edición–.

Observamos además, en relación con lo cuestionado anteriormente, que Francia e Italia han venido ofreciendo tradicionalmente sus cifras de consultas médicas: los niveles franceses son semejantes a los españoles hasta el cambio de fuente de las informaciones espa-

TABLA V. Frecuentación. EU-15 2003	
	Visitas al médico/habitante
España	9,5
Bélgica	7,8
Dinamarca	7,3
Alemania	7,3
Francia	6,9
Austria	6,7
Irlanda	6,6
Luxemburgo	6,3
Italia	6,1
Países Bajos	5,6
Reino Unido	5,2
Finlandia	4,2
Portugal	3,7
Suecia	2,9
Grecia	2,5
Media	5,9
Media ponderada	6,5
España/media	1,61
España/media ponderada	1,46

Fuente: Eco-Salud OCDE 2005.

ñolas, a partir del cual superamos a Francia en un 25%, mientras que los italianos han duplicado tradicionalmente a los españoles hasta la corrección de su serie en 1991, a partir de la cual les aventajamos en un 30%. Insistimos en nuestra anterior aseveración al no encontrar razones para la elección, como referencia, de dos países alejados de nuestra idiosincrasia que realiza el Informe Abril, frente a países latinos más semejantes.

Si examinamos, finalmente, la aportación de las regiones españolas a su situación global, tal como se describe en la Tabla VI, apreciamos que la situación de exceso comparativo con Europa es generalizada, como no podía ser de otro modo. Dieciséis de las 17 autonomías se sitúan por encima de la media europea, simple o ponderada, todas a excepción de Cantabria, a la que acompañan

TABLA VI. Frecuentación al médico. España, CC.AA. y Europa en 2003 (visitas al médico/habitante)	
Castilla-La Mancha	13
Baleares	12,5
Asturias	11,2
Galicia	11,1
Comunidad Valenciana	10,6
Canarias	10
Cataluña	9,6
Murcia	9,5
España	9,5
Extremadura	9,5
Castilla y León	9,3
Aragón	9,2
Navarra	9,2
Andalucía	8,6
Madrid	8,3
La Rioja	8,1
País Vasco	8
Media ponderada EU	6,5
Media EU	5,9
Ceuta y Melilla	5,9
Cantabria	5
Castilla-La Mancha/media ponderada EU	2
Castilla-La Mancha/media EU	2,21
Fuente: ENS 2003 y Eco-Salud OCDE 2005.	

Ceuta y Melilla por debajo de dichas medias. La región española con el registro más elevado de consultas médicas por habitante, Castilla-La Mancha, alcanza un nivel de 13, exactamente el doble del promedio europeo y un 121% más elevado que la media simple.

Las evidencias expuestas revelan abrumadoramente que el nivel español de consultas médicas no es semejante al de los países de su entorno, ni siquiera al de EE. UU. o Reino Unido, ni al del promedio de la Europa de los 15 o el de los 30 países de la OCDE, sino que es mucho más elevado. Tal diferencia no aparece puntualmente en un determinado año, sino que se mantiene invariablemente a

lo largo del tiempo de observación; tampoco se concentra en una parte de nuestra geografía, ya que la práctica totalidad de las regiones españolas contribuyen al exceso registrado.

Podemos concluir, sin lugar a dudas, que la semejanza de los niveles españoles de actividad en Atención Primaria respecto al de los países de su entorno no es más que una pretensión, una ficción interesada, un mito de cuerpo entero, cuya falta de fundamento ha quedado fehacientemente demostrada.

La magnitud del exceso registrado y sus características espaciales y temporales muestran a las claras que nos encontramos ante una disfunción del sistema sanitario español. No parece procedente especular más sobre el tema o dudar acerca de la falta de moderación de nuestras cifras de consultas médicas. Lo útil sería dedicar, en cambio, la atención y esfuerzo necesarios para identificar sus causas con el fin de adoptar las medidas de contención necesarias, lo que exige estar de acuerdo previamente en que ello importa. Es de esperar que, en el futuro, las disquisiciones de la doctrina y las decisiones políticas no vuelvan a apoyarse, equivocadamente, en el mito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Catálogo Nacional de Hospitales*.
2. INE. *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*. Madrid. Anual.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*. Madrid. Anual.
4. INE. *Estadística de Indicadores Hospitalarios*. Madrid. Anual.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el SNS*. Dirección General de Farmacia.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Facturación de recetas médicas del SNS*. Web www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm.
7. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Revista Panorama Actual del Medicamento* y www.portalfarma.com/información-estadística.
8. Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles. *Observatorio del Medicamento*. Web www.fefe.com.
9. Farmaindustria. *Memorias anuales "La industria farmacéutica en cifras"*, *Revista Farmaindustria* y www.farmaindustria.es.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud (ENS)*.
11. Eco-Salud OCDE.
12. IMS Ibérica. *El mercado farmacéutico; Estudio de prescripciones médicas; La morbilidad en España. Perfil estadístico*.
13. *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril)*. Julio de 1991.
14. Mayor Domingo F y equipo. *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España. Estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*. INP. Madrid 1977; *Necesidades sanitarias y recursos asistenciales*. Insalud. Madrid 1979.
15. Barea J, et al. *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid 1992.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Documento de trabajo para la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS*. Madrid 1997.
17. *Diversas Administraciones e Instituciones*. *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Julio de 2005. Web www.msc.es.
18. *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. *Informe SESPAS 1993*. Barcelona: SG Editores.

19. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicios de salud. Datos y cifras. Madrid 1995.*
20. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Datos básicos de la salud y los servicios sanitarios en España 2003. Madrid 2004.*
21. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Madrid 2002. Web www.msc.es.*
22. *INE. Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Web www.ine.es.*

QUINTO MITO

El copago farmacéutico no es eficaz

*“Lo que poco cuesta
aún se estima menos”*

MIGUEL de CERVANTES

INTRODUCCIÓN

El **último mito** que se analiza constituye una afirmación muy generalizada en la literatura sanitaria española. Se basa en una equívoca apreciación de la permanente disminución de la tasa efectiva de copago en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, que se situó en el año 2004 en el 6,8% del consumo farmacéutico, por lo que se predica su ineficacia ante tan reducido valor. Tal aserto no es más que un mito desprovisto de fundamento, como se demuestra al contemplar la experiencia internacional, las aportaciones de la doctrina y las cifras españolas relevantes.

El mito que nos ocupa se desenvuelve en el campo de la prestación farmacéutica, quizá la parcela más conocida de nuestra asistencia sanitaria, puesto que se dispone de una información estadística muy detallada y rutinaria de la misma, lo que no la convierte en menos proclive a la existencia de ficciones, que tan generalizadamente iluminan la visión del sistema.

Dentro de la prestación farmacéutica se enfoca la atención hacia el copago, también denominado tique moderador o aportación del beneficiario, uno de los numerosos instrumentos de la panoplia de medidas de la política farmacéutica “moderna”. El copago es utilizado por las autoridades sanitarias con dos objetivos generales: uno financiero, con el que busca el incremento de los ingresos públicos a través de la participación de los beneficiarios en el costo de los medicamentos; y otro sanitario, que persigue la moderación del consumo farmacéutico al constituir el desembolso un obstáculo con el que tratan de someter al implacable crecimiento del gasto.

En realidad, los dos objetivos citados son complementarios, ya que la elevación del copago aumenta los ingresos públicos y, por otro lado, disminuye el gasto público al reducir el consumo farmacéutico. La doctrina atribuye al objetivo financiero un papel preponderante en los países en vías de desarrollo y señala la prioridad del objetivo sanitario en los desarrollados, entre ellos España. Por ello, el análisis se desenvolverá exclusivamente en el segundo campo, en el que se tratará de valorar la eficacia del copago en la consecución del objetivo al que se destina, la moderación del consumo, con lo que se juzgará la consistencia del mito que analizamos.

Dada la amplitud del campo de la prestación farmacéutica, tanto en sus parcelas –pública y privada– como en los parámetros que la definen –consumo, aportación de los beneficiarios, gasto bruto o neto, aportación de las oficinas de farmacia, aportación de los laboratorios–, o en los mercados que contiene –SNS, mutualidades de funcionarios públicos, sector privado–, el análisis se ceñirá básicamente a los conceptos expresados en primer lugar, esto es, se contemplará la prestación farmacéutica del SNS, ya que éste es el ámbito en el que ha nacido el mito y en el que se debe valorar su verosimilitud.

PLANTEAMIENTO

El mito que se analiza constituye una afirmación muy generalizada, tanto en la literatura sanitaria española como en el discurso de políticos y expertos, que se basa en una equívoca apreciación de los efectos de la permanente disminución histórica de la tasa efectiva de copago en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social. En efecto, ésta viene descendiendo tradicionalmente hasta situarse en el año 2004 en el 6,8% del consumo farmacéutico, por lo que se predica su ineficacia ante tan reducido valor, juicio que consideramos erróneo.

La discusión que se presenta seguirá un camino de mayor a menor agregación. Se partirá de considerar la evolución de diversos parámetros generales, como el gasto y el consumo farmacéuticos, y se intentará descifrar la influencia en ellos de la aportación de los be-

neficiarios, a fin de enjuiciar la validez del mito; posteriormente, se examinará la evolución temporal del tipo de copago.

Se introduce, a continuación, un análisis novedoso que considera la diferencia entre los valores nominal y efectivo del tipo de copago, y que describe los factores causantes de tal erosión, lo que contribuirá al enjuiciamiento perseguido.

Se continuará con el examen de las aportaciones de la literatura a la relación entre copago y consumo, verdadero corazón del mito que se contempla, para finalizar el análisis con apoyo en los resultados de un estudio del autor, donde se realiza un juicio real de la eficacia del copago fundamentado en la comparación por separado de sus efectos en dos cohortes (activos y pensionistas) de los colectivos asegurados en el modelo general (SNS) y en el modelo MUFACE (mutuas de funcionarios públicos). Con ello se alcanza una visión detallada y precisa del fenómeno, que permite obtener conclusiones válidas gracias a la homogeneidad de las bases de comparación.

EL COPAGO

Clases de copago

La doctrina clasifica las diversas formas de copago farmacéutico en tres categorías:

- **Copago fijo:** pago de una cantidad monetaria definida por cada envase o receta consumidos.
- **Copago variable:** cuando se paga un porcentaje definido sobre el precio de venta al público de cada envase.
- **Copago deducible:** cuantía monetaria global a satisfacer por el usuario a partir de la cual el sistema se hace cargo del resto del coste del medicamento, bien en casos concretos, bien en periodos de tiempo determinados, como un año.

El copago opera en el área cubierta por los sistemas sanitarios públicos, en los que el paciente satisface una parte del coste del me-

dicamento y aquéllos se hacen cargo del resto del precio. En cambio, en la parcela privada del sistema, el paciente paga la totalidad del coste al no existir apoyo público, con lo que el copago alcanza al 100% del precio del medicamento.

Pero, además, las diversas regulaciones nacionales excluyen de la financiación pública determinadas categorías o grupos de medicamentos, como las especialidades publicitarias y productos para la nutrición e higiene, en los que consecuentemente el copago alcanza también al 100% del precio. Suelen, asimismo, contener disposiciones específicas para proteger a determinados segmentos de la población, ya sea por su nivel de renta (bajas rentas), ya sea por su edad (mayores, niños), ya sea por el tipo de medicamento (para enfermedades crónicas o graves) o clases de enfermedad (diabetes, SIDA, embarazo), en los que el copago tiene un tipo reducido con respecto al general.

Finalmente, una forma indirecta de copago está constituida por los precios de referencia, en los que el usuario satisface la parte del precio que excede al nivel máximo cubierto por el sistema para ciertos grupos de medicamentos.

El copago farmacéutico en España

La cronología del copago tiene en España cinco hitos temporales:

- **1961.** Introducción limitada.
- **1966.** Generalización.
- **1978.** Simplificación, elevación del tipo y exención a los pensionistas.
- **1979.** Elevación del tipo general.
- **1980.** Última elevación del tipo general.

En efecto, el copago se introduce en el sistema público español en 1961 con un 25% del costo de los medicamentos, aunque su apli-

cación es muy limitada, puesto que se reduce a la parcela de los trabajadores agrícolas autónomos.

Luego, su aplicación se generaliza a todo el ámbito de la protección pública hace casi 40 años, en diciembre de 1966, con una doble conceptualización según el precio: un copago fijo de 5 ptas./envase para aquellos cuyo precio unitario sea inferior a 30 ptas.; y otro variable del 10% con un máximo de 50 ptas./envase para aquellos cuyo precio sea superior a 30 ptas., todo ello tanto para activos como para pensionistas. El reducido ámbito de aplicación inicial del copago en 1961 nos permite que, en adelante, consideremos indistintamente la medida legal de 1966 como de generalización o de introducción real del copago.

La literatura señala que, para el consumidor, el esquema introducido en 1966 era “más favorable que el establecido, a la sazón, en otros países donde prima el porcentaje sin tope, lo que hace que la cooperación sea más elevada”. En efecto, el tique moderador era entonces de 2,50 marcos por receta en Alemania, y de 5 a 15 coronas por prescripción en Suecia, y en los países con copago variable, el tipo era del 10% en Bélgica, del 20% al 30% en Francia, y alcanzaba el 25% en Portugal y Suiza, tipos iguales o superiores que en España.

Tal esquema dura casi 12 años y a partir de abril de 1978 se aprueba un nuevo modelo en el que se eliminan tanto la referencia al precio como el copago fijo antes existentes, y se introduce una característica que va a tener en el futuro una influencia fundamental en la fisonomía y coste de la prestación: la exención total de pago a los pensionistas. Además, para compensar la merma de ingresos esperada de dicha exención se aumenta el tipo del copago variable a los activos desde el 10% hasta el 20%.

Dicho nivel variable se eleva hasta el 30% en enero del año siguiente y hasta el 40% en septiembre de 1980, nivel que se ha mantenido desde entonces. Visto en perspectiva, es preciso destacar el coraje de la autoridad sanitaria que, en tres años consecutivos, echó mano tres veces de la herramienta del copago. Mucho han cambiado las cosas desde entonces.

El régimen general de copago expuesto venía acompañado desde 1966 por otro particular que aplicaba a determinados grupos de medicamentos, prescritos para las enfermedades crónicas o graves reguladas al efecto, y que disfrutaban de una aportación reducida. Sus parámetros operativos quedaron modificados en 1993, cuando se dispuso que el nivel de aportación fuese del 10% con un máximo de 400 ptas./envase, cifra que se debía actualizar anualmente en función de la evolución del índice de precios al consumo. Tal actualización se realizó en 1994 y 1995, cuando el tope se situó en 439 ptas., cifra que no ha sufrido hasta hoy más modificaciones que su oportuna conversión en euros (2,64 €).

Junto a las dos grandes categorías expuestas, aportación general y reducida, cabe recordar la existencia en España de un amplio campo de medicamentos no financiados por el sistema, como las especialidades publicitarias, los cosméticos, los dietéticos, los productos para la higiene o síntomas menores, y otros regulados en el RD 83/1993, de 22 de enero, y disposiciones subsiguientes, en los que la aportación del usuario es el 100% del precio de venta. Por otro lado, es preciso citar el establecimiento del Sistema de Precios de Referencia a partir del año 2000, que constituye una forma indirecta de copago cuya evolución ha observado sesgos de importancia en los últimos años.

El copago farmacéutico en Europa

Una revisión de la literatura europea muestra que la parcela farmacéutica es el área sanitaria de mayor presencia del copago, por encima de su aplicación en la asistencia primaria u hospitalaria. En el campo farmacéutico se utiliza en los 15 países de la UE con gran diversidad de enfoques y particularidades, pero con mayoría de copagos variables.

Así, el copago fijo se emplea en el Reino Unido (6 £/envase), Austria (3,1 €/receta), Alemania (de 4,1 a 5,1 €/envase según el tamaño) y parcialmente en Italia (1,5 €/envase para productos dentro de la Clase A), y se ha abandonado recientemente en Suecia y Bélgica.

El copago variable se utiliza en Bélgica (25%, 50% y 60%), Francia (35% y 65%), Grecia (25%), Luxemburgo (20% y 60%), Países

Bajos en algunos medicamentos, Portugal (30% y 60%) y España. Dinamarca aplica copago variable según los niveles de renta (100% hasta DKr 500 por año, 50% para DKr 501-1.200, 25% para DKr 1.201-2.800, y 15% para DKr superior a 2.800).

Otros países utilizan una mezcla de copago fijo y variable, como Finlandia (fijo 8,4 €/receta más 50% del resto del precio) e Italia (1,5 €/envase más variable 50% para productos de Clase B).

Otros, finalmente, utilizan la modalidad deducible, como Irlanda (114 €/trimestre) y Suecia (900 SKr, y por encima copago variable del 50% para SKr 900-1700, 25% para SKr 1.700-3.300, y 10% para SKr 3.300-4.300, con un máximo anual de 1.800 SKr).

Finalmente, Alemania, Países Bajos, Suecia y España recurren a precios de referencia, que contemplan conjuntos de medicamentos y precios muy diversos.

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO FARMACÉUTICO Y EL COPAGO

La prestación farmacéutica constituye una de las tres áreas básicas de la asistencia sanitaria, cuya importancia dentro de ésta, medida por el gasto, ha variado notablemente a lo largo del tiempo, desde los tiempos de un sistema “de médico y botica” hasta la más equilibrada situación actual. Así, el gasto farmacéutico llegó a suponer en España hasta un 34% del gasto sanitario total en la entrada de la década de los 70; a partir de entonces, los esfuerzos por su control comenzaron a tomar cuerpo y efectividad.

Cifras

Habida cuenta de que analizaremos en detalle más adelante el gasto farmacéutico total y sus determinantes cuando contemplemos la paradoja de los precios y el consumo, nos ceñiremos en lo que sigue a la porción pública del gasto farmacéutico, área en la que nace el mito y en la que desarrollaremos el análisis. Trataremos de reconocer los efectos de la introducción del copago en 1966 y sus modificaciones en 1978, 1979 y 1980. Se utilizarán cifras de Eco-Salud y del Conse-

jo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos (CGCOF)¹, así como las elaboraciones de L. Arranz –maestro del tema– y J. Barea.

Comenzamos con el nivel conceptual más agregado posible; la Tabla I muestra la evolución comparada del gasto sanitario público y el gasto farmacéutico público en valores corrientes, así como la relación porcentual entre ambos a partir de 1960.

Utilizamos un origen temporal tan alejado por dos razones: a fin de evaluar con suficiente perspectiva el efecto de la introducción del copago en 1966; y para escapar, por otro lado, de los cortos plazos imperantes en los análisis de la prestación farmacéutica, con predominio de las observaciones mensuales, lo que no ocurre en la consideración de ninguna otra parcela del sistema sanitario.

A efectos de poder comparar adecuadamente causas con efectos, señalamos que la entrada en vigor del Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, que generalizó el copago, aplazó sus posibles efectos al año siguiente, mientras que estimamos que los del RD 945/1978, de 14 de abril, que modificó el régimen anteriormente vigente, se inician ese mismo año, siquiera sea parcialmente, lo mismo que suponemos para la elevación del tipo nominal de copago de 1979; asimismo, consideramos que se difieren a 1981 los efectos completos del Real Decreto de septiembre de 1980, última elevación.

En la Tabla I y el Gráfico 1, se observa como primer comentario que la generalización del copago en 1966 parece justificada a todas luces, al ser imperativo moderar los importantes ritmos de elevación del gasto de la prestación que venían observándose en los años precedentes y que en 1965 se sitúan en el 96%. Sin embargo, como se realiza su introducción en el seno de un paquete de modificaciones de amplia magnitud y carácter, la medida moderadora redundante en 1967, sorprendentemente, en un incremento del gasto farmacéutico público cifrado en el 86%.

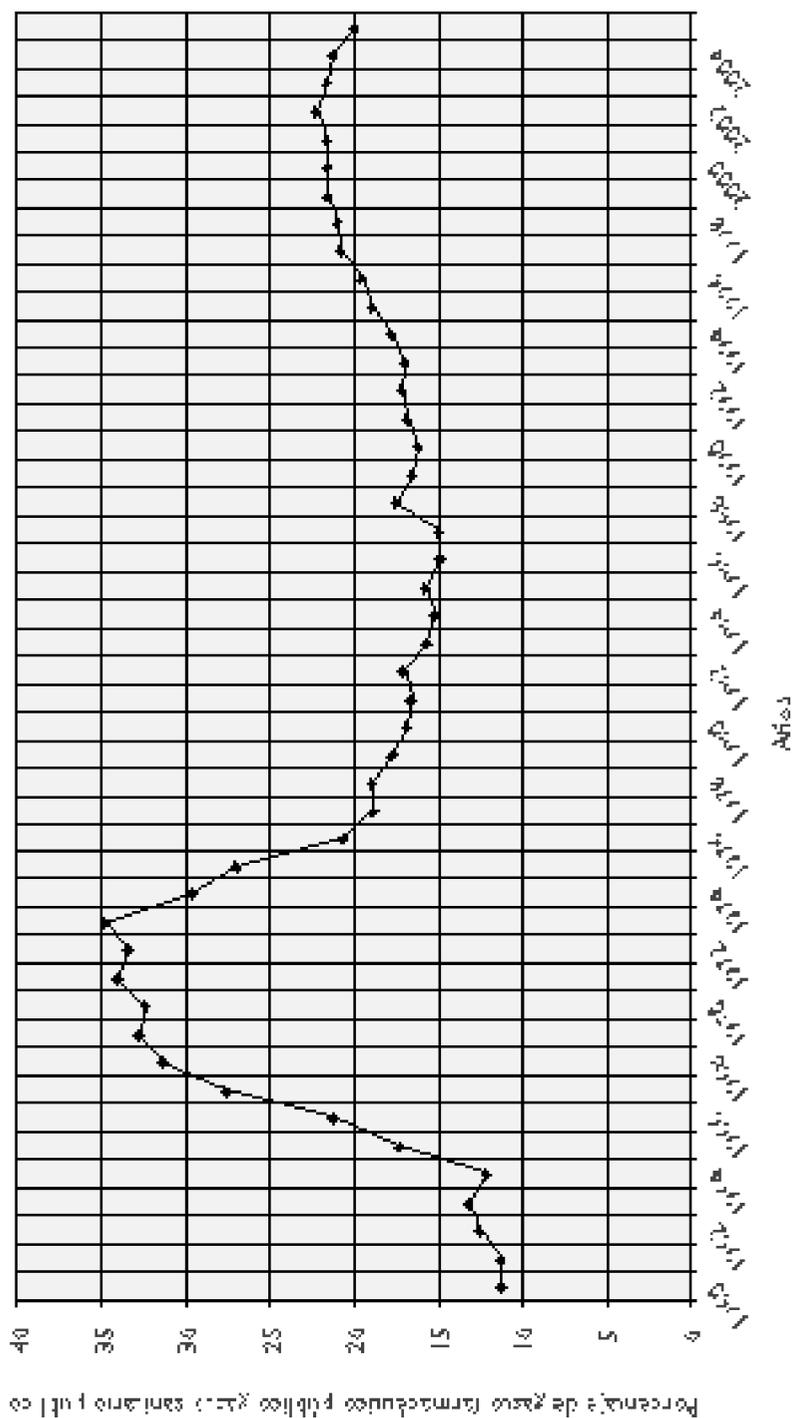
¹ Las cifras de las diversas fuentes utilizadas no son siempre coincidentes, sin que las diferencias afecten a las conclusiones del estudio.

**TABLA I. Gasto público sanitario y farmacéutico (millones de euros),
relación e incrementos anuales**

	Gasto público sanitario	Gasto público farmacéutico	% gasto público farmacéutico/ gasto público sanitario	% incremento anual gasto sanitario público	% incremento anual gasto público farmacéutico
1960	37	4	11,2	-	-
1961	41	5	11,2	10,5	10,7
1962	54	7	12,5	31,4	46,5
1963	63	8	13,1	16,3	21,6
1964	82	10	12	30	19,1
1965	112	19	17,2	36,8	95,9
1966	144	30	21,2	28,3	57,9
1967	205	57	27,6	43	86
1968	239	75	31,4	16,5	32,6
1969	306	100	32,7	27,9	33,3
1970	384	124	32,3	25,3	23,8
1971	482	164	34	25,7	32,3
1972	625	209	33,4	29,6	27,3
1973	826	287	34,8	32,1	37,5
1974	1.041	307	29,5	26,1	7,1
1975	1.373	370	27	31,9	20,5
1976	1.719	353	20,6	25,2	-4,6
1977	2.346	441	18,8	36,5	25
1978	2.976	562	18,9	26,9	27,3
1979	3.466	612	17,7	16,5	9
1980	4.126	694	16,8	19,1	13,3
1981	4.688	777	16,6	13,6	12
1982	5.570	948	17	18,8	21,9
1983	6.900	1.076	15,6	23,9	13,6
1984	7.249	1.096	15,1	5,1	1,8
1985	7.803	1.222	15,7	7,6	11,5
1986	8.720	1.298	14,9	11,7	6,2
1987	9.872	1.475	14,9	13,2	13,7
1988	12.121	2.116	17,5	22,8	43,4
1989	13.818	2.288	16,6	14	8,2
1990	16.413	2.656	16,2	18,8	16,1
1991	18.320	3.079	16,8	11,6	15,9
1992	20.697	3.549	17,1	13	15,3
1993	22.153	3.744	16,9	7	5,5
1994	22.862	4.050	17,7	3,2	8,2
1995	24.125	4.555	18,9	5,5	12,5
1996	25.686	5.019	19,5	6,5	10,2
1997	26.877	5.585	20,8	4,6	11,3
1998	28.616	5.999	21	6,5	7,4
1999	30.681	6.605	21,5	7,2	10,1
2000	33.812	7.266	21,5	10,2	10
2001	36.304	7.841	21,6	7,4	7,9
2002	39.131	8.690	22,2	7,8	10,8
2003	43.549	9.421	21,6	11,3	8,4
2004	47.745	10.151	21,3	9,6	7,7
2005	53.947	10.714	19,9	13	5,5

Fuente: Barea J, Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboraciones propias.

GRÁFICO I. Porcentaje de gasto farmacéutico público/gasto sanitario público.



Fuente: Barea J, Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboraciones propias.

Tan elevado nivel, el segundo más alto de los 45 años observados, no puede atribuirse a la falta de eficacia del copago, sino más bien al muy superior efecto de las medidas liberalizadoras que lo acompañaron, cuya importancia no fue debidamente anticipada en los cálculos oficiales, como es evidente. En cambio, la notable reducción de los ritmos de crecimiento del gasto farmacéutico público en los años posteriores parece probar el funcionamiento del copago.

El impacto conjunto de las medidas liberalizadoras y de moderación de 1966 sobre el gasto farmacéutico es tan importante que hace llegar su influencia hasta el gasto sanitario público, cuyo nivel observa en 1967 un crecimiento del 43%, el más elevado en toda la serie. No en vano, el aumento anual del gasto farmacéutico duplica el del gasto sanitario en dicho año; asimismo, se aprecia entre ambos la mayor tasa diferencial de aumento en el periodo examinado, seis puntos y medio. ¿Es posible imaginar la hecatombe que supondría, en la actualidad, que el gasto farmacéutico público ascendiese 6,5 puntos dentro del gasto sanitario público en un año?

La siguiente elevación del copago se aprobó en 1978. Una consideración en profundidad de su efecto obligaría a conducir el análisis en precios constantes, aunque, sin necesidad de entrar en tanto detalle, su efecto tampoco parece ser positivo, ya que el gasto farmacéutico público asciende más que en los años anteriores y por encima del gasto sanitario público.

Tema aparte parecen ser las consecuencias de las dos elevaciones subsiguientes del copago aprobadas en 1979 y 1980, que redundan en evoluciones de signo contrario a las anteriormente analizadas. Disminuyen ahora las tasas de incremento del gasto farmacéutico respecto al año anterior, y éste crece menos que el gasto sanitario global, con lo que la importancia del gasto farmacéutico dentro del conjunto sanitario público mantiene su orientación al descenso iniciada en 1974, que va a durar hasta 1994, cuando la acelerada introducción de nuevos fármacos en nuestro mercado vuelve a invertir la tendencia.

Poco definitivo podemos decir, pues, del efecto de la generalización y del aumento del copago en la cobertura de su objetivo, la moderación del consumo farmacéutico, al observarlo en un ámbito tan agregado como lo hemos hecho. Su influencia aparece intermitentemente negativa y positiva, y de manera evidente condicionada por las medidas de política farmacéutica adoptadas simultáneamente.

Parece necesario afinar la lente a fin de apreciar los efectos del copago con más cercanía, en áreas más desagregadas, lo que realizamos a continuación en el campo exclusivo del SNS, donde examinaremos las evoluciones del consumo farmacéutico y la aportación de los beneficiarios.

Como se observa en el Gráfico 2 y la Tabla II, con datos procedentes de Arranz y del Ministerio de Sanidad y Consumo, la evolución histórica del tipo efectivo de copago comprende tres periodos diferenciados: dos de descenso y uno de ascenso. El primero, que se extiende desde 1967 hasta 1977, muestra un descenso continuado a partir del nivel resultante en su introducción, 15,7%, hasta situarse en un 8,5% en 1977.

Parte de la responsabilidad de tal descenso puede recaer en el traspase de consumos desde el área de copago fijo a la variable, ya que el tipo nominal en aquélla es siempre superior al 16,6%, mientras que en ésta es igual o inferior al 10%. Sin embargo, atribuimos fundamentalmente la disminución registrada a la elevación del precio de los fármacos, en el que juega ya poderosamente la introducción de nuevos productos a precios actualizados.

El segundo periodo es alcista y se extiende desde 1978 hasta 1981. El primer año, la tasa efectiva de copago se coloca en el 10,6%, lo que muestra el débil efecto en dicho año de la elevación al 20% del tipo nominal aprobada en abril; asimismo, asciende en 1979 al 16,9%, lo que registra el pleno efecto de la subida anterior combinado con el de la elevación aprobada en enero del mismo año. Se eleva posteriormente, en 1980 y 1981, hasta el 17,5% y el 19%, respectivamente, al acumularse en el primero de los años el pleno efecto de la subida del tipo nominal de 1979 con la incidencia par-

cial de la de 1980, que luce con plenitud en 1981, cuando alcanza el valor más elevado de toda la serie.

El tercer periodo, que se extiende desde 1982 hasta 2004 (el último año considerado), se caracteriza por un descenso continuado del tipo efectivo de copago desde un nivel del 17,2% hasta el 6,8%, periodo de 22 años en el que nace y se desarrolla el mito que analizamos.

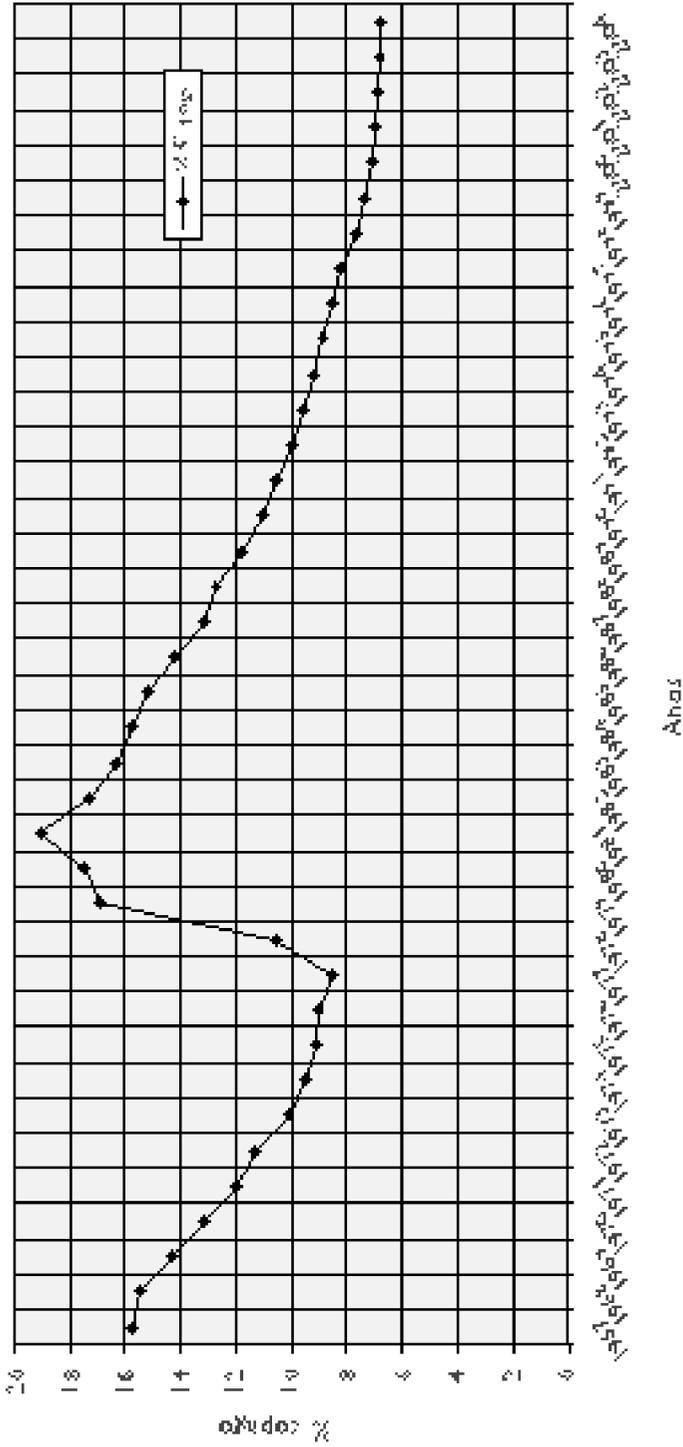
Determinantes del descenso del copago

¿Por qué disminuye constantemente el tipo efectivo del copago, cuando el tipo nominal no se mueve del 40%? Evidentemente, es consecuencia del menor crecimiento de los consumos a tipo general que los consumos con un tipo de aportación reducido o nulo.

A fin de determinar el peso relativo de los factores explicativos de tal descenso introducimos, en primer lugar, la segmentación de la población protegida por el SNS entre activos y pensionistas para medir su influencia en la reducción del tipo efectivo de copago a partir del nominal. Ofrecemos solamente datos a partir de 1978, ya que a efectos de valoración necesitamos analizar exclusivamente el periodo de descenso antes descrito, en el que nace y se desarrolla el mito. Además, con anterioridad a dicha fecha, a pesar de aplicarse el copago, no existía discriminación legal de trato entre activos y pensionistas, por lo que no había razón alguna para que las estadísticas los diferenciasen, ya que no existía tal información.

La Tabla II ofrece dos informaciones sorprendentes. En primer lugar, el tipo efectivo de copago de los activos es sustancialmente superior al de la población general. Y, en segundo lugar, dicho tipo se mantiene en el periodo considerado en niveles elevados, a pesar de que disminuya desde un 36% en 1981 hasta un 24,2% en 2004. La importante caída de un 74% del tipo efectivo general de copago se reduce a otra de solamente el 33% si se considera únicamente la población activa. ¿Puede decirse, con fundamento, que un tipo de copago del 24,2% no está surtiendo efecto? El mito se desvanece en cuanto se comienza a juzgarlo en el terreno propio en que se desenvuelve y donde debe ser evaluado, el de la población activa.

GRAFICO 2. Evolución del copago en el SNS.



Fuente: Arranz L, Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboraciones propias.

TABLA II. Tipo efectivo de copago en el SNS, total y activos

	% copago total	% copago activos
1967	15,7	
1968	15,4	
1969	14,3	
1970	13,1	
1971	12	
1972	11,3	
1973	10,1	
1974	9,5	
1975	9,1	
1976	9	
1977	8,5	
1978	10,6	14,5
1979	16,9	28
1980	17,5	30,6
1981	19	36
1982	17,2	35,2
1983	16,3	34,4
1984	15,8	33,8
1985	15,1	33,2
1986	14,2	32,4
1987	13,1	30,4
1988	12,7	29,5
1989	11,8	29,9
1990	11	29
1991	10,5	28,1
1992	9,9	27,6
1993	9,5	27,6
1994	9,2	28,1
1995	8,9	27,9
1996	8,5	27,3
1997	8,2	26,7
1998	7,7	25,7
1999	7,3	25,2
2000	7,1	25,3
2001	6,9	25
2002	6,8	24,5
2003	6,8	24,4
2004	6,8	24,2

Fuente: Arranz L, Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboraciones propias.

¿No será más bien el consumo de la población pensionista el responsable del debilitamiento de la tasa efectiva general? Para apoyar tan evidente afirmación se acompañan tres tablas que ofrecen una idea cumplida de la situación.

Primeramente, se compara la importancia de la población pensionista y el número de sus recetas y consumo dentro de la población general (Tabla III y Gráfico 3); se aprecia la creciente discrepancia entre ambas series, que se consolida desde 1980. La evolución es tan acelerada que, desde situaciones cercanas a la lógica en 1975, se alcanzan proporciones asombrosas en 2003, cuando el colectivo pensionista, casi un 30% de la población, realiza más del 70% del consumo total, mientras que el colectivo activo, que supone un 70% largo de la población, no llega a consumir el 30% restante.

La razón de tales discrepancias no es otra que la diferente evolución del consumo de activos y pensionistas, medido en recetas por persona protegida, tal como se puede observar en la Tabla IV y el Gráfico 4. De nuevo, desde una situación cercana a la lógica al inicio del periodo, con un doble consumo de recetas por persona protegida en el colectivo pensionista respecto del activo, se llega hasta un múltiplo cercano a 8 en 2003, lo que no encuentra precedentes en los países comparados.

Idénticas conclusiones se derivan de contemplar la comparación entre los consumos de activos y pensionistas medidos a PVP, que no se expone por mor de la brevedad. Ambas determinaciones acreditan que el exceso de consumo del colectivo pensionista constituye la razón fundamental del debilitamiento de la tasa efectiva general de copago, lo que evidencia una grave disfunción de su regulación actual y las necesidades de su revisión.

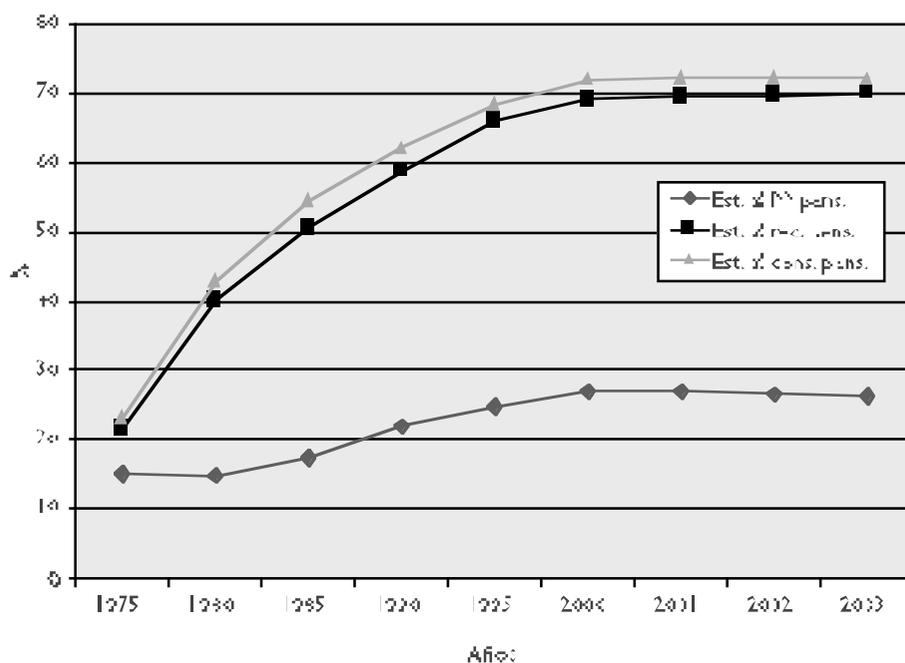
Con objeto de afinar todavía más el análisis del mito, se considera a continuación el efecto de otro factor que incide en el nivel efectivo de la tasa de copago, los consumos con aportación reducida, para los que se dispone de muy limitada aunque útil información, referida solamente a los años 2000 y 2003.

Tabla III. Porcentaje de población protegida, recetas y consumo de pensionistas. SNS

Año	Est. % PP pens.	Est. % rec. pens.	Est. % cons. pens.	% cons./% PP
1975	15,1	21,6	23,1	1,53
1980	14,8	40,1	42,9	2,89
1985	17,5	50,5	54,4	3,12
1990	21,9	58,8	62	2,83
1995	24,6	66	68,3	2,78
2000	26,9	69	71,9	2,68
2001	26,8	69,6	72,2	2,69
2002	26,5	69,7	72,1	2,72
2003	26,2	70	72	2,75

Fuente: Arranz L, Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboraciones propias.

GRÁFICO 3. Población protegida, recetas y consumo de pensionistas. SNS.



Fuente: Arranz L, Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboraciones propias.

TABLA IV. Recetas por persona protegida en el SNS. Activos y pensionistas			
	Recetas/Activo	Recetas/Pensionista	Recetas/P/A
1978	13,7	26,3	1,9
1979	10,8	34,7	3,2
1980	9,9	38,1	3,8
1981	9,7	40,2	4,1
1982	9,1	39,3	4,3
1983	8,4	39,4	4,7
1984	7,3	34,7	4,8
1985	7,3	35,3	4,8
1986	7,3	35,7	4,9
1987	7,3	36	4,9
1988	7,3	36,4	5
1989	7,3	36,8	5
1990	7,3	37,2	5,1
1991	7,2	37,2	5,2
1992	7	37,6	5,4
1993	6,7	36,3	5,5
1994	6,1	35,9	5,9
1995	6,4	38	6
1996	6,6	39,3	5,9
1997	6,7	39,6	5,9
1998	6,5	39,5	6,1
1999	6,4	38,6	6
2000	6,6	40,1	6,1
2001	6,6	41,5	6,3
2002	6,9	43,8	6,4
2003	7,1	46,5	6,6
2004	7	55,7	7,9

Fuente: CGCOF (2) y estimaciones propias.

La Tabla V recoge datos del Mercado de Prescripción del SNS para dichos años; pone de manifiesto que en 2003 solamente un 15% del consumo total está sometido al tipo general de copago (40%), mientras que un 13% disfruta de aportación reducida y el 72% restante, la gran mayoría del consumo, no realiza copago alguno. Ello colabora en la reducción desde el tipo general de copago del sistema (40%) hasta el tipo efectivo (6,8%).

GRÁFICO 4. Recetas por persona protegida en el SNS. Activos y pensionistas.

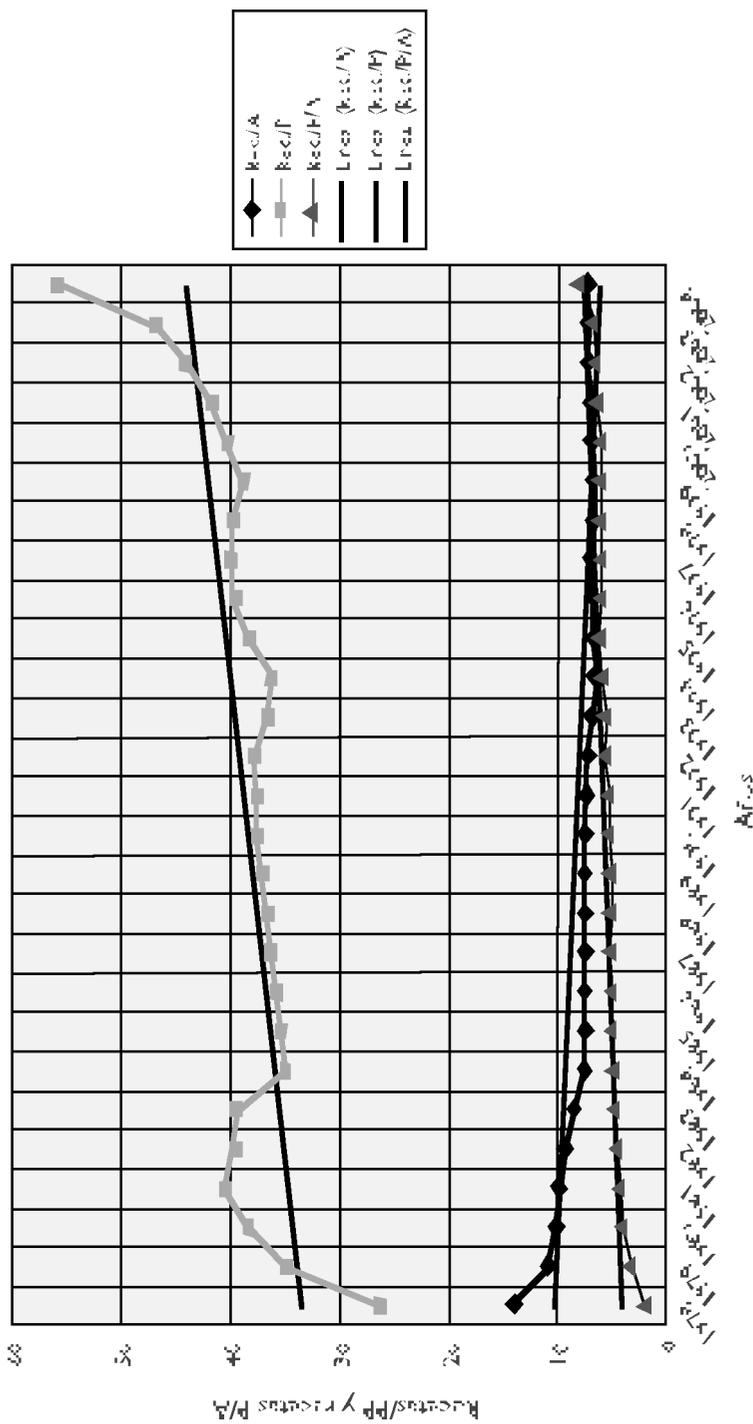


TABLA V. Mercado de prescripción del SNS. 2000 y 2003.
000 recetas y millón de euros

2000	Tarifas	Est. recetas	%	Consumo	%
Activos	Normal	139.375	23,4	1.143	15,7
Activos	Reducida	43.848	7,3	889	12,3
Pensionistas	Total	413.583	69,3	5.227	72
Total	Total	596.806	100	7.259	100
2003	Tarifas	Est. recetas	%	Consumo	%
Activos	Normal	160.565	23,5	1.443	15,4
Activos	Reducida	50.833	7,5	1.209	12,9
Pensionistas	Total	470.635	69	6.697	71,6
Total	Total	682.033	100	9.348	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, y estimaciones propias.

Si se analiza en la Tabla V el consumo de la población cubierta activa, se observa que su consumo a tarifa normal se reduce en el periodo de tres años contemplado desde el 15,7% hasta el 15,4%, habida cuenta de la más rápida evolución del consumo con aportación reducida. Además, el tipo efectivo de copago en esta última área desciende desde el 6,7% hasta el 6,1% por efecto de la constancia del tope legislado (2,64 €) al no haberlo actualizado. En conjunto, el tipo efectivo de copago de la población activa desciende casi un punto porcentual en el periodo contemplado.

El efecto del consumo con aportación reducida en la disminución del tipo efectivo de copago es, pues, relevante en la población activa, ya que supone en la actualidad casi un 50% de su consumo total, estimando que en 1978 debía estar situado en las cercanías del 5%.

Tan importante evolución al alza, con la consecuente erosión del tipo efectivo de copago, se debe a la mejora en la asistencia sanitaria de las enfermedades crónicas y graves que ha experimentado el sistema español desde entonces, y a la ampliación de la cobertura farmacéutica de las mismas en forma de aportación reducida. No obstante, esta faceta positiva del sistema español no es conoci-

da y, al no aparecer en la información oportuna, no ha hecho sino añadir vigor al mito considerado.

Resumen sobre las razones de descenso del copago

Los dos campos tratados han ofrecido poderosas evidencias sobre las causas de la reducción del copago. Por un lado, el rápido desarrollo del consumo con tarifa reducida, fruto de las mejoras observadas en la asistencia sanitaria de las crecientemente importantes patologías crónicas; y, por otro lado, el exceso de consumo del colectivo pensionista por encima de sus necesidades reales. Se estima que la relevancia de ambas causas es equivalente.

El resultado es que el campo en que el copago puede ejercer su función moderadora se limita al 28% del consumo farmacéutico total y, todavía dentro de aquél, un 13% se efectúa con tarifa reducida; la parcela de consumo a tarifa normal supone solamente el 15% del consumo total.

No se trata, pues, como afirma el mito, de que el copago no funciona, sino que su campo de operación es muy reducido. Si retorceremos las razones del mito, puede afirmarse que las causas de la reducción del copago son ajenas a éste, lo que en todo caso deja todavía sin confirmar si el copago funciona o no en la reducida parcela en la que opera. A ello aludimos a continuación.

APORTACIONES DOCTRINALES SOBRE EFICACIA DEL COPAGO

Las consideraciones doctrinales sobre el copago se han desarrollado tradicionalmente en tres áreas: su eficacia, el impacto sobre la equidad y su aceptación pública; de las que se observará solamente la primera parcela, dado que es la única que se ajusta al contenido del mito que se analiza.

En dicha área, destacan por su amplitud las aportaciones norteamericanas seguidas de las europeas, dentro de las cuales España cuenta con numerosos estudios glosados por la doctrina internacional.

Abundan los trabajos con un enfoque cualitativo, que describen las circunstancias del impacto de la introducción o modificación de los niveles de copago en la demanda de servicios sanitarios en general y en el consumo farmacéutico en particular. Otros siguen un enfoque cuantitativo, miden la elasticidad o relación entre las variaciones del consumo ante modificaciones en el nivel de copago. Éstos parecen más conclusivos, aunque estén afectados de las limitaciones de enfoque o desarrollo que la doctrina señala.

Entre los estudios ubicados en la última parcela destaca, sin lugar a dudas, el experimento RAND. Se llevó a cabo en los EE. UU. a largo plazo, desde mediados de los años 70 hasta principios de los 80, sobre 7.708 norteamericanos mayores de 62 años, los cuales estaban distribuidos aleatoriamente en 16 planes diferentes de aseguramiento con niveles de copago comprendidos entre el 0% y el 95% (5).

Los resultados mostraron que los copagos producían disminuciones importantes en la demanda de cualquier servicio sanitario, y particularmente en la de los medicamentos de prescripción, donde se observó que el gasto farmacéutico per cápita era un 60% más elevado en los usuarios exentos de copago que en los que satisfacían un 95% del precio.

Estudios más recientes ponen en evidencia que los efectos del copago son más moderados en la población mayor que en la total, y en algunos casos ofrecen resultados poco sensibles, si bien la doctrina concluye terminantemente que la evidencia deducida de los estudios norteamericanos permite asociar el uso del copago a una reducción “significativa” del uso de medicamentos.

Los trabajos europeos son percibidos por la doctrina como menos numerosos y consistentes que los norteamericanos, debido a su enfoque y mecanismos de ajuste. Aun así, es generalizada la presencia de elasticidades negativas entre consumo y copago, tal como revela una reciente revisión de estudios españoles (-0,13), ingleses (de -0,15 a -0,64), belgas (de 0 a -0,6), italianos (de -0,26 a -0,36),

daneses, suecos y holandeses, que concluye que –en coincidencia con Norteamérica– el copago en Europa parece reducir la utilización de medicamentos, a pesar de que se encuentre una amplia dispersión en las mediciones de elasticidad.

La consideración de los estudios cuantitativos españoles muestra como pionero el trabajo de Cruz Roche (1984) que, en referencia al periodo 1967-1983, deduce una elasticidad del consumo farmacéutico respecto al copago, medido por el porcentaje del tique global, de -0,15 (6). Posteriormente, Puig-Junoy (1988) estima en -0,22 la elasticidad del consumo farmacéutico, medido en recetas por persona protegida, respecto al copago, medido en aportación por persona protegida (7-9). Luego, Alexander, Flynn y Linkins encuentran en 1994 una elasticidad del consumo medido en recetas por persona protegida al copago mucho más elevada (-2,80) en referencia al periodo 1980-1987 (10). Posteriormente, en 1997, Nonell y Borrell observan una elasticidad del consumo por persona protegida al copago (-0,08) menor que las anteriores, referida esta vez a un largo periodo: 1965-1994 (11, 12).

Un estudio del autor (14), que considera separadamente el comportamiento del consumo farmacéutico de la población activa o pensionista perteneciente a los dos colectivos protegidos por regímenes con distinto tique moderador, el régimen general con un tipo del 40% y el de las mutuas de funcionarios públicos (MFP) (modelo MUFACE) con un tipo del 30%, permite una visión más esclarecedora; ofrece la oportunidad de eliminar la influencia del comportamiento de los pensionistas –perturbador para los cálculos– y contemplar exclusivamente, por primera vez, el campo de la población activa cubierta.

El análisis, referido al año 2000 y que considera el consumo farmacéutico por escalones de edad, revela que la erosión en los tipos nominales de copago producida por la incidencia de los consumos a tarifa reducida lleva a unos tipos efectivos de copago situados a un nivel del 25,3% en el SNS a partir del tipo nominal del 40%, y de un 21,2% en las MFP a partir del tipo nominal del 30%.

En tales condiciones, el consumo farmacéutico por persona activa protegida resulta superior en todos y cada uno de los intervalos de edad considerados en el colectivo de las MFP –que disfruta de un menor tipo efectivo de tique moderador– que en el régimen general del SNS, al que le corresponde un tipo efectivo superior, tal como se aprecia en el Gráfico 5, lo que visualiza el normal funcionamiento del copago.

El estudio concluye también que las diferencias en el consumo en euros por persona protegida activa en ambos colectivos ofrecen una elasticidad con respecto al valor de los tipos efectivos de copago con un valor de -6,4. Dicho en otros términos, por cada punto más de copago se registra un consumo farmacéutico inferior en 6,4 €, lo que vuelve a acreditar el efectivo funcionamiento del copago.

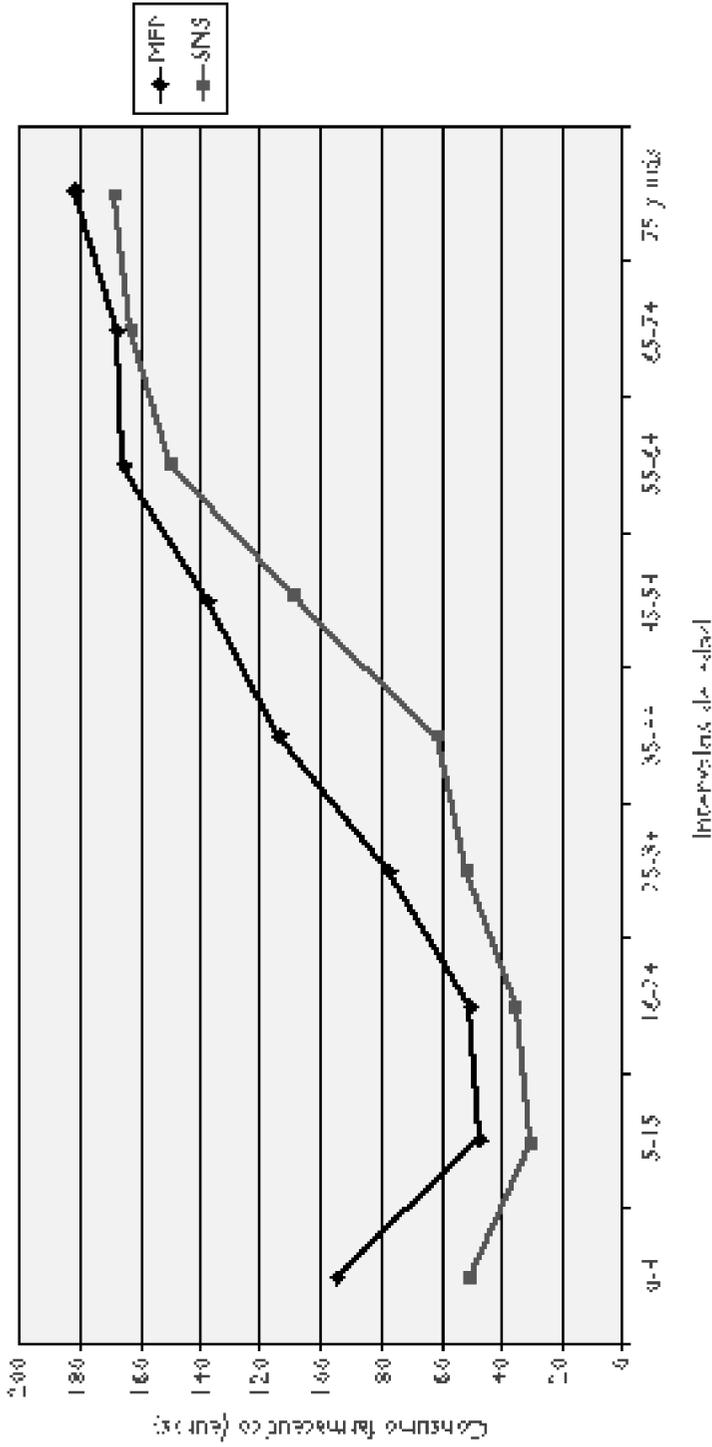
Los resultados reseñados y las particularidades de los colectivos comparados –población activa exclusivamente en el SNS y en las MFP– confirman indubitadamente el funcionamiento del copago farmacéutico. Tanto en el conjunto como en cada uno de los escalones de edad los mayores niveles de copago se asocian a menores niveles de consumo farmacéutico. El copago funciona.

VALORACIÓN DEL MITO

Los resultados derivados del examen de la literatura son coincidentes y esclarecedores. La doctrina norteamericana asocia el uso del copago a una reducción “significativa” del uso de medicamentos. Al igual que la norteamericana, la evidencia europea (13, 15) sugiere que, aunque se encuentre una amplia dispersión en las mediciones de elasticidad, el copago reduce la utilización de medicamentos.

En el mismo sentido, y a pesar de que aparezca variabilidad en los valores, los estudios cuantitativos españoles evidencian sin excepción y a lo largo de diferentes periodos que el consumo farmacéutico observa elasticidades negativas respecto al copago, bien se mida por el porcentaje del tique global, en recetas por persona protegida, o por la magnitud del copago. No existe evidencia alguna en sentido contrario.

GRÁFICO 5. Consumo por persona protegida activa. SNS y MFP 2000 (euros)



Fuente: estimación propia.

Ello significa, ciertamente, que las elevaciones del nivel de copago estudiadas han producido una disminución del gasto farmacéutico en España, o dicho con otras palabras: el copago funciona, como no podía ser menos, a la luz de las prescripciones de la doctrina.

Sin embargo, la realidad del funcionamiento del copago, que hemos constatado fehacientemente, aparece difuminada por el efecto de dos tipos de medidas: la amplitud del consumo de la población pensionista y la creciente importancia del consumo con aportación reducida.

En efecto, la población pensionista, exenta de copago, realiza un consumo farmacéutico que representa un 72% del consumo total del sistema, lo que constituye un relevante factor de reducción de la tasa nominal y obliga a considerar exclusivamente el consumo de la población activa para poder emitir juicios válidos sobre la pretendida falta de funcionamiento del copago, aspecto que no realiza el mito.

Al considerar solamente a la población activa, se observa que satisface actualmente un tipo efectivo de copago del 24,2%, por lo que no se puede afirmar con fundamento que no está surtiendo efecto. Aquí es importante reconocer el efecto del consumo con aportación reducida (10%) en la disminución progresiva del tipo efectivo de copago en la población activa, ya que supone en la actualidad casi un 50% de su consumo total.

Las conclusiones de un estudio referido al año 2000, que permite apreciar exclusivamente el comportamiento del consumo de la población activa, confirman el efectivo funcionamiento del copago; ofrece una elasticidad negativa del consumo con respecto al tipo nominal de copago cifrada en -6,4, y muestra su efecto en todos los escalones de edad considerados.

Se debe concluir que no es que el copago no funcione en España, como pretende el mito que se ha contemplado, sino que diversos factores como la amplitud del consumo de la población pensionis-

ta y la creciente importancia del consumo con aportación reducida limitan sus posibilidades de funcionamiento al reducir el campo en que puede ejercer su papel moderador del consumo, difuminando el funcionamiento del copago, cuya operatividad en la población activa queda probada por los estudios cuantitativos examinados y por la posición de la doctrina.

Con ello, las conclusiones españolas se alinean con las del resto de Europa y EE. UU., en el sentido de que confirman la eficacia del copago como un instrumento útil para la moderación del consumo, desposeyendo de todo fundamento el mito que consideramos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Eco-Salud OCDE.*
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Revista Panorama Actual del Medicamento* y [www.portalfarma.com/información estadística](http://www.portalfarma.com/informaciónestadística).
3. Arranz L. *La utopía Farmacéutica. Una experiencia de gobernabilidad 1942-1986.* Insalud. Madrid 1988.
4. Barea J, et al. *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo.* Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid 1992.
5. Newhouse JP and The Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment.* Harvard University Press 1993.
6. Cruz Roche I. *Financiación y control del gasto farmacéutico.* Ponencia presentada en la Reunión sobre Políticas y Gestión Farmacéutica. OMS. Madrid 1984.
7. Puig-Junoy J. *Gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste.* Investigaciones Económicas 1988; 12: 1.
8. Puig-Junoy J. *Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué.* Hacienda Pública Española. 2001.
9. Puig-Junoy J. *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos.* Barcelona: Ed. Masson 2002.
10. Alexander D, et al. *Estimates of the demand for ethical pharmaceutical drugs across countries and time.* Applied Economics 1994; 26.
11. Nonell R, Borrell JR. *Demand for medicines, regulatory policy and government-firms relationship in Spain.* Ponencia presentada en EUNIP. Warwick Conference 1997.
12. Nonell R, Borrell JR. *Mercado de medicamentos en España. Diseño institucional de la regulación y de la provisión pública.* Papeles de Economía Española 1998; 76.
13. López i Casanovas G, et al. *El sistema sanitario Español: informe de una década.* Fundación BBV. Bilbao 1999.
14. Perona Larraz JL. *Aseguramiento y gasto farmacéutico 2000. Efectos económicos y sanitarios de dos modelos de protección (SNS vs. MUFACE).* Manuscrito no publicado. Madrid 2003.
15. Mossialos E, et al. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality.* European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press 2004.

PARADOJAS

PRIMERA PARADOJA

**El aumento del gasto sanitario no conduce
siempre a mejores niveles de salud**

*“La salud de muchos
hubiera sido mejor si sus
riquezas hubieran
sido menores”*

BENJAMÍN FRANKLIN

INTRODUCCIÓN

El gasto sanitario crece a lo largo del tiempo en cualquier país que contemplemos. El nivel de salud también. Pero la relación entre ambas variables no es tan estrecha como a menudo se supone. Un análisis detallado de las aportaciones de la doctrina y el examen de las realidades concretas de la salud tanto en su consideración temporal como espacial llevan a concluir que, paradójicamente, el aumento del gasto sanitario no conduce siempre a mejores niveles de salud.

La primera paradoja que se considera surge del análisis de la posible relación entre dos conceptos básicos en cualquier sistema sanitario: el gasto incurrido y el nivel de salud alcanzado. Se origina, por lo tanto, al relacionar un concepto procedente del campo económico con otro del área sanitaria.

Su planteamiento corresponde a estadios avanzados en la consideración de un sistema, puesto que exige el cumplimiento previo de tres requisitos. En primer lugar, la existencia de indicadores del nivel de salud adecuados, exigencia cuya atención suele ser más temprana que la de los siguientes. En segundo lugar, la disponibilidad de una contabilidad económica precisa de los hechos sanitarios, requisito que suele demorarse respecto al anterior. Y, en tercer lugar, el deseo o la necesidad de plantearse la relación entre los dos conceptos escogidos, lo que pertenece a una etapa temporal mucho más tardía, cuando la gestión del sistema viene acompañada por exigencias de responsabilidad, bien de origen político, bien de la doctrina.

Lo habitual es observar que los sistemas sanitarios persiguen la cobertura de su objetivo general, la mejora de los niveles de salud, a través de un conjunto de actuaciones tan complejo como inconexo, sin determinar prioridades ni fijar niveles o plazos concretos para el avance hacia el objetivo general. La falta de gobierno es una característica corriente en los sistemas sanitarios, que parecen legitimados por el solo hecho de actuar con independencia de los resultados que se obtengan. Tal situación sólo es superada a partir de ciertos niveles de desarrollo, cuando se alcanza una visión general del sistema y se plantea la necesidad de realizar mediciones y determinaciones como la definida en la paradoja que ahora se contempla.

PLANTEAMIENTO

El análisis de esta paradoja se efectúa desde un doble enfoque: espacial y temporal. En el primer campo, se trata de evaluar los perfiles de su vigencia simultánea en diferentes países; y, en el segundo, su validez a lo largo del tiempo en un número más reducido de países. Estimamos que esta doble visión permite caracterizar ampliamente la paradoja que comentamos.

En el análisis espacial, se parte de la consideración de los niveles de gasto sanitario en los países de la OCDE, amplio abanico geográfico que recoge una notable disparidad internacional del concepto examinado.

Se analiza, a continuación, la evolución internacional del nivel de salud, para lo que se realiza una amplia incursión en la parcela de sus indicadores con apoyo en las aportaciones doctrinales relevantes. Se escogen los más descriptivos para el estudio, se justifica su selección y se presentan luego los datos de la evolución comparada de los indicadores elegidos.

Se acomete, posteriormente, el análisis básico de la paradoja considerada, la relación entre gasto sanitario y niveles de salud, en el que se muestra la evidencia internacional comparada y se remata la consideración con apoyo en relevantes aportaciones de la doctrina.

En el análisis temporal, nos apoyamos en las descripciones de la literatura sobre los determinantes del nivel de salud; se contempla la relevancia de los diversos factores que influyen en el nivel de salud de una colectividad, incluyendo entre ellos el sistema sanitario, y se glosan las aportaciones más recientes de la doctrina pertenecientes a lo que denominamos “Enfoque contemporáneo”.

Se considera en detalle, luego, la situación española tanto a nivel doctrinal como cuantitativo, con lo que se concluye el análisis temporal.

Por último, se presenta el balance final de ambos enfoques en el apartado “Valoración de la paradoja”.

EL ANÁLISIS ESPACIAL. LOS NIVELES DE GASTO SANITARIO

Se inicia el análisis espacial de la paradoja considerando, por separado, los perfiles de la dispersión internacional del gasto sanitario y aquellos de los niveles de salud. El gasto es uno de los parámetros que definen con más carácter el sistema sanitario de cualquier país, y tanto su nivel como su tasa de crecimiento constituyen una preocupación generalizada de los gestores y responsables del mismo.

La Tabla I y los gráficos de la Figura 1 muestran la dispersión internacional del esfuerzo sanitario, medido por el índice más apropiado acuñado por la doctrina, el gasto sanitario total per cápita en unidades monetarias homogéneas.

Se escoge el gasto sanitario total para incluir juntas la parcela pública y la privada, ya que la consideración en exclusiva de la primera ofrecería una visión incompleta y además errónea, al ser diferente el *mix* de actividad pública/privada en los diversos países. Se divide aquél por la población total para ofrecer el esfuerzo sanitario por persona, única forma de dar sentido comparativo a la cifra absoluta de gasto. Finalmente, se efectúa la medición en dólares del poder adquisitivo equivalente con objeto de eliminar el efecto de las distintas capacidades de compra entre países (\$ APA).

**TABLA I. Gasto sanitario per cápita (\$ APA)
e indicadores de salud. Países de la OCDE**

2002	Gasto sanitario*	2002	Esperanza de vida al nacer	2000	Tasa de mortalidad ajustada por edad	2002	Tasa de mortalidad infantil
Turquía	467	Turquía	68,6	Japón	474,1	Islandia	2,2
México	559	Hungría	72,6	Australia	546	Finlandia	3
Rep. Eslovaca	716	Rep. Eslovaca	73,9	Suiza	549,9	Japón	3
Polonia	734	México	74,6	Italia	562,7	Suecia	3,3
Corea	975	Polonia	74,6	Islandia	569,2	Noruega	3,5
Hungría	1.115	Rep. Checa	75,4	Suecia	573,3	Austria	4,1
Rep. Checa	1.187	Corea	76,9	Canadá	574,8	Francia	4,1
Portugal	1.758	Dinamarca	77,2	Francia	574,9	España	4,1
Nueva Zelanda	1.850	Portugal	77,2	España	578,2	Rep. Checa	4,2
Grecia	1.854	EE. UU.	77,2	Nueva Zelanda	598,7	Alemania	4,2
España	1.909	Irlanda	77,8	Noruega	621	Bélgica	4,4
Finlandia	2.013	Bélgica	78,1	Austria	621,6	Dinamarca	4,4
Japón	2.139	Grecia	78,1	Luxemburgo	628,6	Italia	4,5
Reino Unido	2.231	Finlandia	78,2	Alemania	639,5	Suiza	4,5
Austria	2.236	Luxemburgo	78,2	Reino Unido	649,6	Australia	5
Italia	2.248	Reino Unido	78,2	Países Bajos	659,3	Irlanda	5
Irlanda	2.386	Alemania	78,3	Finlandia	665,7	Países Bajos	5
Suecia	2.595	Países Bajos	78,4	Grecia	668,2	Portugal	5
Bélgica	2.607	Nueva Zelanda	78,7	Bélgica	684,2	Grecia	5,1
Dinamarca	2.655	Austria	78,8	EE. UU.	685,5	Luxemburgo	5,1
Australia	2.699	Noruega	79	Dinamarca	715,9	Reino Unido	5,2
Francia	2.762	Francia	79,4	Portugal	719,5	Canadá	5,4
Países Bajos	2.775	Canadá	79,7	Corea	755,4	Nueva Zelanda	5,6
Canadá	2.843	España	79,7	Irlanda	758,8	Corea	6,2
Alemania	2.916	Italia	79,9	Rep. Checa	847,3	EE. UU.	7
Islandia	2.948	Suecia	79,9	Polonia	888,2	Hungría	7,2
Noruega	3.616	Australia	80	México	927,7	Polonia	7,5
Suiza	3.649	Suiza	80,4	Rep. Eslovaca	942,1	Rep. Eslovaca	7,6
Luxemburgo	3.729	Islandia	80,5	Hungría	1.009,2	México	21,4
EE. UU.	5.287	Japón	81,8	Turquía	n. d.	Turquía	39,4

* Gasto sanitario per cápita (dólares ajustados por poder adquisitivo).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2005 y estimación propia.

Los datos se han obtenido de la publicación Eco-Salud OCDE 2005 (1) y se refieren al año 2002 –último año en el que se dispone de información suficiente–, se extienden a todos los países de dicha organización y muestran una notable disparidad internacional entre sus extremos: desde 467 \$ en Turquía hasta 5.287 \$ en EE. UU., lo que supone un múltiplo de 11 a 1 a pesar de los ajustes realizados.

Por el nivel de gasto sanitario parecen distinguirse tres grupos de países: uno se extiende desde Turquía a la República Checa y comprende países con un desarrollo menor dentro del área; otro grupo abarca desde España hasta Islandia; y el último incluye Noruega, Suiza, Luxemburgo y, alejado de todos, EE. UU., grupo de países de elevado grado de desarrollo comparativo.

Parece evidente que las cuantías de gasto sanitario están, de alguna forma, ligadas a los niveles de desarrollo económico, lo que ha confirmado rigurosamente la doctrina. Pero ése no es el motivo del análisis, se trata de estimar la relación entre gasto sanitario y nivel de salud. ¿Existe una relación directa entre la evolución de dichos conceptos? Veamos.

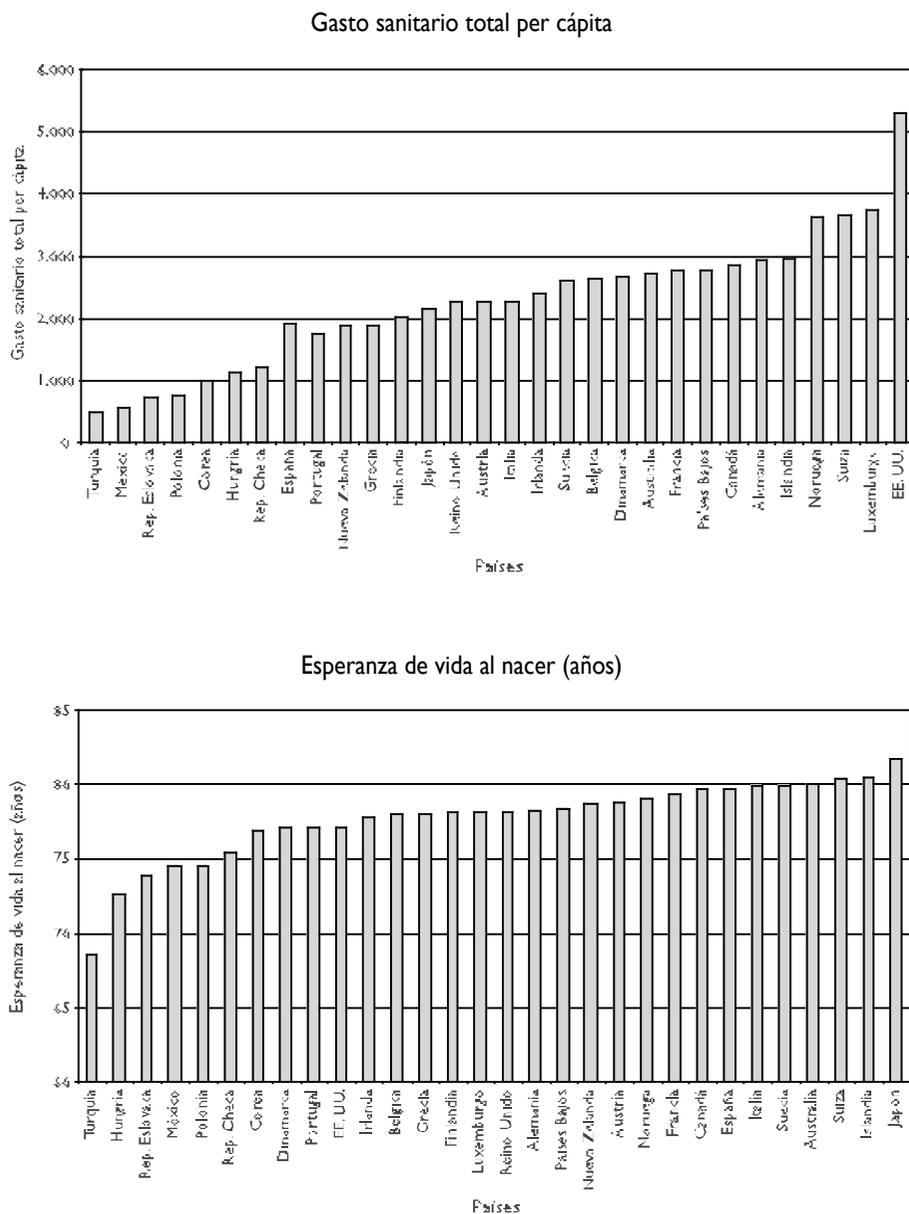
LA EVOLUCIÓN INTERNACIONAL DEL NIVEL DE SALUD. INDICADORES

Consideración doctrinal. Indicadores

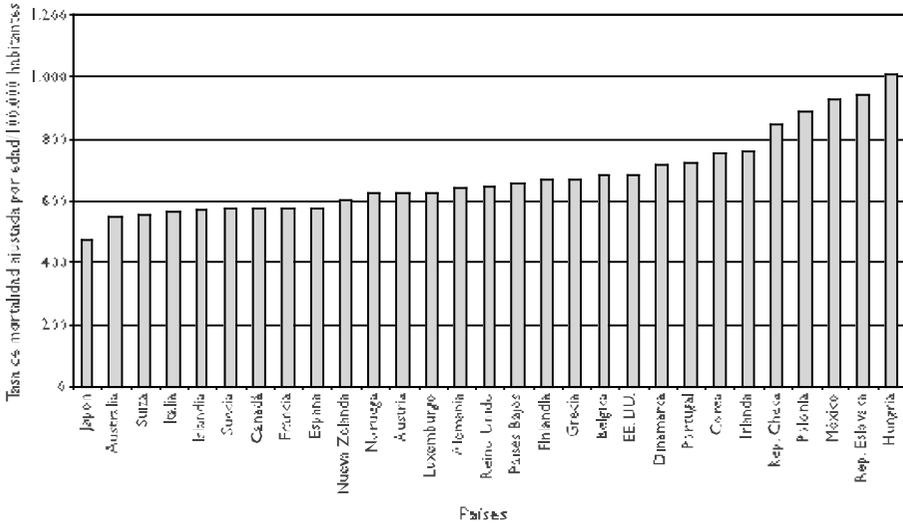
La comparación de los niveles de salud de los distintos países constituye un empeño con evidente utilidad al que contribuyen tradicionalmente tanto la doctrina como las autoridades sanitarias nacionales y los organismos supranacionales. Cada país, en efecto, mide su nivel de salud a través de los indicadores que elige, a fin de evaluar los progresos que realiza y comparar su situación con los países que toma como referencia.

Sin embargo, las comparaciones internacionales de niveles de salud, respecto a las que se está llevando a cabo un continuado y creciente esfuerzo, componen todavía un panorama inacabado que choca con diversos obstáculos de importancia resueltos sólo parcialmente. Tales obstáculos se asocian a la cantidad y calidad de los indicadores utilizados, áreas relacionadas entre sí.

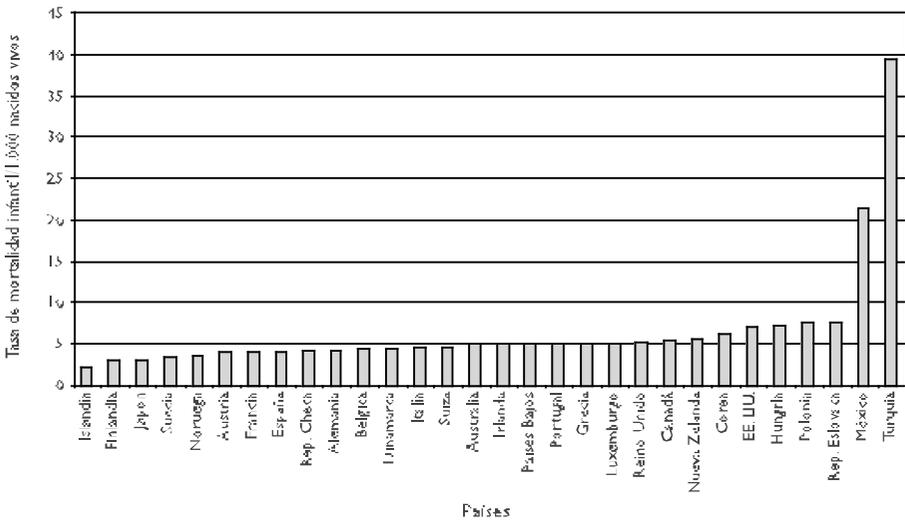
FIGURA I. Gasto sanitario per cápita (\$ APA) e indicadores de salud. Países de la OCDE. 2002.



Tasa de mortalidad ajustada por edad/100.000 habitantes



Tasa de mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos



Fuente: Eco-Salud OCDE.

En primer lugar, estas comparaciones se efectúan con ayuda de una panoplia de indicadores que cubren con precisión creciente, pero no total, sus campos de medida. Pensemos en la tasa de mortalidad, parámetro considerado tradicionalmente por la doctrina como el indicador más objetivo del nivel de salud de una población.

Ciertamente, no hay mucho que discutir acerca de su objetividad, pero sí sobre su capacidad de medir eficazmente el nivel de salud por cuanto deja fuera de consideración todo el conjunto de afecciones no mortales, que comprende la mayoría de las alteraciones de la salud que cualquier persona sufre a lo largo de su vida. Se muere sólo una vez pero se enferma muchas veces, por lo que la medición del nivel de salud desde las circunstancias de aquel evento constituye un enfoque evidentemente insatisfactorio.

La tasa de mortalidad mide precisamente eso, la mortalidad, no la salud, ya que excluye la consideración de la morbilidad; por esta razón, la doctrina ha venido utilizando en paralelo otros indicadores derivados, como la tasa de mortalidad de las personas menores de cierta edad (por ejemplo, 75 años), por creerla más cercana al nivel de salud general de una población.

Idénticas consideraciones pueden aplicarse a otros dos indicadores de utilización general en la medición de la salud: la esperanza de vida y los años potenciales de vida perdidos (APVP). Los cálculos de estos otros indicadores se apoyan también en el concepto de mortalidad; por consiguiente, miden de forma imprecisa los niveles de salud, por lo que, al igual que en el caso anterior, se han elaborado indicadores derivados en conexión con ciertos niveles de edad como, por ejemplo, la esperanza de vida a los 60 años o los APVP a partir de los 75 años.

La tasa de mortalidad infantil, último de los parámetros de aceptación generalizada, se considera por sus características particulares el indicador más cercano al buen funcionamiento de un sistema sanitario, aunque sufra del mismo defecto general apuntado; por este motivo, también ha observado la utilización paralela de derivados suyos, como las tasas de mortalidad neonatal, posneonatal y perinatal.

Los refinamientos descritos, a pesar de que se consideren aproximaciones a una mejor medida de la salud, introducen otras imprecisiones y, al no haber conseguido resolver el problema fundamental, experimentan un uso limitado. Todavía hoy la doctrina reconoce como indicadores más robustos del nivel de salud de una colectividad la tasa de mortalidad –ajustada por edad para comparar diversos colectivos poblacionales–, la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer, indicadores que pueblan corrientemente los anuarios de salud, nacionales o internacionales.

El segundo problema con que se enfrentan las comparaciones internacionales de niveles de salud es la existencia de numerosos indicadores, lo que dificulta la práctica comparativa. Observe mos que, en lo expuesto hasta ahora, hemos descrito ya la existencia de diez de ellos, lo que no constituye sino el prólogo de la amplísima enciclopedia de parámetros de medida acuñados por la doctrina para cubrir los numerosos objetivos de sus investigaciones.

En efecto, imaginemos dos países A y B que desean comparar su nivel de salud, para lo que emplean los tres indicadores generales antes señalados. Supongamos que A aventaja a B un 5% en el primer indicador y un 7% en el segundo, mientras que está por detrás de B en el tercer indicador un 11%. ¿Qué podemos deducir de la comparación? Que el país A aventaja al B en dos indicadores y el B al A en uno, siendo aquellas ventajas menores que ésta. Exactamente, nada definitivo.

Ésas son las conclusiones derivadas del rigor, aunque una observación atenta de la realidad enseña que también caben otras. El país A podría pretender haber alcanzado mejores niveles de salud que el B al aventajarle en dos de los tres indicadores empleados, y el B pretender lo contrario y argumentar que disfrutaba de la mayor ventaja registrada en los indicadores, aunque lo más probable sería que el país A silenciase o descalificase los resultados del tercer indicador y pretendiese el mejor puesto, mientras contemplaba con desesperación que el país B hacía lo mismo con los resultados de los indicadores primero y segundo, apropiándose del lide-

razgo. La ausencia de rigor permite aún otras conclusiones en las que no se entrará por mor de la brevedad y que quedan a la fantasía del propio lector.

Para superar el problema de la multiplicidad de indicadores de salud se ha venido caminando en dos direcciones. Por un lado, se ha intentado ponderar los resultados de cada uno de ellos y construir un índice sintético que permita sin dificultad la comparación entre países. La aparente resolución del problema no hace sino transferirlo a la determinación del peso de cada uno de los indicadores, maniobra siempre subjetiva y con influencia a veces desastrosa en los resultados obtenidos, tal como se pudo constatar en la consideración del segundo mito de este trabajo.

Otra vía de solución del problema es la construcción de un indicador más cercano al concepto de salud que incluya tanto la mortalidad como la morbilidad de un colectivo. En este camino se han derrochado innumerables esfuerzos por parte de distintas organizaciones y expertos; en la actualidad, parece que se ve la luz del final del túnel con el desarrollo de los indicadores de esperanza de vida libre de incapacidad o ajustada por discapacidad (EVLI o EVAD), empeño iniciado hace ya más de 40 años, enunciado con sus actuales perfiles por Sullivan en 1974, y desarrollado en las décadas de los 80 y los 90 a través de grupos de expertos y esfuerzos nacionales paralelos.

La utilización de la EVLI en el estudio de carga de la enfermedad contribuyó a su asentamiento doctrinal, y su empleo como indicador básico para las comparaciones internacionales de salud en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, de la OMS, constituyó su puesta de largo, con resultados negativos comentados en detalle al considerar el segundo mito de este trabajo (2).

La responsabilización preferente de otros factores en dicho fracaso ajenos al concepto llevó a la OMS a mantenerlo en la panoplia instrumental de su Encuesta Mundial de Salud, y la Comunidad Europea lo seleccionó en 2004 como uno de sus indicadores estructurales. Para su determinación, bajo el título de años de vida saludable

(AVS), la UE creó en 2005 un grupo de trabajo *ad hoc* que, mediante numerosas hipótesis aún por contrastar y por homologar con los esfuerzos de otras organizaciones, ha producido ya datos de nueve años (1995-2003) y una serie más completa de cinco años (1999-2003) relativa a los 15 países de la UE, excepto Luxemburgo, que aparece en Eurostat (3).

El carácter aún no definitivo de los cálculos de AVS y la escasez de datos elaborados nos llevan a mantener como indicadores que utilizaremos en este análisis los tres parámetros de aceptación general: la tasa de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer.

Niveles internacionales de salud

La evolución comparada en los países de la OCDE de los tres indicadores de salud elegidos, en los años que se indican, está descrita en la Tabla I y en los gráficos de la Figura 1 antes examinados.

Como puede apreciarse, la situación comparativa de la esperanza de vida al nacer es más homogénea entre países que la de los otros dos indicadores, lo que evidencia la mayor inercia a la mejora con respecto a las diferencias de gasto sanitario per cápita antes descritas. La distancia entre el país mejor situado y el peor sólo alcanza 13 años, lo que supone menos de un 20%, frente al múltiplo 11 a 1 observado en el gasto sanitario.

En el otro extremo, la tasa de mortalidad infantil registra las mayores discrepancias entre países, que se atenúan al eliminar la consideración de México y Turquía, y deja paso a una evolución entre países más cercana a la de la esperanza de vida o a la tasa de mortalidad general. En efecto, la discrepancia contemplada entre el país mejor situado y el peor alcanza un múltiplo cercano a 18, valor que se reduce a 3 si eliminamos la consideración de México y Turquía.

Finalmente, la evolución internacional de la tasa de mortalidad general se sitúa entre la de los otros dos parámetros escogidos, y muestra un múltiplo de 2 entre el país mejor situado y el peor.

En todo caso, y con la excepción de los *outsiders* en la tasa de mortalidad infantil, México y Turquía, no parece *a priori* que las amplias diferencias reflejadas en el gasto sanitario per cápita se trasladan a los gráficos comparativos de nivel de salud, que observan modificaciones más atemperadas. Ello sustenta la vigencia internacional de la paradoja que comentamos. Veámoslo en detalle.

GASTO SANITARIO Y NIVELES DE SALUD

Un juicio preliminar sobre la inexistencia de correspondencia espacial entre gasto sanitario y niveles de salud se apoya en el análisis del contenido de los gráficos de la Figura 2, que describen la relación entre ambos conceptos y consideran por separado los resultados relativos a los países de la OCDE y los de Europa. Posteriormente, terminaremos el análisis considerando las aportaciones de la doctrina.

Así, los datos referentes al conjunto de la OCDE revelan, en una primera aproximación, que los países con mayor gasto sanitario per cápita poseen mejores niveles de salud, sea cual sea el indicador elegido. Sin embargo, la correlación entre ambos conceptos es débil en términos estadísticos; la medida de ésta (R^2) se sitúa en valores de 0,361 para la esperanza de vida al nacer, de 0,421 para la tasa de mortalidad, y de 0,2 para la tasa de mortalidad infantil.

La débil correlación encontrada dentro de la OCDE entre el gasto sanitario y los tres indicadores de salud elegidos parece derivar de la existencia de dos subgrupos de naciones que muestran resultados heterogéneos entre sí, aunque consistentes dentro de cada uno de ellos. Uno está formado por siete países (Turquía, México, República Eslovaca, Polonia, Corea, Hungría y República Checa) y el otro por los restantes. Aquél comprende los países con un nivel de gasto sanitario menor, alejado del nivel de los países del segundo subgrupo, y sus resultados de salud aparecen también descolgados con respecto a los de éste, sea cual sea el indicador de salud que observemos.

Si consideramos exclusivamente los 15 países de la UE, reflejo del segundo subgrupo, encontramos que la correlación entre gasto y

nivel de salud es todavía más reducida o inexistente, al aparecer valores de relación negativos en la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil, y positivos, aunque de muy reducida significación y entidad en la tasa de mortalidad.

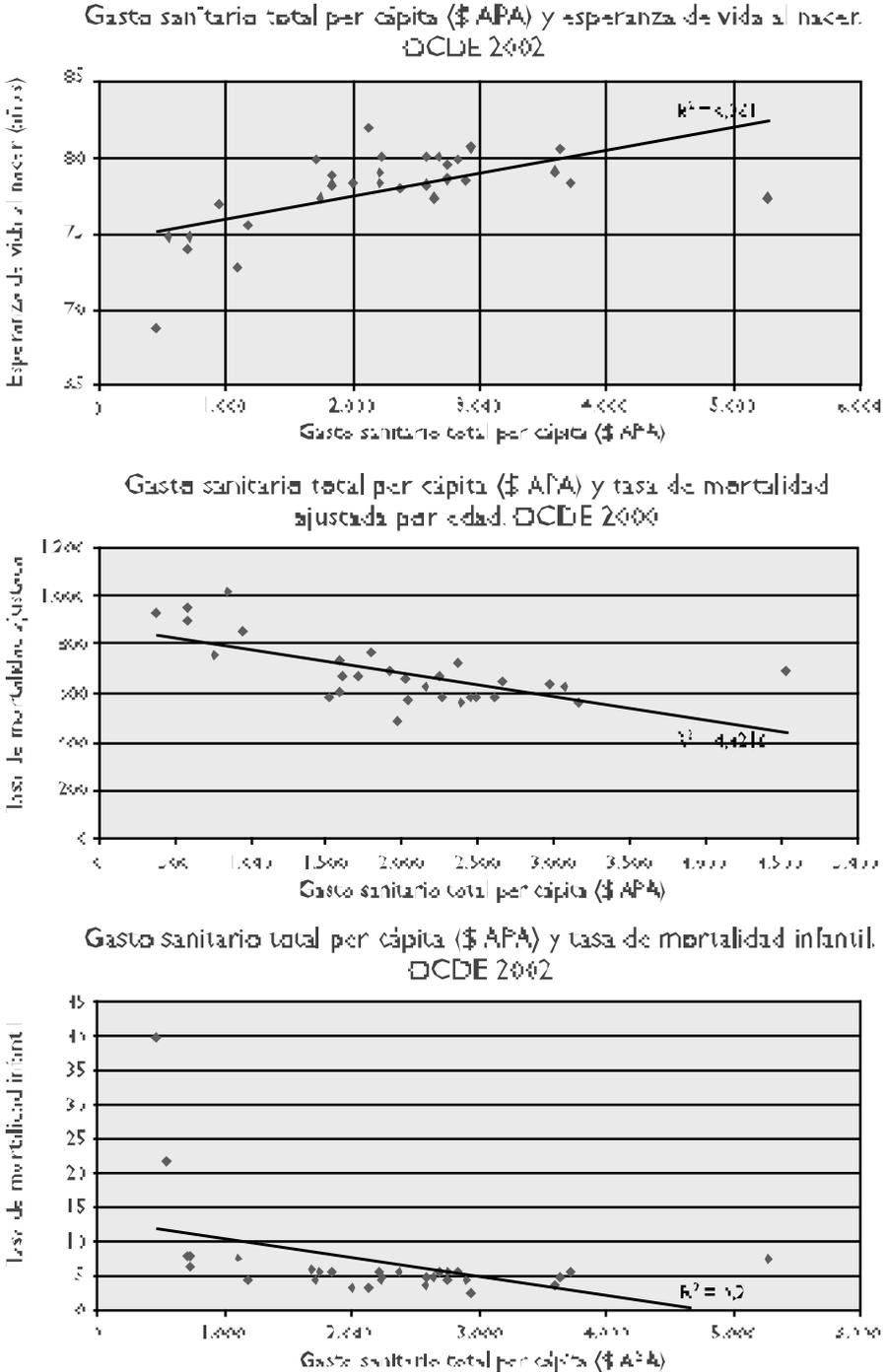
De lo expuesto se concluye que la relación encontrada entre gasto sanitario y nivel de salud es débil estadísticamente e inexistente en los países situados en un estadio superior de desarrollo, entre los que se encuentra España. En este último conjunto se dispersan los valores de gasto y nivel de salud de tal forma, que existen países con mejor salud y menor gasto, y viceversa, desapareciendo la relación entre ambos conceptos.

Se confirma, así, lo expuesto en el análisis del segundo mito, en el que la posición de los autores del Informe 2000 de la OMS, que vincularon de manera prácticamente matemática el gasto en sanidad con los resultados en salud, fue virulentamente rechazada por una mayoría doctrinal crítica para los que predominaba el efecto de los factores ajenos al sistema, tal como examinaremos más adelante.

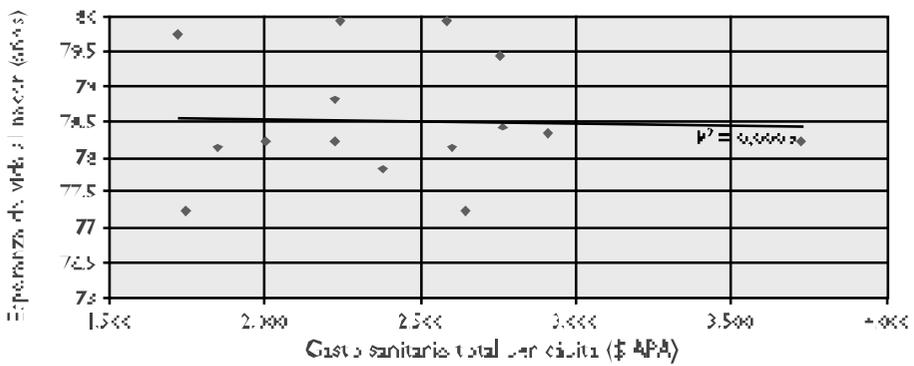
Afirmaciones tan categóricas contenidas en el Informe, como atribuir que Suecia tenga mejor salud que Uganda al hecho de gastar “35 veces más per cápita en servicios médicos” o concretar que “con un gasto en servicios médicos de 12 \$ por persona se eliminaría un tercio de la morbilidad en el mundo”, fueron rechazadas taxativamente por sus críticos, que denunciaron el error que suponía asumir “que la causa mayor del nivel de mortalidad y morbilidad de un país eran las intervenciones del sector sanitario”, para lo que “existe gran cantidad de evidencia ignorada en el Informe”.

Un resumen de dicha evidencia es expuesto por Evans, quien, tras un amplio análisis de la literatura europea y norteamericana, afirma: “En consecuencia, se tiene la percepción de que el muy aumentado flujo de recursos hacia la asistencia sanitaria carece de impacto medible –y, en algunos casos, de todo impacto– sobre el estado de salud” (4). Con ello, expone una visión más categórica que la que ofrecemos en el análisis empírico que hemos presentado y elimina cualquier resquicio de duda.

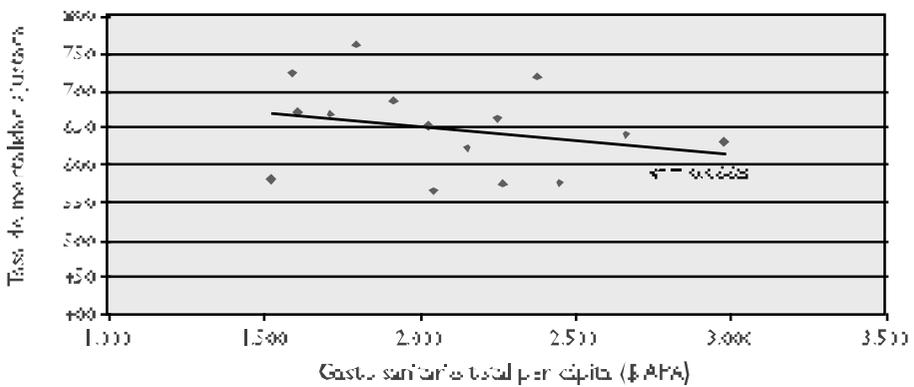
FIGURA 2. Gasto sanitario y niveles de salud. OCDE y EU-15.



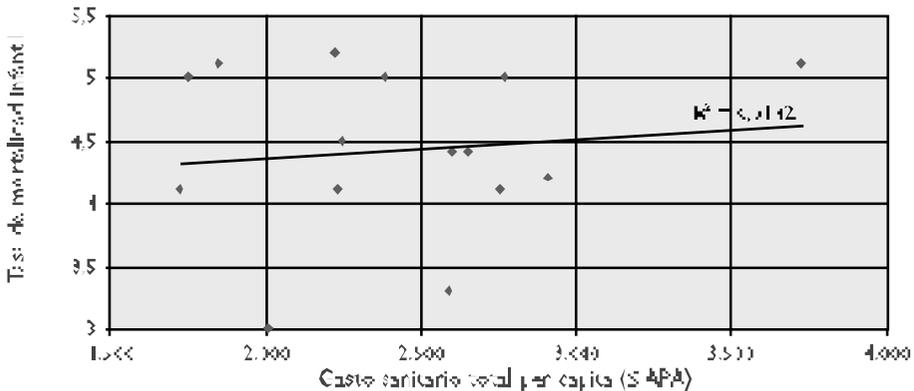
Gasto sanitario total per cápita (\$ APA) y esperanza de vida al nacer.
EU-15 2002



Gasto sanitario total per cápita (\$ APA) y tasa de mortalidad ajustada por edad. EU-15 2000



Gasto sanitario total per cápita (\$ APA) y tasa de mortalidad infantil.
EU-15 2002



Fuente: Eco-Salud OCDE.

En el mismo sentido, las conclusiones de Culyer (5), uno de los más acreditados analistas internacionales del gasto sanitario, son todavía más contundentes, declara: “No existe ninguna conexión demostrable entre las variaciones internacionales en el estado de salud y las variaciones en el gasto sanitario”.

De lo expuesto se deduce que los resultados del análisis internacional comparado, reforzados por las conclusiones de la doctrina, permiten atestiguar la vigencia espacial de la paradoja, ya que ofrecen una evidencia sólida sobre la inexistencia de relación entre las diferencias de gasto sanitario entre países y sus divergencias en nivel de salud.

EL ANÁLISIS TEMPORAL. JUICIOS DOCTRINALES

Todo parece indicar que la razón de la inexistente relación entre gasto y salud encontrada como resultado del análisis espacial puede radicar en que el gasto sanitario no está solo en la producción del nivel de salud de una colectividad, sino acompañado por otros factores ajenos a él, para cuya búsqueda es preciso recorrer el panorama de esfuerzos de identificación realizados por la doctrina.

Ello significará adentrarse en la sugestiva parcela bautizada como “Determinantes del nivel de salud” y permitirá confirmar de forma categórica los resultados antes ofrecidos, rematando en su aspecto temporal la certidumbre de la vigencia espacial de la paradoja.

Determinantes del nivel de salud

En la segunda mitad del siglo pasado toma cuerpo, tanto en Europa como en Norteamérica, un movimiento de consideración crítica de la relación entre el gasto sanitario y los niveles de salud alcanzados. Habían transcurrido ya dos décadas desde el final de la Segunda Guerra Mundial, a lo largo de las cuales el énfasis por la extensión de la asistencia sanitaria dio paso a una creciente preocupación ante la constante elevación del gasto sanitario, que se intensificó con la crisis económica de principios de los años 70. La doctrina cuestionó la eficacia de los sistemas sanitarios a través de análisis históricos o comparados, y se planteó por primera vez la identificación precisa del papel de los propios sistemas y el de otros factores en el nivel de salud de la población.

No debe extrañar que sea el Reino Unido el país europeo que más aliente el movimiento crítico. Su tradicional inquietud doctrinal por la salud, la madurez de su aparato estadístico sanitario y la incredulidad sobre la eficacia del *National Health Service* (NHS) cristalizan en diversas aportaciones, entre las que destaca la del médico y demógrafo inglés Mac Keown, tan influyente como para inaugurar una nueva ortodoxia al decir de la literatura (6, 7).

En efecto, habían pasado ya tres décadas desde el visionario establecimiento del NHS que, en la concepción de su inspirador Lord Beveridge, estaba destinado a reducir el nivel inicial de enfermedad en función de su gratuidad, con lo que el nivel de gasto primero se estabilizaría y luego descendería al mejorar la salud de la población. Sus previsiones económicas fallaron estrepitosamente, y la incredulidad inicial dio paso a una posición de creciente crítica y necesarios análisis.

En ese clima, es trascendente la aportación de Mac Keown –profesor de Medicina Social en la Universidad de Birmingham–, por cuanto demostró con éxito que la Medicina había jugado un papel solamente secundario en el aumento de los niveles de salud desde principios del siglo XIX en el Reino Unido, fruto más bien de la limitación del tamaño de las familias, mejoras en la nutrición de la población y medidas de higiene, por delante del efecto de las medidas sanitarias preventivas y terapéuticas, que en la apreciación doctrinal habían pretendido monopolizar los méritos sanitarios de la época de la *Big Medicine*.

Mac Keown concentró sus análisis en valorar la contribución de las vacunaciones y otras terapias al control de las 16 enfermedades infecciosas más importantes, motivo principal de la reducción de la mortalidad durante el largo periodo que se inició con la certificación de las causas de fallecimiento a partir de 1838 hasta 1970.

Mostró, en efecto, que la mortalidad por tuberculosis había descendido un 90% antes de la introducción del primer tratamiento efectivo, la estreptomina, en 1947; al igual que antes del uso de sul-

famidas en 1938, la mortalidad por tosferina había caído casi el 100%, la mortalidad por escarlatina el 90%, o el 82% antes de la aplicación de fármacos en 1935 previos a la vacuna contra el sarampión. Sus conclusiones fueron demoledoras al señalar que las vacunaciones y tratamientos contribuyeron poco a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas antes de 1935, fecha en que se introdujeron las sulfamidas y posteriormente los antibióticos, y en el periodo desde 1838 fueron mucho menos importantes que otras influencias.

La aportación de Mac Ke own fue definitiva: situó a otros factores junto al sistema sanitario –y textualmente por delante– en la elevación del nivel de salud de la población en un plazo de más de un siglo, si bien reconoció la influencia de éste en todo el periodo. Apuntó la naturaleza de dichos factores y dirigió el análisis hacia su identificación, por lo que abrió el camino sin alcanzar profundidad en la consideración de los determinantes del nivel de salud, honor que corresponde a una publicación canadiense, hijuela prácticamente contemporánea de los trabajos de Mac Keown: el Informe Lalonde.

Posiciones críticas paralelas a las británicas florecieron, asimismo, en los EE. UU., que observaban un porcentaje de gasto sobre el PIB tradicionalmente mayor respecto de los países europeos, junto con indicadores de salud peores. La situación subió de tono en 1972, cuando superó también en gasto/PIB a su vecina Canadá, país que contaba con un sistema de corte europeo y mejores resultados en salud. La investigación sobre las causas del desequilibrio comentado se aceleró en los EE. UU., lo mismo que en Canadá, que analizó satisfecha las razones de su éxito.

Sin embargo, no es la doctrina estadounidense sino la Administración sanitaria canadiense la que ofrece una respuesta convincente a las inquietudes planteadas mediante la publicación en 1974 de un documento de trabajo de su Ministerio de Salud y Bienestar denominado *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, firmado por su titular Marc Lalonde, informe que desde entonces se conoce por su nombre (8).

El Informe Lalonde posee una reducida dimensión (76 páginas), pero un denso contenido que desarrolla en 12 capítulos. A lo largo de los mismos expone la visión tradicional de la salud como producto del sistema sanitario, así como la absorción por éste de la mayoría de las inversiones en salud.

Analiza, luego, las limitaciones de dicha visión tradicional con apoyo en las enseñanzas de Mac Keown y en la consideración de los problemas de salud existentes. Posteriormente, realiza una aportación básica derivada de su nueva perspectiva, la definición del **campo de salud**, en el que junto al sistema sanitario aparecen los tres restantes determinantes del nivel de salud de los canadienses detectados empíricamente en el informe: el medio ambiente, los hábitos de vida y la biología humana, presidida por las circunstancias genéticas.

La conclusión del Informe Lalonde es reveladora: "No cabe duda de que la visión tradicional que equipara la salud con la disponibilidad de médicos y hospitales es inadecuada. Por bueno que sea nuestro sistema sanitario, las ganancias futuras en salud se deben apoyar preferentemente en la mejora del medio ambiente, la moderación de los hábitos de vida y el desarrollo de nuestro conocimiento de la biología humana".

Tras reclamar acertadamente el perfeccionamiento de los indicadores utilizados para medir el nivel de salud de forma que, junto a la mortalidad, consideren también la morbilidad y la incapacidad, el Informe Lalonde denuncia la tradicional aplicación de la práctica totalidad de los fondos sanitarios al sistema; señala la necesidad de prestar mayor atención financiera a los tres nuevos determinantes e invita a proyectar la nueva perspectiva sobre la salud en la exploración de los campos hasta entonces ignorados.

Para una mayoría de la doctrina, el reducido pero enjundioso Informe Lalonde constituye la contribución más sustancial al campo de los determinantes del nivel de salud. Construido sobre la aportación pionera de Mac Keown, amplía notablemente su campo de visión y abre el camino, a su vez, a ulteriores desarrollos. No en

vano, y a pesar de haber transcurrido más de 30 años desde su publicación, sigue siendo mencionado en las más prestigiosas clasificaciones de determinantes.

Una tercera y última etapa en la caracterización de los determinantes del nivel de salud de una colectividad enmarca la consideración de los factores socioeconómicos, lo que supone el desarrollo en detalle de aportaciones anteriormente descritas, así como adiciones a la lista de determinantes visitados hasta ahora.

Las aportaciones pioneras en esta etapa se asocian a las continuadas investigaciones de M. G. Marmot sobre la salud de los funcionarios públicos ingleses, publicadas a partir de 1976 (9). En ellas se apoyó el informe más conocido sobre la relación entre salud y clase social: el *Black Report* (10), referido a la población británica total. Ambos mostraban la existencia de importantes diferenciales en salud a medida que descendía el estatus socioeconómico.

Marmot investigó inicialmente la relación entre grado de empleo, factores de riesgo y mortalidad por enfermedades coronarias, a lo largo de siete años y medio sobre 17.530 funcionarios residentes en Londres. Encontró una relación inversa entre grado de empleo y mortalidad coronaria, alcanzando ésta un múltiplo de 3,6 entre los grados de empleo inferior (mensajeros) y superior (administradores).

La relación inversa se mantenía descontando los efectos de la mayor incidencia en aquéllos de determinados factores de riesgo, como tensión arterial, peso, consumo de tabaco, azúcar en sangre y menor actividad física. La investigación en otras áreas de enfermedad llevada a cabo posteriormente reprodujo los resultados, lo que confirmó el *Black Report* en su base poblacional más amplia.

Tanto el Informe Lalonde como el *Black Report* son considerados en la literatura como las raíces directas de los esfuerzos contemporáneos para identificar los determinantes sociales de las desigualdades en salud, camino recorrido por la doctrina en numerosos países, entre los que se encuentra España.

En el campo de los determinantes sociales, junto a los informes pioneros citados, aparecen numerosas aportaciones de la doctrina (Evans, Wilkinson, Tarlov, Mackenbach), esfuerzos de los gestores públicos de diversos países europeos, principalmente Suecia y Reino Unido, o más lejanos como Australia, Canadá o Nueva Zelanda, así como declaraciones de instituciones internacionales que llaman la atención sobre la influencia en la salud de los factores socioeconómicos.

Entre éstas cabe destacar a la OMS (11, 12) que, en su agenda “Salud para todos” reforzada por las conclusiones de la Conferencia de Alma-Ata en 1978, resalta la necesidad de enfrentarse a las causas económicas, políticas y sociales subyacentes en la mala salud. También destaca la ONU, con los “Ocho objetivos de desarrollo para el milenio” adoptados en 2000, de los que tres están relacionados con la salud infantil, la salud maternal y el control de enfermedades epidémicas, y los otros cinco influyen en ella: reducción de la pobreza y el hambre, educación, promoción de la mujer, protección medioambiental y sistema equitativo de comercio global.

En la actualidad, en la OMS funciona la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud para avanzar en su conocimiento, gestión y homogeneización entre países, y para lo que visibiliza los cambios sociales que influyen en los niveles de salud; mientras que las iniciativas adoptadas en los distintos países manejan los determinantes apropiados para los objetivos perseguidos. Así, la OMS ha documentado la evidencia recogida sobre renta, estatus social, educación, género, vivienda, empleo y condiciones de trabajo, cultura y redes de apoyo social.

Las definiciones más sintéticas de la panoplia de determinantes adoptan una visión cuasi orteguiana, por cuanto diferencian los relativos al hombre y a su circunstancia. En la primera parcela, agrupan las características individuales (genética, biología, género) y las de conducta (nutrición, actividad física, tabaco, alcohol, droga, higiene, manejo del estrés). En la segunda, distinguen entre el medioambiente físico (agua y aire limpios, puestos de trabajo, viviendas, comunidades y carreteras saludables) y el medioambiente socioeconómi-

co (renta, estatus social, educación, empleo, cultura, redes de apoyo social). Todo ello, junto al sistema sanitario.

En conjunto, esfuerzos diversos han venido a caracterizar una creciente gama de determinantes de la salud, cuyo mensaje más poderoso es la existencia de multitud de ellos extramuros del sistema sanitario, que queda ubicado en la actualidad como uno más entre todos. Al igual que en el campo de los indicadores, se posee una visión cada vez más amplia de los factores en juego que identifica con mayor comprensión las múltiples facetas del concepto de salud.

La existencia de tan numerosos determinantes del nivel de salud extramuros del sistema sanitario que hemos documentado, las poderosas evidencias cuantitativas presentadas y los juicios de la doctrina apoyan unánimemente la vigencia temporal de la paradoja, por cuanto muestran que las variaciones del nivel de salud a lo largo del tiempo, no sólo no dependen de la evolución del gasto sanitario, sino que dependen predominantemente de la acción del abundante resto de determinantes, ajenos al sistema sanitario.

Enfoque contemporáneo

Una de las características más atractivas de la Economía de la Salud es su deslumbrante vitalidad. En su seno aparecen continuamente nuevos enfoques que permiten reconocer mejor parcelas de la salud insuficientemente visitadas, o bien explicar de forma más eficaz y comprensible fenómenos sanitarios incompleta o erróneamente presentados.

Los importantes avances de la ciencia médica se acompañan siempre de su aceptación o crítica desde el campo de la economía sanitaria, que proyecta permanentemente una luz especializada pero vivificadora sobre el campo de la salud, en un panorama de inexorable acercamiento entre ambas disciplinas. La doctrina económico-sanitaria, por su juventud y empuje, muestra una atractiva ebullición que ofrece a sus partícipes posibilidades de disfrute difícilmente igualadas en otras ramas de la ciencia.

No hace aún un año se organizó en Barcelona la celebración simultánea del xxv aniversario de la Asociación de Economía de la Salud Española y la reunión anual de la Asociación Internacional de Economía de la Salud, en la que se pudo escuchar el alegato de un joven e ilustre profesor, David Cutler, decano de Ciencias Sociales de la Universidad de Harvard, reconocido autor de numerosas publicaciones y colaborador principal en su día del no nato Plan de Reforma Sanitaria del presidente Carter.

Cutler milita en la rama de la doctrina económico-sanitaria preferentemente preocupada por la eficiencia de los sistemas sanitarios (*value for money*), en la que desarrolla una innovadora visión que rechaza la “sabiduría convencional” antes retratada. Postula, en cambio, una refrescante consideración contemporánea de la escena sanitaria; enfoca su visión hacia los niveles de salud y las modificaciones ocurridas en el sistema sanitario norteamericano en las últimas décadas, y posterga el examen de lo ocurrido en el siglo xix y primera parte del xx propio de los anteriores análisis, lo que le dota de un mayor realismo, ya que utiliza datos actuales para sustentar sus diagnósticos de la situación actual.

Frente a las visiones críticas sobre el exceso de gasto sanitario y el reducido valor de la asistencia sanitaria que antes hemos reflejado, que ejercieron un influjo mayoritario hasta la entrada del siglo actual, Cutler encabeza posiciones hasta ahora dispersas al realizar una novedosa aportación que abre prometedores caminos. Se plantea: “¿Es rentable la medicina actual?”; y responde: “La sabiduría convencional afirma que no, pero mi respuesta es, enfáticamente, que sí” (13, 14).

Su trabajo analiza la evolución temporal del gasto sanitario y la de los principales indicadores de salud norteamericanos, y evidencia una doble limitación de la “sabiduría convencional”. Por un lado, su enfoque incompleto; critica el evidente exceso de gasto sanitario en EE. UU. sin determinar cuál es la fracción adecuada y cuál no, por no estar diseñados con ese enfoque. Admite que mucha asistencia prestada no es necesaria, señala que la mayoría de aquélla es valiosa y rechaza la generalización de falta de rentabilidad

aplicada a todo el sistema. Por otro lado, actualiza el periodo de análisis a los últimos 50 años, en los que han concurrido las mejoras sanitarias que iluminan actualmente el sistema, se ha modificado trascendentalmente la situación sanitaria, y el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB ha crecido desde un insignificante 4% hasta el 14%.

Cutler enfoca su trabajo seminal contemplando la actividad sanitaria desde dos patologías concretas: enfermedades cardiovasculares y nacimiento de niños de bajo peso, en las que la mortalidad en el periodo citado ha descendido sustancialmente. Presenta, luego, una generalización al conjunto del sistema sanitario.

En las dos áreas elegidas compara los gastos asistenciales incurridos, basados en datos empíricos, con el valor de la vida añadida. Calcula ingeniosamente el mismo a partir de cierta preferencia revelada por la población, la cuantía que está dispuesta a pagar por el airbag de su automóvil, combinada con la mortalidad por accidentes de tráfico, con lo que se aleja del enfoque económico tradicional que valora la vida por los ingresos generados a lo largo de ella. El resultado obtenido no se aleja de los cálculos del valor de la vida ofrecidos por otros colegas en investigaciones con objetivos diferentes.

Los resultados del balance entre el valor de los años ganados y el coste de la asistencia son abrumadores en ambas patologías: 4 a 1 en la enfermedad cardiovascular, y 5 a 1 en los nacimientos de bajo peso; niveles esperados por el autor ante la reconocida eficacia de la asistencia sanitaria en dichas áreas, muy superior a la desplegada en el resto de patologías, lo que le lleva a responder positivamente a la cuestión básica que preside el trabajo y que antes hemos mencionado, aunque el avance técnico haya incrementado el nivel de gasto: "Gastamos más, pero el beneficio es todavía superior".

David Cutler se pregunta luego si dichos resultados son generalizables al resto del sistema, teniendo en cuenta que el valor neto esperado del avance técnico en los dos casos estudiados es particu-

laramente elevado, y responde llanamente: “Sin más análisis, no puedo contestar aún a esa pregunta”.

A pesar de su prudencia, el autor deduce una poderosa conclusión; calcula que el avance médico en las dos enfermedades consideradas es responsable de tres de los diez años que la esperanza de vida al nacer ha avanzado en los últimos 50 años, con lo que el valor actual del avance médico en las susodichas dos áreas equivale al entero aumento del gasto sanitario en el mismo periodo. En consecuencia, si el resto de la asistencia sanitaria ha tenido en el periodo un valor positivo –y seguramente lo ha tenido, afirma Cutler–, el avance técnico ha sido rentable.

Aunque el análisis de Cutler sea aún incompleto, puesto que se refiere a una parcela reducida del sistema –que posteriormente ha ampliado– sin contemplar la totalidad del mismo, hay que reconocer que avanza por un camino firme que se caracteriza por tres apreciables valores: la contemporaneidad, frente al anclaje en situaciones ya superadas; la consideración del gasto sanitario junto a la medición de sus beneficios económicos; y la visión “micro” del sistema en detalle frente a las generalizaciones “macro” más capaces de orientar que de ofrecer un diagnóstico fino.

De acuerdo con su metodología de valor, que necesita todavía ampliar su área de comprensión, la novedad del despiece del sistema parece trascendente, ya que supone enfocar la lente del análisis, con lo que puede apreciarse en detalle lo que no alcanzan las visiones generales del *totum revolutum* sanitario. Confirma, en el fondo, la necesidad de visitar al especialista una vez que el médico general ha llegado a la frontera de sus posibilidades de diagnóstico; ¡aunque se deba volver siempre a éste!

Sus conclusiones sobre la rentabilidad de la asistencia sanitaria en las dos patologías examinadas parecen esclarecedoras, lo mismo que su negativa apreciación de la situación actual del cuidado del cáncer. Reivindica con ello una percepción experimentada por todo aquel que se haya acercado al análisis de la sanidad con los ojos abiertos por la objetividad, la existencia de mucha asistencia inne-

cesaria junto a la cabalmente adecuada en cualquier parcela de la sanidad, lo que es además generalizable a cualquier sistema del mundo.

Cutler se une así a la robusta aportación doctrinal realizada por diversos autores pioneros, consolidada por el Instituto de Medicina norteamericano (IOM) en el campo de la medición de la calidad de un sistema sanitario, al categorizar sus defectos en la subutilización, sobreutilización o mala utilización de procedimientos (15), e incidir en la consideración de los cuidados inoportunos, inadecuados o erróneos, ya que los efectos de la actividad sanitaria inadecuada son más aparentes en los EE. UU. que en otras latitudes al amplificarse por un costo muy superior de cualquier acto médico, tal como denuncian gráficamente Anderson y Reinhart: “Son los precios, estúpido...”, aunque estén afectados por otros factores, como la fragmentación de su sistema sanitario (16).

El mensaje de Cutler es diáfano; señala que es preciso distinguir la totalidad de los cuidados de un sistema de sus diversas áreas de actividad e identifica el “valor” de los procesos desarrollados en cada una de éstas. Mientras determinadas parcelas de cuidados aportan resultados económicos positivos, otras constituyen una rémora para el sistema. Tal situación es confirmada por la doctrina cuando denuncia la “brecha” entre la eficacia de las actuaciones sanitarias, correspondiente a sus resultados experimentales, y su eficiencia, derivada de sus efectos reales en la práctica.

Los planteamientos de Cutler han renovado el campo de discusión doctrinal, que vuelve a observar aportaciones innovadoras producidas a buen ritmo. Manteniendo su enfoque se han discutido recientemente sus tesis en el área del infarto de miocardio; se ha evidenciado el resultado positivo de los incrementos del gasto asistencial a lo largo del periodo 1986-2002, si bien se aprecia que a partir de 1996 el balance se revierte al estabilizarse las mejoras en salud a pesar de mantenerse el incremento del gasto, sin que se encuentre, además, vigencia de la positiva relación coste-beneficio a nivel geográfico (17).

La respuesta de Cutler, que no contradice las tesis de sus opositores, eleva en cambio el nivel de consideración de la cuestión; lo desplaza desde el balance regional al más general campo de los incentivos y recomienda ofrecer prioridad al mejor uso de las tecnologías existentes mediante la utilización de los incentivos financieros apropiados frente al comportamiento de proveedores y pacientes (18). Se generaliza, así, la conciencia de la necesidad de balancear los esfuerzos entre el desarrollo de nuevas tecnologías y la mejora en el uso de las existentes (19).

El enfoque contemporáneo aporta, por consiguiente, nuevas perspectivas a la apreciación temporal de la paradoja. Las aportaciones de Cutler ubican, de nuevo, el sistema sanitario en el lugar preferente de la escena, al que le reconoce un decisivo papel en las mejoras de salud observadas en los últimos 50 años por los países contemplados, lejos del rol secundario que la “sabiduría convencional” le atribuía fundadamente en el periodo de los 150 años anteriores.

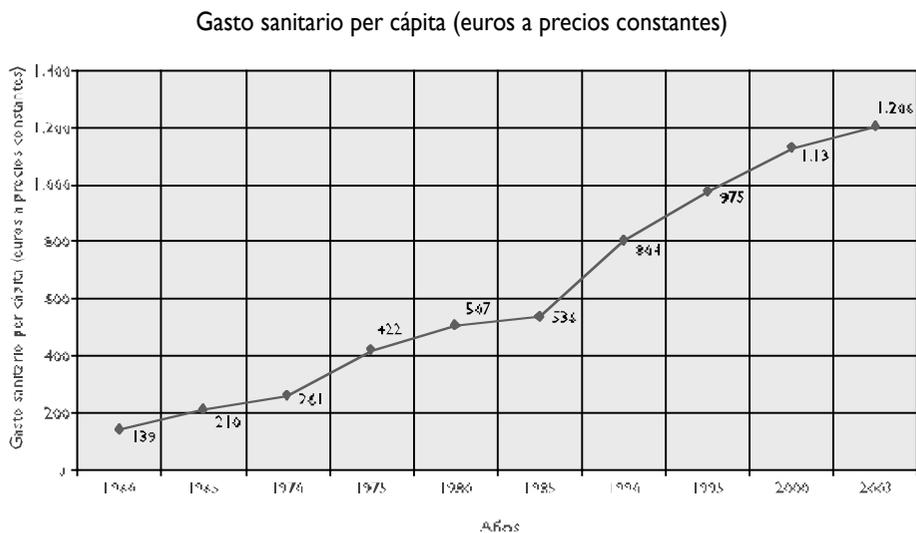
Aporta, además, una visión más cercana de la actividad sanitaria, cuyo despiece –corroborado por las posiciones de sus críticos– enseña que los resultados del análisis muestran con claridad que no toda inversión en sanidad es efectiva, solamente aquellas que pasen la prueba de coste-efectividad, para lo que ofrecen una interesante evidencia cuantitativa. Con ello acreditan la vigencia temporal de la paradoja al certificar que, a lo largo del tiempo, en cualquier sistema sanitario el aumento del gasto sanitario no conduce siempre a mejores niveles de salud.

La situación española. Cifras y doctrina

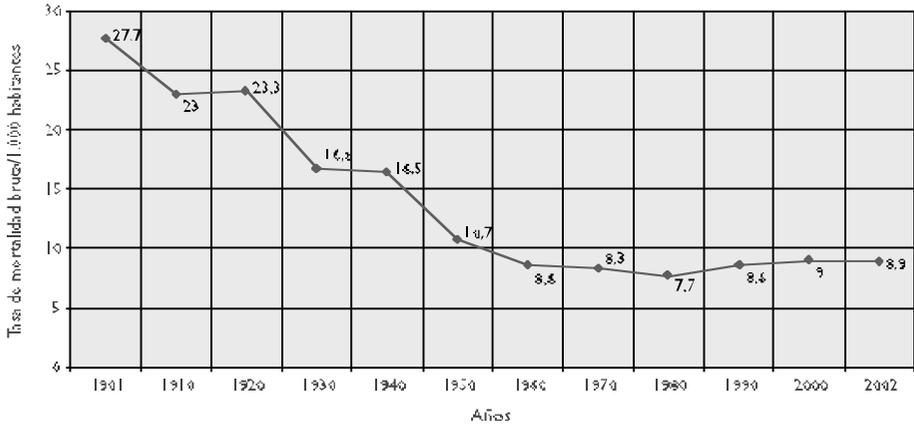
La vigencia temporal de la paradoja mostrada por las doctrinas convencional y contemporánea con carácter de generalidad: ¿con qué perfiles rige en España? Para dilucidarlo, se examinarán las cifras relevantes y las aportaciones recogidas de la literatura española.

Los gráficos de la Figura 3 evidencian la evolución temporal en España del gasto sanitario y los indicadores de salud generales. Para éstos se ha escogido un periodo de observación inusual (desde 1900) que, aunque no pueda ser aprovechado en su totalidad en las com-

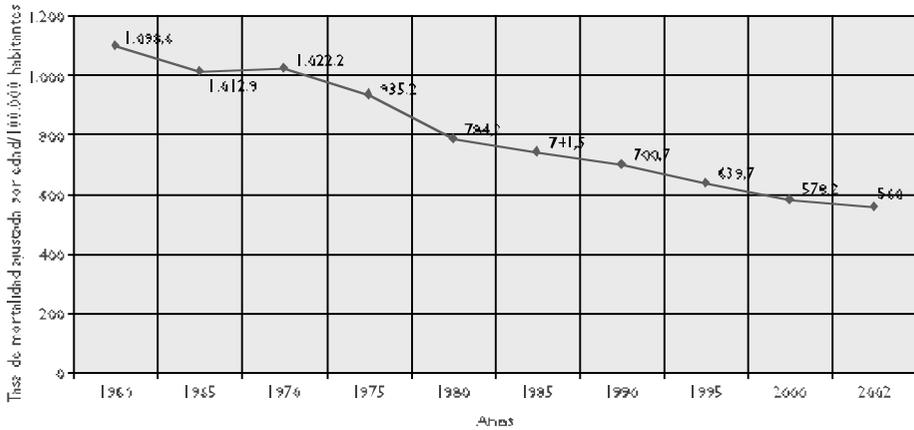
FIGURA 3. Gasto sanitario per cápita (euros) e indicadores de salud, España.



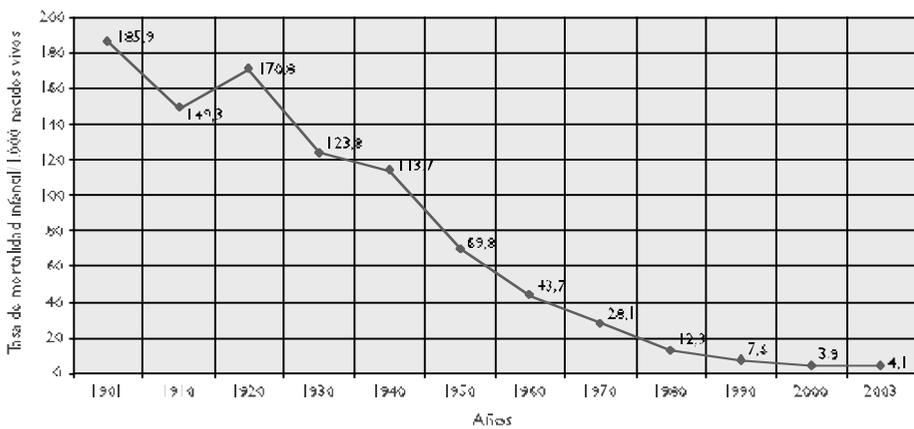
Tasa de mortalidad bruta/1.000 habitantes



Tasa de mortalidad ajustada por edad/100.000 habitantes



Tasa de mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos



paraciones con el gasto sanitario, puede ofrecer un interés suplementario no descartable (20).

El gasto sanitario se ha medido en las cuatro magnitudes relevantes para el análisis: total, para incluir las parcelas pública y privada; per cápita, para descontar el efecto del incremento poblacional; en términos constantes, con objeto de excluir el efecto de la inflación, para lo que se ha utilizado el deflactor del PIB; y en moneda única, a cuyos efectos se ha escogido la actual, el euro. Los datos provienen de Eco-Salud OCDE 2005.

Como puede apreciarse, la evolución del gasto sanitario en los términos expresados muestra un avance continuo a lo largo del periodo observado. La tasa media anual de crecimiento alcanza el 5,4%, cifra que mide el aumento anual de asistencia sanitaria absorbida por el español medio en términos constantes, incluyendo cantidad y calidad. Su nivel es elevado en comparación con los países del entorno español, y revela dos aspectos: la situación de la asistencia sanitaria española era muy endeble al comienzo del periodo, y el esfuerzo sanitario realizado a lo largo del mismo ha sido muy importante y superior al de los países comparados, con cuya situación convergemos.

El continuo avance del gasto sanitario se ha producido a diferentes velocidades a lo largo del tiempo. Las tasas anuales de crecimiento se han situado por encima del promedio durante los quinquenios 1960/65, 1970/75 (que muestra los mayores avances) y 1985/90, discurriendo con velocidades inferiores al promedio en los restantes quinquenios.

Los indicadores de salud examinados evidencian también avances continuados con determinadas características específicas. Así, la positiva evolución de la esperanza de vida al nacer muestra dos discontinuidades: en 1910-1920, a causa del efecto de la gripe de 1918 y la guerra colonial; y en 1930-1940, como consecuencia de la Guerra Civil. Se estructura en tres segmentos alrededor del avance promedio cifrado en 4,4 años por década: uno de avance medio (1900-1940) bajo la influencia de los dos eventos citados, con

3,8 años de ganancia por década; otro de avance acelerado (1940-1960) con 9,9 años de ganancia por década; y, finalmente, otro de crecimiento asintótico (1960-2000) con 2,3 años de ganancia por década.

Las tasas de mortalidad, medidas en fallecimientos por cada 1.000 habitantes, muestran una inesperada evolución a lo largo del siglo. Se estructuran, de la misma forma que la esperanza de vida al nacer, en tres periodos, alrededor de una ganancia media en el siglo de 1,4 fallecimientos/1.000 habitantes por década. El primer periodo (1900-1940) registra un avance medio, bajo la influencia de los tres mismos eventos antes citados, con 2,8 puntos de ganancia por década. El segundo periodo (1940-1960) observa un avance acelerado con 4 puntos de ganancia por década. Finalmente, el más reciente (1960-2000), en vez de una mejora asintótica, registra un empeoramiento de 0,1 puntos/década.

La sorprendente secuencia registrada por la tasa de mortalidad bruta española posee dos razones explicativas: la transición epidemiológica y el envejecimiento de la población; el tercer periodo muestra que dura ya más de 40 años una inesperada falta de flexibilidad del sistema sanitario español que no es capaz de superar los efectos del envejecimiento, lo que nos separa de la mayor parte de los países europeos.

A fin de eliminar la incidencia del envejecimiento, los gráficos de la Figura 3 ofrecen, asimismo, la evolución de la tasa de mortalidad ajustada por edad, que muestra una evolución a la baja sostenida durante todo el plazo del que se disponen datos (1960-2002), coincidente con el tercer periodo antes señalado. La disminución del 50% registrada en el mismo periodo pone de manifiesto el esfuerzo realizado por el sistema sanitario español que, aun así, no logra compensar los efectos del envejecimiento, tal como hemos visto anteriormente.

La tasa de mortalidad infantil, finalmente, muestra un perfil de mejora con rasgos tomados de la evolución de los dos indicadores analizados anteriormente y otros propios. Así, el impacto negativo de

los tres eventos adversos individualizados se reduce a sólo uno a lo largo de la década 1910-1920, y la fisonomía del descenso, alrededor de la mejora promedio de 18,2 puntos/década, se escinde también en tres etapas: una primera de intensidad media (1901-1940), con una mejora semejante al promedio del siglo; otra de evolución acelerada (1940-1960), con un ritmo casi el doble del promedio secular; y una última (1960-2000), con un ritmo casi la mitad del promedio del siglo.

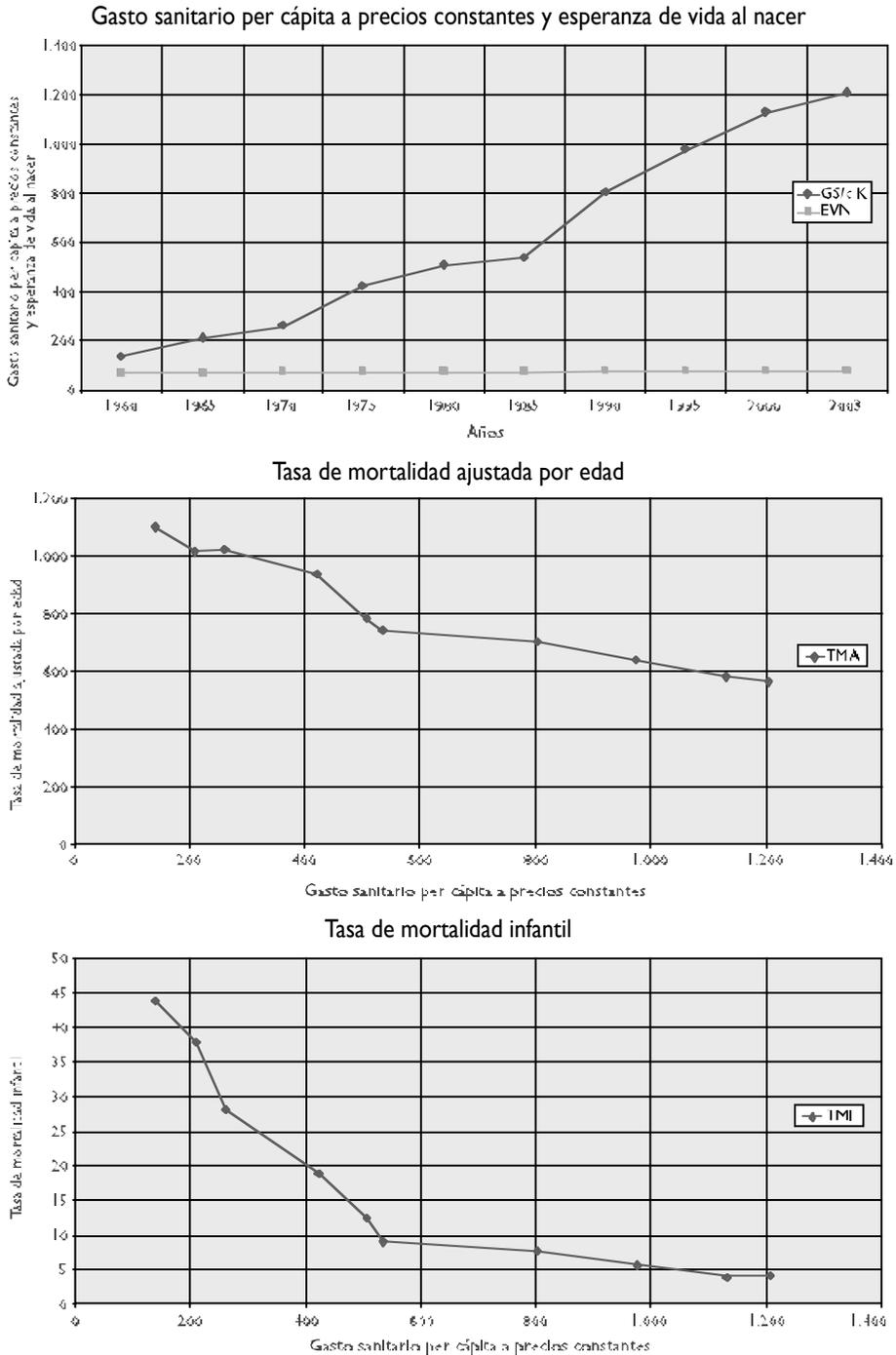
Como alternativa, podríamos haber escindido el periodo 1940-2000 en dos intervalos diferentes: 1940-1980 y 1980-2000, que ofrecerían una visión más clara de la evolución registrada, puesto que el primero de dichos intervalos enmarca el mejor ritmo de mejora del siglo y el segundo muestra una secuencia casi asintótica, como la esperanza de vida, con una reducida mejora de 4,2 puntos/década.

En conclusión, los indicadores de salud españoles evidencian a lo largo del siglo xx evoluciones con un notable paralelismo. Dos incidencias ubicadas en la segunda y cuarta década del siglo retrasan el avance en salud del primer periodo (1900-1940), por lo que éste registra mejoras intermedias entre los favorables resultados del segundo periodo (1940-1960) y los inferiores del periodo más reciente (1960-2000).

Estos últimos deben reputarse, en todo caso, como meritorios, habida cuenta de los favorables niveles alcanzados, aunque se observa una tendencia de menor crecimiento, prácticamente asintótica, en los tres indicadores de salud examinados a partir de 1960, o de 1980 en la tasa de mortalidad infantil, muestra de la vigencia en el sistema español de la inexorable ley de rendimientos decrecientes.

Llegados a este punto, es necesario relacionar los incrementos de gasto sanitario registrados en España con los avances en salud obtenidos para atender los requerimientos del análisis de la paradoja. Los gráficos de la Figura 4, con datos procedentes de Eco-Salud OCDE 2000, muestran las evoluciones del gasto y los tres indicadores del nivel de salud en el periodo 1960-2000.

FIGURA 4. Gasto sanitario y niveles de salud. España (1960-2003).



Su observación conduce a numerosos comentarios a efectos de la paradoja que comentamos. En primer lugar, es preciso constatar que el continuado avance del nivel de salud posee un carácter asintótico y se encuentra prácticamente estabilizado a lo largo de las cuatro décadas examinadas, mientras que el gasto sanitario per cápita a precios constantes se eleva en el mismo periodo más de un 700%. Asombra la distancia entre ambas cifras.

Tal desequilibrio no proviene ni del aumento poblacional ni de los precios, puesto que se han descontado en la medida del gasto sanitario presentada, sino de la acumulación a lo largo del largo periodo del factor residual a aquellos dos: el aumento de la prestación sanitaria real media per cápita, que contiene tanto incrementos de cantidad (más visitas médicas, más ingresos hospitalarios o más fármacos per cápita) como de calidad (mejores medios diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, medicinas más eficaces, etc.).

Ello pone de manifiesto que el gasto sanitario necesario para mantener el progreso de la salud crece de forma continuada. Mantener cada año de esperanza de vida nos costaba 2 € per cápita en 1960 y 15 € en 2000 a precios constantes, en virtud de los crecientes costes de avanzar cada año ganado. Todo ello como resultado de la acumulación anual de más actos sanitarios con mayor calidad, pero con unos rendimientos decrecientes detectables a primera vista. En términos cutlerianos, gastamos más y alcanzamos mejores niveles de salud, pero la discrepancia entre la evolución de ambos conceptos es tan evidente que no cabe menos que preguntarse, como él, si estamos en el buen camino.

Dos trabajos actuales ofrecen respuesta a la cuestión planteada: un artículo publicado por el IESE en noviembre de 2003, firmado por el propio Cutler y la investigadora de dicha institución Nuria Más; y el interesante libro dirigido en 2004 por tres ilustres colegas de la Universidad Pompeu Fabra, cabecera de la Economía de la Salud española, Jaime Puig-Junoy, Guillem López-Casasnovas y Vicente Ortún Rubio, con numerosos colaboradores.

El primer trabajo utiliza una metodología novedosa para analizar la bondad comparada de los sistemas sanitarios norteamericano, británico, canadiense y español en el tratamiento de la morbilidad no fatal representada por 11 enfermedades, con lo que penetra en una parcela poco transitada por la doctrina. Concluye que EE. UU. observa mejores resultados en las enfermedades agudas en las que la tecnología es trascendente, como las afecciones cardiacas, el asma, la bronquitis o la artritis; y peores resultados en las patologías crónicas, tratadas con menor intensidad tecnológica y más apoyadas en el continuado manejo de la enfermedad, como la diabetes –en la que España obtiene positivos resultados– o los problemas estomacales.

Si bien su objetivo preferente no es la visita a las parcelas del gasto, confirma nuestras conclusiones anteriores sobre la vigencia espacial de la paradoja al señalar: “No puede decirse, en general, que el más elevado gasto norteamericano compre niveles de salud significativamente mejores”; constata también la vigencia temporal de aquélla al ofrecer datos concretos de los diferentes rendimientos de la inversión en diferentes parcelas de la actividad sanitaria (21).

La segunda publicación citada (22) constituye un verdadero tratado sobre el tema que nos ocupa; se apoya en las más recientes aportaciones de la doctrina y en cifras actuales, por lo que su lectura reviste un elevado interés. Sus conclusiones, tan analíticas como definitivas, toman claramente posición en la vigencia espacial y temporal de la paradoja; afirma: “España tiene el gasto que le corresponde a su estado actual de desarrollo y al conjunto de determinantes conocidos por la literatura”, y evidencia los diversos grados de eficacia de las actividades sanitarias, señalando la necesidad de apoyar su progreso en una continuada auscultación del balance coste-efectividad de aquéllas.

Resumiendo lo expuesto hasta el momento en la consideración temporal de la paradoja, deducimos de las aportaciones doctrinales examinadas y de los resultados empíricos obtenidos que, tanto en EE. UU. como en España, se aprecia una mejora continuada de los niveles de salud en coincidencia temporal con los incrementos de

gasto sanitario realizados, aunque tal relación aparece progresivamente debilitada bajo el inexorable influjo de dos causas precisas.

Por un lado, rige la influencia de los determinantes del nivel de salud señalados por la doctrina, de manera que las inversiones sanitarias deberán progresar de forma acompasada a las efectuadas en las demás áreas de influencia, so pena de ver reducida su rentabilidad real si éstas retrasan su ritmo; se debe buscar una situación ideal de igualdad de aumentos del nivel de salud por cada última unidad monetaria invertida en cualquiera de las áreas cubiertas por los determinantes.

Por otro lado, se encuentra la ley de hierro de los rendimientos decrecientes, apreciada con claridad tanto en las cifras españolas como en las norteamericanas, dentro de la cual muestra la evidencia que operan contemporáneamente en el sistema parcelas con rendimientos positivos junto a otras con peores resultados coste-beneficio, e incluso otras tan importantes económicamente como la atención al cáncer, con resultados negativos.

Los dos influjos considerados desconectan definitivamente la evolución del gasto sanitario con respecto a la de los niveles de salud, cuya relación depende en términos generales del balance entre las inversiones en el sistema sanitario y en los restantes campos de determinantes del nivel de salud y, en términos sanitarios concretos, queda a la aportación específica de la bondad de cada una de las actividades sanitarias en términos coste-beneficio, cuyos resultados contribuyen a aumentar o retardar el progreso general del ratio salud/gasto.

Se acredita, así, la vigencia de la paradoja en su enfoque temporal aplicada a cualquier sistema sanitario en concreto. El aumento del gasto sanitario no conduce "siempre" a mejores niveles de salud.

VALORACIÓN DE LA PARADOJA

La conjunción de los análisis empíricos con las aportaciones de la doctrina que hemos contemplado demuestra la rotunda vigencia de la paradoja en el ámbito espacial y en el temporal, al señalar, por separado y con apoyo en argumentaciones desde muy diferen-

tes enfoques, la inexistencia de relaciones generales válidas entre el gasto sanitario y el nivel de salud de las poblaciones.

En efecto, en la visión espacial los análisis empíricos presentados con base en los datos de la OCDE ofrecen una visión clara de su vigencia internacional, que se corrobora con las aportaciones de la doctrina, entre las cuales la más terminante es la expresión de Culyer: “No existe ninguna conexión demostrable entre las variaciones internacionales en el estado de salud y las variaciones en el gasto sanitario”, que cierra claramente el análisis eliminando cualquier resquicio de duda.

En el enfoque temporal, se estiman fundamentales para el análisis las progresivas aportaciones de la doctrina en el campo de los determinantes del nivel de salud desde la labor pionera de Mc Keown al Informe Lalonde, así como la consideración de los factores socioeconómicos, que muestran la existencia de numerosos factores decisivos ajenos a la labor del sistema sanitario.

El enfoque contemporáneo añade claridad al análisis temporal, puesto que devuelve al sistema a su posición tradicional en el centro de la escena sanitaria; aporta, en cambio, evidencias derivadas de su despiece que permiten distinguir entre actividades que contribuyen al avance del ratio salud/gasto y otras que lo retardan.

Junto a las aportaciones de la doctrina, los resultados empíricos obtenidos de la escena española permiten confirmar la vigencia de la paradoja en su enfoque temporal y reclaman, en todo caso, un inexcusable respeto a los dictados de la ortodoxia económica.

Vigencia, pues, tanto en su aspecto espacial como temporal de una asombrosa paradoja presente en el campo de la sanidad: el aumento del gasto sanitario no conduce siempre a mejores niveles de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Eco-Salud OCDE 2000 y 2005.*
2. Vid. Referencias al segundo mito de este trabajo: "España posee el sexto mejor sistema sanitario del mundo".
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador estructural. Estadísticas y Estudios. Madrid 2005.*
4. Evans RG, et al. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Ed. Díaz de Santos 1996.*
5. Culyer AJ. *Cost containment in Europe. In: Health Care Systems in Transition. Paris: OECD 1990.*
6. Mac Ke own T. *An interpretation of the modern rise in population in Europe. Population Studies 1972; vol. XXVII: n° 3.*
7. Mac Ke own T. *The modern rise of population. Cap. 5: "The medical contribution". Edward Arnold Publishers 1976.*
8. Lalonde M (Minister of National Health and Welfare). *A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada. Abril 1974.*
9. Marmot MG. *Social inequalities in mortality: the social environment. En: Class and health: research and longitudinal data. Ed. R. G. Wilkinson. Tavistock. London 1986; y otros citados en Evans RG, et al. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Ed. Díaz de Santos 1996.*
10. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P, Whitehead M. *Inequalities in health: The Black Report. Middlesex: Penguin 1982.*
11. OMS. *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Commission on Social Determinants of Health. Ginebra 2005. Web www.who.int/social_determinants/en.*
12. OMS. www.who.int/hia/evidence/doh/en. *The determinants of health. 2005.*
13. Cutler D. *Are the benefits of Medicine worth what we pay for it? xv annual Herbert Lourie Memorial Lecture on Health Policy. 2004.*
14. Cutler D. *Your Money or your Life: Strong Medicine for America's Health Care System. Oxford University Press 2004.*
15. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21st century. National Academy Press 2001. Web www.iom.edu.*
16. Anderson GF, et al. *It's the prices, stupid: why the united states is so different from other countries. Health Affairs 22. May/June 2003.*

17. Skinner J, et al. *Is technological change in Medicine always worth it? The case of acute myocardial infarction.* *Health Affairs* 25. Febr. 2006.
18. Cutler D. *Making sense of Medical Technology.* *Health Affairs* 25. Febr. 2006.
19. Garber A. *To use technology better.* *Health Affairs* 25. Febr. 2006.
20. Clavero G. *Análisis de la situación sanitaria española.* Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid 1977; Gómez Redondo R. *La mortalidad infantil española en el siglo xx.* Centro de Investigaciones Sociológicas. Siglo XXI de España Editores. Madrid 1992; INE. *Anuario Estadístico de España.* Madrid.
21. Cutler D, Más N. *Comparing non-fatal health across countries: is the US Medical System Better?* Working Paper nº 525. IESE Business School. Universidad de Navarra 2003.
22. Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún Rubio V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Ed. Masson 2004.

OTRA BIBLIOGRAFÍA

- Cutler D, et al. *The Determinants of Mortality.* NIA Workshop on the Determinants of Mortality. Princeton 2005.
- Rico A, Infante A. *Demografía y sanidad en España: ¿qué podemos aprender de Europa?* ICE nº 815. Madrid 2004.
- Ahn N, García JR, Herce JA. *Demographic uncertainty and the health care expenditure in Spain.* Documento de Trabajo 2005-07 FEDEA. Madrid, marzo de 2005.

SEGUNDA PARADOJA

Las Urgencias no son muy urgentes

*“Las cosas no valen sino lo
que se las hace valer”*

MOLIÈRE

INTRODUCCIÓN

En teoría, la demanda de atención sanitaria se produce por necesidades de salud. Pero, en la práctica, dicha demanda tiene motivaciones subjetivas muy complejas, a veces ajenas a las razones sanitarias; está influida por la organización del sistema, por el desconocimiento sanitario de los pacientes y por la gratuidad de la asistencia. En consecuencia, se constata como realidad paradójica, de alcance universal, que las Urgencias no son muy urgentes.

La contemplación de esta paradoja lleva al sugestivo campo de las Urgencias, el epítome de la asistencia sanitaria, de la mano de las definitivas consideraciones del Informe Abril, en el que se define la vigencia en España de una verdadera “cultura de Urgencias”, que hace que sea innecesaria una importante fracción de las mismas y que se verifique que, a más consultas médicas programadas, se realizan más consultas urgentes.

La utilización inadecuada de los Servicios de Urgencias hospitalarias constituye una decisión que crea numerosos problemas al sistema, ya que supone un cambio voluntario de escalón sanitario al prescindir del posible tratamiento de la patología por la asistencia primaria, lo que atenta contra la calidad, dado que se pierde la continuidad asistencial y el seguimiento de los tratamientos.

Pero los efectos de la inadecuada utilización de las Urgencias trascienden el campo de la calidad, puesto que absorben recursos necesarios para otras atenciones, tanto de profesionales sanitarios

como de servicios centralizados, dificultan su planificación y producen una innecesaria elevación de los costes.

La situación, derivada de deficiencias organizativas y el bajo nivel de educación sanitaria de la población, reclama la atención necesaria y la adopción de las medidas de corrección pertinentes.

PLANTEAMIENTO

Se inicia la consideración de la paradoja a través de su enunciación por el Informe Abril y se plantea luego la definición del concepto de Urgencias y la clasificación de sus modalidades.

Se ofrece, a continuación, una detallada panorámica de los perfiles definitorios de la demanda de atención urgente, en la que se contemplan sus cifras absolutas y su evolución, así como su distribución por escalones de edad, por instituciones y por regiones dentro de la geografía española.

Luego, se analiza la universalidad de la elevada demanda de atención urgente, para lo que se muestran las cifras internacionales de frecuentación, intensidad y evolución de la actividad de Urgencias, y se ofrecen los resultados comparativos de la situación española con la de los países observados.

A continuación, se pasa revista a la temática contemplada en la literatura sobre Urgencias, tanto en el campo de los determinantes de la demanda de cuidados urgentes como en las particularidades de la estancia del paciente en el departamento de Urgencias.

Se concretan, seguidamente, el contenido y los rasgos de la paradoja, para lo que se describen en detalle las aportaciones más esclarecedoras de la doctrina española a lo largo de dos periodos distintivos referentes a la medición de la importancia de las visitas inadecuadas a Urgencias y se señalan los factores que inciden en la explicación del problema.

Se ofrecen, luego, datos sobre la relevancia internacional de la demanda inadecuada de visitas urgentes, que se relacionan con la si-

tuación española, y se obtienen las conclusiones oportunas, que muestran la indiscutible vigencia de la paradoja.

CONSIDERACIÓN EN EL INFORME ABRIL

Una de las nueve subcomisiones del Informe Abril (1) trató en exclusiva el campo de las Urgencias, para el que redactó un capítulo de ocho páginas en el que definió el concepto y expuso las necesidades de organización, gestión y financiación, examinando con más detalle las cuestiones económicas en el dictamen anejo del experto Fernando Antoñanzas.

Sorprende, en principio, que el Informe Abril, cuya visión global del sistema hemos glosado tan positivamente, reservase una subcomisión para un tema aparentemente menor. Pero no fueron consideraciones cuantitativas sino cualitativas las que iluminaron tal decisión, ya que las recomendaciones presentadas revelan la necesidad de un tratamiento singular para las Urgencias.

Es preciso constatar, por otro lado, que en el Informe Abril no aparecen expresiones cifradas del problema analizado, por lo que no se deduce el perfil regional o por edades del problema, así como tampoco se obtiene una idea cabal de su comparación con el número de consultas médicas o la frecuentación hospitalaria ni con la realidad de otros países que pudieran servir de referencia. Todo ello debe fundamentarse en la notable escasez de información cuantitativa reinante en aquellos tiempos, lo que no fue obstáculo para detectar la existencia de un profundo desajuste asistencial.

En efecto, entre las 64 recomendaciones del Informe Abril se recogen tres dedicadas a la actividad de Urgencias, lo que denota la importancia relativa prestada al concepto; se ofrece un resumen del problema de las Urgencias extendido en tres párrafos, de los que el primero define la situación de forma esclarecedora al señalar:

“El análisis de la masiva demanda de asistencia urgente permite advertir que está compuesta por tres grupos de pacientes diferenciados por el carácter de la urgencia. El primero, entre el 3% y el 5%, está formado por emergencias, es decir, urgencias vitales, médicamente

objetivas y, por ello, apremiantes; el segundo, estimado en un 35%-40%, está constituido por urgencias percibidas como tales por el paciente angustiado, pero que, salvo excepciones, clínicamente no lo son y no exigen, por tanto, un tratamiento inmediato; y el tercero, alrededor del 50%-60%, está formado por enfermos que emplean los Servicios de Urgencias como un 'cortocircuito' del sistema, bien para ser atendidos cuando surge alguna enfermedad semibanal o indisposición fuera del horario de ambulatorios o consultorios, bien para ingresar sin esperas en la asistencia hospitalaria".

La lectura citada constituye una notable sorpresa, ya que revela los inesperados perfiles de un rincón poco conocido de la actividad sanitaria española, sobre los que el Informe Abril arrojó cuantiosa luz al ubicar la actividad de Urgencias en un plano mucho más visible del panorama sanitario español que atrajo el interés de la doctrina.

En efecto, el formidable desajuste detectado estimuló el estudio en mayor profundidad de la actividad de Urgencias, su consideración rutinaria en las estadísticas sanitarias oficiales y, muy en particular, la investigación sobre las características de su demanda y las medidas de su necesidad.

LAS URGENCIAS. CLASES

El propio Informe Abril comienza por definir las urgencias como "toda aquella situación que lleva al paciente, al testigo o a sus familiares a solicitar asistencia médica inmediata"; señala, de partida, que se comprende "la totalidad de situaciones vividas por la población como urgencia", con lo que destaca el carácter subjetivo del término y se abre el camino en el que se fundamenta la paradoja que consideramos.

Si se consideran en cambio desde un punto de vista objetivo, se pueden clasificar en función de la importancia de la patología en urgencias mayores y menores; aparecen en un extremo las urgencias vitales o emergencias, en las que existe un riesgo vital o de secuelas graves permanentes, seguidas de las urgencias graves y, en el otro extremo, las urgencias sin un riesgo vital inminente o urgencias menores, que pueden ser leves y diferibles.

La clasificación de los pacientes por la severidad de su situación en el momento del ingreso en Urgencias suele realizarse por parte del médico o ATS especializado, a fin de atenderlo en el departamento que corresponda, a través de un procedimiento generalmente reglado denominado *triage* o selección de cuidados, término procedente de la medicina militar napoleónica que refleja la necesidad de priorizar los cuidados inmediatos de los soldados heridos en el campo de batalla.

La clasificación canadiense al respecto (2) contiene los cinco escalones de urgencia siguientes:

1. Severamente enfermo, requiere reanimación.
2. Requiere cuidados de emergencia y una intervención médica rápida.
3. Requiere un cuidado urgente.
4. Requiere un cuidado menos urgente.
5. Requiere un cuidado no urgente.

El Informe Abril destaca la necesidad de ofrecer un tratamiento diferenciado a las urgencias en función de su carácter: reserva los dispositivos hospitalarios para las urgencias mayores, mientras que recomienda la atención a las urgencias menores en la red de Atención Primaria, y considera que el 90% de todas las urgencias deberían solucionarse en esta última parcela.

LAS URGENCIAS EN LAS ENS. OTROS DATOS

La determinación del volumen de atención urgente en el sistema sanitario español pudo haberse concretado en el Informe Abril, ya que durante su elaboración apareció la primera edición de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), relativa al año 1987, que contenía información sobre la actividad de Urgencias. Las posteriores ediciones de la ENS han mantenido el concepto entre las variables

encuestadas y han enriquecido la información sobre los perfiles que la caracterizan (3).

La Tabla I muestra la evolución de las consultas urgentes en el periodo 1987-2003, derivada de las sucesivas ediciones de la ENS. Se observa que su cifra se triplica en el periodo contemplado: pasa de menos de 7 millones en 1987 hasta más de 20 millones en 2003. Supone una tasa anual media de crecimiento del 7,1%, como resultado de un crecimiento del número de personas que acuden a Urgencias cifrado en un 6,1% anual y, otro menor, de un 1% respecto de las veces que acuden al año.

Las cifras de la ENS publicadas con reparto de las consultas urgentes por edades se limitan a las de sus primeras ediciones, en las que se puede apreciar una convergencia de los distintos escalones de edad hacia los valores globales medios, con la excepción del intervalo de 0 a 4 años que duplica largamente la media.

Si examinamos su distribución institucional, la Tabla II indica que las urgencias atendidas en el SNS suponen alrededor del 90% del conjunto; el 10% restante se realiza en la actividad privada. En cuanto a los niveles de atención, se observa que las Urgencias hospitalarias del SNS constituyen el punto más demandado, si bien su importancia decrece en los últimos diez años con el crecimiento de la atención ambulatoria, que puede significar ya el 25% del total.

La Tabla III, finalmente, ofrece información sobre la distribución regional de las urgencias hospitalarias, tomada del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (4) y referida a hospitales públicos. La cifra total supera los 18 millones de urgencias en 2003, nivel que discrepa de los datos contenidos en la Tabla II, en la que no llegan a 13 millones, lo que indica una infravaloración del 38% en la información que ofrece la ENS.

Por otro lado, y como hemos visto anteriormente, al constituir las urgencias hospitalarias del SNS la partida más importante dentro del total, su distribución autonómica puede considerarse que representa con alguna cercanía la de las urgencias totales, pudiendo eviden-

TABLA I. Evolución de las consultas urgentes. España (1987-2003)

	1987	1993	1997	2001	2003	Tasa anual media (1987/2003)
Población INE	38.716.371	39.086.079	39.323.320	41.837.894	43.197.684	0,7
Porcentaje que consulta	12,24	14,81	20,13	20,9	28,20	5,4
Personas en Urgencias	4.738.884	5.788.648	7.915.784	8.533.112	12.179.761	6,1
Véces/año	1,41	1,45	1,41	1,64	1,64	1
Total Urgencias	6.678.655	8.383.507	11.123.347	14.020.390	20.012.041	7,1

Fuente: ENS.

TABLA II. Distribución de las urgencias (2003)

	2003	Estimación del número de urgencias (2003)
Urgencias no hospitalarias del SNS	12,4	2.475.489
Urgencias hospitalarias del SNS	64,9	12.991.817
Centros no hospitalarios del SNS	12,6	2.515.514
Servicio privado de Urgencias	4,1	810.488
Urgencias hospitalarias privadas	4,5	902.543
Casa de socorro, ayuntamiento	0,3	52.031
Otros	1,3	266.160
Total	100	20.014.042
Públicas	90,1	18.034.851
Privadas	9,9	1.977.190

Fuente: ENS y estimación propia.

TABLA III. Urgencias hospitalarias públicas (2003)

	Urgencias hospitalarias públicas (2003)	Población protegida SNS (2003)	Urgencias hospitalarias/1.000 PP
Andalucía	3.811.952	7.127.957	535
Aragón	524.197	1.152.409	455
Asturias	442.137	1.039.473	425
Baleares	352.813	909.616	388
Canarias	554.168	1.803.383	307
Cantabria	288.080	526.783	547
Castilla-La Mancha	892.746	2.316.723	385
Castilla y León	692.171	1.720.935	402
Cataluña	3.415.094	6.522.999	524
Comunidad Valenciana	1.951.795	4.283.038	456
Extremadura	429.954	1.002.666	429
Galicia	1.024.292	2.598.943	394
Madrid	2.196.461	5.295.677	415
Murcia	672.799	1.187.034	567
Navarra	219.989	562.126	391
País Vasco	880.241	2.061.361	427
La Rioja	109.375	273.645	400
Ceuta y Melilla	77.493	112.983	686
Total nacional	18.535.757	40.497.751	458

Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario.

ciarse en la Tabla III una notable dispersión de valores alrededor de la media nacional, cifrada en 458 consultas/1.000 habitantes, con un máximo en Ceuta y Melilla, que observan un valor por encima del doble del registrado en Canarias.

Como ocurre al contemplar otros parámetros definitorios de la asistencia sanitaria, las cifras absolutas presentadas no ofrecen en sí mismas una información completa sobre el aspecto medido, se debe recurrir a comparaciones internacionales para alcanzar un conocimiento más completo de la situación. ¿Cómo se comparan las cifras españolas en un contexto internacional?

Es preciso señalar, de entrada, que las estadísticas de la OCDE no contemplan la atención de Urgencias entre las más de 1.200 series que presenta, lo que obliga a recurrir a otras fuentes, a costo de una información menos completa.

Los datos de una encuesta internacional realizada en cinco países desarrollados muestra que Canadá es el país con mayor frecuentación de Urgencias del conjunto, ya que las han visitado en los últimos dos años un 38% de sus ciudadanos, seguida de los EE. UU. con un 34%, del Reino Unido y Australia con un 29%, y Nueva Zelanda con un 27% (5).

Si combinamos los datos de la ENS 2003 con los ofrecidos por otras fuentes oficiales, estimamos que el número total de consultas de urgencia en España, incluyendo las hospitalarias y las ambulatorias en los sectores público y privado, supera los 27 millones, lo que combinado con el promedio de frecuentación deducido de la ENS permite determinar que casi 17 millones de españoles visitan los departamentos de Urgencias al año, esto es, cerca de un 40% de la población total.

La frecuentación de las Urgencias por parte de los españoles está, por consiguiente, por encima de cualquiera de los cinco países incluidos en la encuesta. La situación reflejada no es exclusiva de España. La literatura muestra que el problema es generalizado, tanto en la excesiva demanda de asistencia urgente como en su corolario,

el carácter innecesario de gran parte de ésta, lo que ocurre en los países con sistemas nacionales de salud, como Reino Unido, y en los de mercado libre y competitivo, como EE. UU.

Por otro lado, la comparación de la intensidad de frecuentación sólo puede efectuarse con Canadá, donde los 12,5 millones de ciudadanos que visitan las Urgencias las frecuentan 1,12 veces al año, frente al 1,64 de España, casi un 50% más alto.

Finalmente, el crecimiento de las visitas a Urgencias es causa de preocupación, tanto por su importancia como en comparación con la evolución de las altas hospitalarias. Datos referidos a Escocia muestran un incremento anual medio del 3% en un largo periodo, que supera el 5% de los últimos dos años del mismo periodo, mientras las admisiones en hospitales crecieron solamente un 1% al año (6). Alrededor del año 2000, la frecuentación en el Reino Unido creció a un ritmo superior al 5%, lo que desencadenó declaraciones de “amenaza para el futuro del *National Health Service*” (7). Canadá, en cambio, se muestra estable alrededor de la cifra de 14 millones de visitas anuales a Urgencias a lo largo del periodo 1999-2003, si bien declara la potencialidad de su crecimiento, al igual que otros países.

Las cifras españolas medidas por su componente fundamental, las urgencias hospitalarias públicas, registraron un crecimiento anual medio del 4,5% en el mismo periodo 1999-2003 antes contemplado, mientras que el nivel antes descrito para las urgencias totales, públicas y privadas, alcanzó el 7,1% en el periodo 1987-2003 con base en las cifras de la ENS. El incremento medio de las altas hospitalarias públicas fue del 1,5% en el periodo 1999-2003.

A modo de resumen de las conclusiones que se han ido presentando, puede observarse que el porcentaje de españoles que visitan anualmente las Urgencias es superior al de los países con que lo hemos comparado, al igual que la intensidad de su frecuentación. La tasa anual de crecimiento del número anual de urgencias también supera a la de los países comparados. Todo ello parece constituir una base fértil para el funcionamiento de la paradoja que contemplamos, ya que se asocia a una elevada cuantía de urgencias no urgentes.

LAS URGENCIAS EN LA LITERATURA

La doctrina investiga corrientemente las características de la demanda de atención urgente y construye la base para las determinaciones de inadecuación que constituyen la expresión de la paradoja que contemplamos (8-15).

Como determinantes de la demanda de Urgencias se señala la ignorancia por parte de los pacientes de la atención ambulatoria de Urgencias, la mayor rapidez del cuidado en el hospital, sus mejores medios técnicos, la sensación de urgencia vital y la pobre percepción de la asistencia ambulatoria. Se encuentra un elevado componente subjetivo en la demanda de este tipo de asistencia, todo lo cual implica la necesidad de educar al paciente para atenuar la sobrecarga que sufre la atención hospitalaria de Urgencias.

Se evidencia, además, que los motivos de las consultas de Urgencias son muy similares a los de las programadas, por lo que se considera que la abundante demanda de aquéllas no es sino continuación del exceso de demanda de estas últimas, junto con la percepción de su reducido poder resolutivo.

No obstante, los objetivos de la investigación en el campo de las Urgencias trascienden largamente el análisis de las características de su demanda; se enfocan las particularidades de la estancia en el departamento de Urgencias visitado con objeto de obtener información valiosa para la planificación de la actividad y la mejora de su funcionamiento.

Así, junto a las investigaciones sobre edad y sexo de los pacientes, se determina la hora de llegada a Urgencias de los mismos, el tiempo de espera, la duración de la atención, las patologías atendidas, su severidad y la categoría del personal sanitario que prestó el servicio, a fin de obtener patrones válidos y evidencia para la planificación de los recursos necesarios.

Asimismo, se investiga: el modo de ingreso, para ordenar los medios móviles de transporte urgente; el destino de los pacientes al alta, para identificar excesivas tasas de ingreso en el hospital; y, con notable in-

tensidad, la posibilidad de cuidados alternativos a las Urgencias y el grado de adecuación de las mismas, con el fin de adoptar las medidas de moderación de la demanda conducentes al mejor servicio.

CONTENIDO Y VALORACIÓN DE LA PARADOJA

La investigación sobre el nivel de consultas urgentes inadecuadas y sus características ha producido, también, una abundante literatura en España, en paralelo con determinaciones similares en el campo de la frecuentación hospitalaria, pero sin parangón en la parcela de consultas médicas, quizá debido a la vigencia del mito que se ha analizado anteriormente.

De forma semejante al desarrollo internacional de la investigación sobre las Urgencias, la doctrina española ha analizado las características de la demanda de cuidados urgentes como base para las determinaciones de inadecuación.

Así, en la literatura se encuentran abundantes determinaciones cuantitativas sobre las características personales de los pacientes de Urgencias (edad, sexo, residencia), el lugar de atención, la distribución horaria y de los días de la semana en que se presta, las patologías atendidas, los patrones de ingreso y derivación, el contenido de la atención prestada, y la adecuación de la urgencia.

En este último campo, el enfoque de las investigaciones se ha concretado progresivamente y se han unificado los criterios de la doctrina a partir de la elaboración en 1999 de un Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH), con lo que las determinaciones de inadecuación observan niveles cuantitativos más reducidos que antes y una menor dispersión.

En efecto, los estudios iniciales evidenciaron un amplio intervalo de inadecuación de consultas urgentes, cifrado entre el 20% y el 80% del total de las visitas a Urgencias, producto de la heterogeneidad de los criterios utilizados en el análisis, lo que mostró la necesidad de un consenso que sólo recientemente se ha producido. Éste ha conducido a la obtención de resultados generalizables y ha permitido la comparación con más fundamento de la situación entre hospitales y servicios.

Uno de los estudios consultados ofrece un resumen de siete investigaciones anteriores a 1999 que utilizan diferentes criterios de identificación de las consultas inadecuadas. Señala la existencia de un intervalo de inadecuación de las urgencias entre el 45% y el 79% de las consultas urgentes totales, con un promedio simple del 61%.

Los trabajos realizados a partir de la elaboración del PAUH muestran resultados con una variabilidad menor, entre el 30% y el 60%, aunque siempre con valores de elevada importancia, lo que supone el mantenimiento de la vigencia de la paradoja que glosamos.

Los análisis de la demanda inadecuada de Urgencias en España ponen de manifiesto la primacía de cinco factores en la explicación del problema: la demanda voluntaria por parte del paciente sin indicación del médico, la residencia lejana a la ubicación del hospital, el género femenino, la cronicidad de la enfermedad, y la percepción de patologías médicas, especialmente pediátricas, frente a los episodios quirúrgicos y traumatismos.

La comparación internacional de la situación española de demanda inadecuada de Urgencias choca con el mismo problema de heterogeneidad de criterios de medición de la inadecuación que describimos anteriormente en referencia a España. Si utilizamos como frontera entre las urgencias adecuadas e inadecuadas la severidad “no urgente” antes expuesta, encontramos que EE. UU. refleja un 14% de inadecuación, idéntico al registrado en Canadá y menor que el 15% registrado en Australia. El Reino Unido se coloca, asimismo, en el intervalo entre el 12% y el 15%.

La identificación entre el grado de severidad “no urgente” de la clasificación canadiense y la “urgencia inadecuada” de la terminología española permitiría afirmar, con todas las cautelas, que la atención a demandas inadecuadas de Urgencias se sitúa en España por encima de la existente en los países de los que se posee información. Con ello, la demanda española inadecuada de Urgencias muestra, comparativamente, un menor grado de moderación, al igual que se describió en las parcelas de frecuentación de Urgencias e intensidad de frecuentación.

En todo caso, el extendido abanico de porcentajes de urgencias inadecuadas y, por lo tanto, no urgentes, que recoge la literatura tanto española como internacional, sustancia con rotundidad el contenido de la paradoja que contemplamos. Para asombro de los que contemplan con cercanía el funcionamiento del sistema sanitario español, se observa que con mucha frecuencia las Urgencias no son urgentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril). Julio de 1991.*
2. *Canadian Institute for Health Information (CIHI). Understanding Emergency Department wait times. 2005. Web www.cihi.can.*
3. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Diversas ediciones.*
4. *Diversas administraciones e instituciones. Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Julio de 2005. Web www.msc.es.*
5. *Schoen C, et al. Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries. Health Affairs Web Exclusive 2004.*
6. *The continuing rise in emergency admissions. Editorial BMJ 1996; 312.*
7. *Morgan K. The rise in emergency admissions: crisis or artefact? British Medical Journal 1999; 319.*
8. *Vázquez Quiroga B, et al. ¿Por qué van nuestros pacientes a Urgencias hospitalarias? Atención Primaria 2000; 25 (3).*
9. *Collada Jiménez JL, et al. Demanda de atención urgente atendida por un equipo de Atención Primaria durante el año 2001. Atención primaria 2004; 34 (1).*
10. *Cuéllar de León AJ, et al. ¿Por qué remitimos a los ancianos a las Urgencias del hospital en el medio rural? Atención primaria 2004; 34 (5).*
11. *Ras Vidal E, et al. Estudio de la demanda de consulta de Urgencias en Atención Primaria pediátrica. Atención Primaria 2004; 34 (7).*
12. *Ochoa Gómez J, et al. Visitas inapropiadas al Servicio de Urgencias de un hospital general. Barcelona: Med Clin 2000; 115.*
13. *Cantero Hinojosa J, et al. Inadecuación de las visitas a un Servicio de Urgencias hospitalario y factores asociados. Atención Primaria 2001; 28 (5).*
14. *Torné Vilagrassa E, et al. Análisis de la demanda de los Servicios de Urgencias de Barcelona. Atención Primaria 2003; 32 (7).*
15. *Aranaz Andrés JM, et al. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en Servicios de Urgencia hospitalarios. Barcelona: Med Clin 2004; 123.*

TERCERA PARADOJA

A mayor eficiencia hospitalaria, mayor gasto

*“Lo mejor es enemigo
de lo bueno”*

DICHO POPULAR

INTRODUCCIÓN

La sanidad pública, al igual que otros sectores del estado de bienestar, se caracteriza por tener que afrontar con recursos finitos una demanda cuasi ilimitada. Esta situación obliga a los gestores a introducir criterios de eficiencia para garantizar que, dentro de sus posibilidades financieras, los dispositivos sanitarios resuelvan los problemas de salud al mayor número posible de pacientes. Pero tan recomendable curso de acción provoca, a menudo, efectos contrarios a la lógica, como la paradójica elevación del gasto cuando se aplican medidas directamente destinadas a incrementar la eficiencia.

La paradoja sanitaria que ahora consideramos se desarrolla en el campo hospitalario y aparece cuando un gestor aplica unas medidas de incremento de eficiencia, por ejemplo, aumentar la rotación de camas para reducir las estancias medias, y observa que se eleva el gasto, se acaba el presupuesto antes del fin del ejercicio y se pone en duda la bondad de una gestión más eficiente. La eficiencia parece estar reñida con la economía, lo que constituye una importante paradoja.

La conciencia del aserto que analizamos deriva de una conversación con un gestor sanitario en la que rechazó indubitadamente, por sus efectos directos en la elevación del gasto, la propuesta de estudiar y reducir las elevadas estancias medias que caracterizaban, a la sazón, a la situación hospitalaria española en relación con la de los países de su entorno.

Tal respuesta tenía una lógica aplastante *a priori*, pero evidenciaba el predominio de una visión excesivamente economicista y a cor-

to plazo, que tampoco consideraba los efectos cruzados de las actuaciones en las diversas parcelas del sistema sanitario. Eludía la consideración de la calidad de vida del paciente y la equidad de la atención, y excluía del análisis la eficiencia general al aplicar una visión hospitalocentrista.

PLANTEAMIENTO

A fin de concretar los perfiles que definen la paradoja considerada, se analizarán las causas de la elevación del gasto hospitalario a medida que se reduce el tiempo medio de estancia de los pacientes, y nos introduciremos en la diferenciación entre el equilibrio a corto y largo plazo, y sus efectos en el gasto.

Se inician los comentarios a la paradoja con el examen de los instrumentos más relevantes de los sistemas de información hospitalaria, cuya utilización va a fundamentar los cálculos que se ofrecen.

La discusión aconseja visitar luego la situación española en el área de las estancias medias hospitalarias por comunidades autónomas –según dependencia de los hospitales– y categorías de asistencia, y realizar una comparación con las de los países del entorno español, extrayendo las conclusiones oportunas para fundamentar más adelante la universalidad de la paradoja.

Se examinará, a continuación, el otro concepto relevante para el análisis, el gasto hospitalario, para lo que se analizarán sus características según la dependencia patrimonial de los hospitales y se obtendrán los ratios útiles para el análisis.

Identificadas las características de las variables relevantes, pasamos a exponer el contenido de la paradoja, cuya definición de sus perfiles se sustanciará con ayuda de los cálculos precisos, basados en datos relativos a los instrumentos de información hospitalaria anteriormente revisados.

Finalmente, realizamos una valoración de la paradoja en la que se aprecian las razones que la fundamentan y los cursos de acción alternativos.

LA INFORMACIÓN HOSPITALARIA

La paradoja que nos ocupa examina la relación existente entre dos conceptos, la estancia media hospitalaria y el gasto incurrido, que se ubican en dos áreas diferentes de actividad, la sanitaria en el primer caso y la económica en el segundo.

En la asistencia hospitalaria confluyen con intensidad ambas actividades, dado que se la considera con generalidad el centro del sistema sanitario, para desaire de la Atención Primaria, en función de su eminente dimensión económica, ya que absorbe en los países desarrollados un 50% de los recursos sanitarios totales. Por ello, las autoridades sanitarias vigilan el gasto hospitalario con preferencia al de las restantes parcelas del sistema, y la gestión hospitalaria ofrece una atención creciente, aunque no desarrollada todavía de forma suficiente al adecuado manejo del gasto.

Uno de los instrumentos básicos para el cumplimiento de las responsabilidades que tienen atribuidas tanto los administradores públicos como los gestores de las instituciones sanitarias es la disposición de un sistema de información potente, a cuya demanda colaboran de forma creciente en los últimos tiempos las solicitudes del colectivo de pacientes.

Por este motivo, se posee corrientemente un elevado nivel de información hospitalaria, que rivaliza con la farmacéutica; a su vez, ambas dejan atrás a la desarrollada en el campo de las consultas médicas. Tal riqueza de información será útil para sustanciar el contenido de la paradoja que se considera.

Del amplio arsenal de instrumentos en que se apoya la información hospitalaria, parece conveniente referirse en nuestro caso a tres de ellos: el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), la contabilidad analítica y los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) (1).

El **conjunto mínimo básico de datos (CMBD)** constituye la base de toda la información hospitalaria, relaciona al paciente hospitalario con las circunstancias concretas de su alta, personales y hospitala-

rias. A partir de la recomendación de un grupo de estudio de la OMS nació, como tantos otros avances en el área sanitaria, en EE. UU. en el año 1974; posteriormente, se revisó su formulación original y se utilizó con generalidad tanto en el sector hospitalario público como en el privado. Pasó luego a Europa, donde un grupo de expertos trabajó desde 1975 en su elaboración hasta que en 1981 se aprobó su versión europea.

Con base en ambas versiones se estudia su implantación en España, ajustada a las conveniencias del SNS. Es aprobada en 1988 por el Consejo Interterritorial del SNS y se aplica luego paulatinamente en las comunidades autónomas transferidas, en el Insalud, en el resto del sistema y en la sanidad privada.

Los datos al alta hospitalaria que componen el CMBD español, muy semejantes a los de otros países, son los 14 siguientes:

1. Identificación del hospital.
2. Identificación del paciente.
3. Fecha de nacimiento.
4. Sexo.
5. Residencia.
6. Financiación.
7. Fecha del ingreso.
8. Circunstancias del ingreso.
9. Diagnósticos: principal y otros.
10. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
11. Otros procedimientos.

12. Fecha del alta.

13. Circunstancias al alta.

14. Identificación del médico responsable del alta.

La información del CMBD de cada paciente es recogida por los Servicios de Admisión de los hospitales; los diagnósticos y procedimientos realizados se codifican luego; y los datos se agrupan a nivel autonómico para unificarse luego en el Consejo Interterritorial, responsable de la elaboración del CMBD estatal.

La gran cantidad de información del CMBD rinde utilidad en áreas muy diversas, puesto que permite conocer la morbilidad atendida en los hospitales, las estancias medias por enfermedad, los desplazamientos geográficos de los pacientes, la capacidad de atracción de los centros, etc. Constituye, además, la base para la gestión de los hospitales y para políticas de diversa amplitud, como planificación hospitalaria, financiación, presupuestos, epidemiología, calidad, investigación y otras.

Junto al CMBD, que contempla datos de carácter administrativo, aparece la herramienta de **contabilidad analítica**, de naturaleza económica, como el siguiente instrumento básico de los sistemas de información hospitalaria. A través de la contabilidad analítica se penetra de forma avanzada en la parcela económica de la actividad hospitalaria.

En efecto, el desarrollo de la contabilidad analítica sucede temporal y conceptualmente a la contabilidad presupuestaria. Mientras ésta tiene como objetivo el registro de la evolución del gasto en relación con las disponibilidades financieras aprobadas, la contabilidad analítica considera las partidas de gasto con un enfoque económico-sanitario dirigido a identificar el coste conjunto de cada una de las parcelas o productos intermedios o finales de la actividad hospitalaria, con lo que se abren posibilidades de conocimiento y gestión insospechadas en la situación anterior.

La contabilidad analítica se ha desarrollado de forma muy desigual y fragmentada dentro de la descentralización que caracteriza al sistema sanitario español. En el Insalud se concretó en la determinación de costes por servicios dentro del Proyecto SIGNO, de aplicación generalizada en sus hospitales a partir de 1992 de forma contemporánea a la implantación del CMBD; posteriormente, fue sustituido por el Proyecto GECLIF, actualmente en vigor.

Junto a éste, existen en otras comunidades autónomas diversos sistemas de contabilidad analítica desarrollados a partir de 1991, como el COAN en Andalucía, el del *Servei Català de la Salut* en Cataluña, el SIE en la Comunidad Valenciana, el del Servicio Vasco de Salud y otros, que utilizan diferentes metodologías de definición e imputación de costes que comienzan a converger alrededor de la implantación del último instrumento que consideramos a continuación.

Los **grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)** constituyen el tercer y más evolucionado soporte básico de los sistemas de información hospitalaria, cuya determinación requiere el funcionamiento previo de los dos instrumentos anteriores. Se desarrolló en EE. UU., como el CMBD, a partir de los años finales de la década de los 60, fruto del trabajo del profesor Fetter y colegas en la Universidad de Yale con apoyo del Gobierno americano, que lo utiliza desde 1983 en su programa *Medicare* como mecanismo de pago a los hospitales.

Los GRD constan de un sistema de clasificación de los pacientes hospitalarios con cerca de 600 grupos homogéneos que permiten relacionar la casuística atendida con el coste de la atención prestada. El sistema de clasificación es muy elaborado, añade a la patología del paciente la consideración de su edad, los procedimientos realizados y la presencia de complicaciones y comorbilidad, factores que redundan en costes diferentes para una misma causa de ingreso, con lo que cada patología queda segmentada en un reducido conjunto de GRD, cada uno de los cuales realiza un uso de recursos similar.

La codificación de las altas del CMBD que antes hemos citado se efectúa aplicando el GRD apropiado a cada caso (por ejemplo, oti-

tis media: edad >17 con complicaciones, GRD 68; edad >17 sin complicaciones, GRD 69; edad <18, GRD 70). Por otro lado, la contabilidad analítica de cada hospital obtiene los costes de cada uno de los GRD, mediante el “peso” de cada uno de ellos por cociente con el coste del paciente promedio. La consideración combinada de los pesos con las respectivas altas mide la complejidad de los procesos atendidos en el hospital o *case mix*, con el que se pueden llevar a cabo comparaciones con otros hospitales.

En el año 1997 se acordó la implantación en España de los GRD, plasmada luego mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS del año siguiente. El proceso de refinamiento de los GRD es continuo y sus resultados para toda España se publican anualmente por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2). La mayoría de los países desarrollados utilizan este instrumento, con el que se pueden realizar comparaciones internacionales y que constituye una herramienta de gran valor para la gestión hospitalaria y la política sanitaria.

ESTANCIAS MEDIAS Y GASTOS

Dado que las estancias medias y el gasto son los conceptos que se van a relacionar en la sustanciación de la paradoja que se contempla, se pasa a detallar a continuación su situación en España.

La estancia media de los pacientes, deducida del CMBD y asociada a los GRD, es el parámetro asistencial más usado en la gestión hospitalaria al ser la variable que mejor explica la variabilidad de los costes, aunque según los expertos sería más correcto utilizar la mediana o moda, porque no tiene una distribución estadística normal.

El análisis comparativo de las estancias medias para una misma patología muestra una elevada dispersión entre instituciones, por efecto de innumerables variables: desde la calidad de la gestión a la proporción de uso innecesario de la hospitalización, o bien desde el desarrollo de la cirugía ambulatoria al sistema de pago, en el que el pago por proceso mejora las estancias medias. Su gestión contribuye a la mejora de la organización y métodos de trabajo, pero no influye en el nivel científico-técnico; existe evidencia de que

menores estancias medias no constituyen un factor de riesgo para reingresar, y se ha constatado un alto porcentaje de estancias inadecuadas.

La variabilidad entre instituciones se mantiene al considerar ámbitos más agregados; es tradicionalmente más elevada en el sector público que en el privado, en unas regiones respecto de otras y entre países, como se muestra a continuación.

La Tabla I ofrece la evolución comparada a largo plazo de las estancias medias, tanto generales como de enfermos agudos, en los países europeos, tal como habitualmente se publican –sin tener en cuenta el efecto del *case mix*– en Eco-Salud OCDE (3). Como puede apreciarse, España ha evolucionado notablemente en el periodo de 25 años considerado, con una mejor marcha respecto del promedio europeo en ambos indicadores, aunque ocupa el sépti-

TABLA I. Estancias medias hospitalarias en la EU-15 (días)					
Estancia media hospitalaria			Estancia media hospitalaria de enfermos agudos		
	1975	2000		1975	2000
Austria	20,4	8,6	Austria	16,2	6,3
Bélgica	20,7	11,5	Bélgica	19	8
Dinamarca	14,6	6	Dinamarca	10,8	3,8
Finlandia	23,2	10,3	Finlandia	11,4	4,4
Francia	25	13,1	Francia	19	8,5
Alemania	21,3	11,9	Alemania	16,2	9,6
Grecia	14,5	8,3	Grecia	11,5	6,3
Irlanda	9,8	7,4	Irlanda	9,6	6,4
Italia	16,3	7,7	Italia	15,9	7
Luxemburgo	25	15,3	Luxemburgo	13,6	9,3
Países Bajos	36,8	33,4	Países Bajos	16,1	9
Portugal	17,6	9	Portugal	12,5	7,3
España	16,8	8,8	España	15,9	7,5
Suecia	25,8	6,4	Suecia	9,5	5
Reino Unido	22,9	9,8	Reino Unido	10,9	6,9
EU-15	21,1	11,2	EU-15	15,1	7,8
E/EU-15	0,797	0,789	E/EU-15	1,051	0,962

Fuente: Eco-Salud OCDE 2005.

mo mejor puesto en el primero de ellos, y el sexto en enfermos agudos, muestra de que aún caben mejoras.

En los mismos términos, las Tablas II y III evidencian las estancias medias por comunidades autónomas y según la dependencia de los hospitales. La Tabla II (4) ofrece una elevada variabilidad geográfica, similar a la existente entre los países europeos, lo que muestra en nuestro caso diversos niveles de eficiencia y la posibilidad de mejoras.

La Tabla III (5) señala las diferencias entre las cifras de estancias medias correspondientes a la actividad de agudos y larga estancia (tres últimos conceptos), cuya influencia produce un nivel promedio menor en el sector público que en el privado, mientras que si consideramos solamente las actividades de agudos se invierte la situación,

TABLA II. Estancias medias hospitalarias en 2001 (días)	
	Total
Cantabria	12,3
Canarias	12
Cataluña	10,2
Castilla y León	10
Aragón	9,6
Galicia	9,4
La Rioja	9,1
Asturias	8,9
Extremadura	8,8
TOTAL NACIONAL	8,8
Madrid	8,7
País Vasco	8,6
Navarra	8,5
Castilla-La Mancha	8,3
Murcia	8,2
Andalucía	7,6
Baleares	6,7
Comunidad Valenciana	6,5
Ceuta y Melilla	6

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. EESCRI. 2002.

TABLA III. Estancia media en los hospitales según la dependencia y el tipo de asistencia en 2001 (días)

	Total	Públicos	Privados	Públicos-Privados
Medicina	8,2	8,5	7,2	1,3
Cirugía	5,3	6,3	3,4	3
Traumatología	6,1	7,7	4,3	3,4
Obstetricia-Ginecología	3,6	3,7	3,3	0,5
Obstetricia	3,5	3,5	3,5	0
Ginecología	3,9	4,3	2,9	1,4
Pediatría	4,7	4,9	3,8	1,1
Medicina pediátrica	4,2	4,4	3,5	0,9
Cirugía pediátrica	3,3	3,5	2,8	0,8
Neonatología	7,2	7,3	6,8	0,5
Rehabilitación	31,8	32,8	30,2	2,6
Medicina Intensiva	5	5,3	3,8	1,6
UCI	4,7	5,2	3,4	1,8
Unidad Coronaria	3,8	3,6	5,1	-1,5
Unidad Int. Neonatales	9,3	9,8	7,9	1,9
Unidad de Quemados	12,4	12,5	11,5	0,9
Larga estancia	98,7	68,5	119,6	-51,1
Psiquiatría	69,6	44,4	146,8	-102,4
Otros	7,2	5,6	11,2	-5,6
Total	8,8	8,7	9,1	-0,3

Fuente: INE. Estadística de Indicadores Hospitalarios. 2001.

puesto que la estancia media pública es 1,2 días mayor que la privada. Las estancias medias públicas de enfermos agudos poseen mayores valores que las privadas en la generalidad de los casos, exceptuando solamente la asistencia urgente coronaria y la obstétrica, en la que el progreso público de los últimos años es notable.

Se puede resumir el análisis de las estancias medias señalando que la evolución de las estancias medias españolas, aun siendo mejor que la del promedio europeo, es todavía susceptible de mejoras, lo que es incluso más patente en el análisis territorial y en la comparación entre la actividad pública y la privada. La mayor diferencia entre ambos sectores se alcanza en Traumatología, donde el valor público prácticamente duplica el privado, lo que se aprovechará para la caracterización de la paradoja examinada.

Si pasamos ahora al examen de los gastos, la Tabla IV ofrece una panorámica de los conceptos principales en los establecimientos hospitalarios por dependencia relativos al año 2001, tomados también de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tal como se aprecia, el sector público –con el 68% de todas las altas– acumula el 67% de las estancias totales en virtud de su estancia media menor que el promedio del sistema, mientras que realiza el 80% del gasto total, fruto de sus mayores gasto por estancia y coste por proceso que las medias del sistema. Consecuentemente, el sector privado hospitalario –con el 32% de las altas totales– provee el 33% de las estancias y acumula el 20% del gasto total.

Se observa, no obstante, que la Tabla IV contiene dos grupos explícitos de instituciones, las del sector público y las del sector privado, pero se aprecia también que cada uno de éstos incorpora implícitamente dos clases de cuidados, que difieren en sus estancias medias y sus costes por estancia o proceso. Por un lado, están los cuidados de los enfermos agudos, servidos preferentemente por el SNS en la esfera pública y por los hospitales privados con fin de lucro en la privada y, por otro lado, los de larga estancia, provistos preferentemente por la categoría “otros públicos” y por los hospitales privados sin fin de lucro dentro del sector privado.

La parte principal de las altas y estancias del sistema se realiza en la primera de dichas parcelas, la de cuidados de enfermos agudos, en la que el SNS posee un gasto por estancia de 619 €, casi el doble que el correspondiente en el sector privado, cifrado en 325 €, lo que se repite aproximadamente en el coste por proceso, donde las cifras respectivas alcanzan 5.001 € y 2.318 €.

Los mayores niveles de gasto público en las dos áreas examinadas no se explican por diferencias suficientes en la complejidad de los procesos atendidos, sino que responden a causas estructurales, que se visualizan en la Tabla IV al contemplar el porcentaje de gastos de personal dentro del total. En el sector público alcanza el 64% del total, mientras que en el privado supone 15 puntos menos,

TABLA IV. Compras y gastos en los establecimientos hospitalarios por dependencia en 2001 (millones de euros)										
	SNS	Otros públicos	Públicos	%	Privados sin fin de lucro	Privados con fin de lucro	Privados	%	Total	%
Compras de bienes y servicios	5.047	694	5.741	34	650	1.104	1.754	42	7.494	36
Gastos de personal	9.456	1.303	10.759	64	995	1.043	2.038	49	12.797	61
Otros gastos de gestión	22	22	45	0	37	57	94	2	139	1
Tributos	21	2	23	0	4	32	36	1	59	0
Amortizaciones y provisiones	174	60	234	1	92	142	234	6	468	2
Total	14.721	2.081	16.802	100	1.778	2.377	4.155	100	20.957	100
%	70	10	80		8	11	20		100	
Estancias 000	23.763	5.187	28.950		6.849	7.318	14.167		43.117	
%	55	12	67		16	17	33		100	
Gasto/estancia €	619	401	580		260	325	293		486	
Índice	107	69	100		45	56	51		84	
Altas = procesos	2.943.315	393.396	3.336.711	100	534.629	1.025.653	1.560.282	100	4.896.993	
%	60	8	68		11	21	32		100	
Coste/proceso €	5.001	5.290	5.035		3.325	2.318	2.663		4.280	
Índice	99	105	100		66	46	53		85	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. EESCRI. 2002.

lo que radica en la reconocida menor dotación de personal sanitario por cama privada o, en otros términos, su mayor productividad, combinada con un costo por profesional sobre el que hay evidencia poco terminante, pero decantada hacia un mayor valor en el sector público.

Sobre el trasfondo de un sector público hospitalario con mayores estancias medias respecto del sector privado en la parcela de enfermos agudos y casi doble coste por estancia y proceso, ¿qué margen de maniobra tiene el gestor hospitalario?, ¿cuáles son los efectos de sus decisiones de gestión?

CONTENIDO DE LA PARADOJA

Como se ha expuesto anteriormente, la paradoja considerada relaciona conceptos ubicados en dos campos alejados: las estancias medias, propias del área sanitaria, y el gasto, alojado en el campo económico. La distancia entre dichas áreas, junto con las tradicionales escaseces y defectos del aparato estadístico español, hacen difícil y arriesgado el viaje entre ambas parcelas, si bien los perfiles de la paradoja resultan tan evidentes que no quedarán difuminados por los seguros errores que se cometerán en el recorrido. Recorramos, en todo caso, la peripecia del gestor hospitalario público en su búsqueda de eficiencia.

Se encuentra con una estancia media del sistema sanitario español un día más alta en términos globales que el promedio europeo, distancia que se repite entre el sector público y el privado en la parcela de cuidados de enfermos agudos, en la que desarrolla su actividad. Se fija como objetivo la reducción de ese día de diferencia, para lo que examina el área donde mayor es la distancia, la Traumatología, con 3,4 días, sólo seguida de la Cirugía general con tres días.

Solicita datos de los GRD quirúrgicos incluidos en la categoría diagnóstica mayor correspondiente, esto es, la número 8: "enfermedades y trastornos de sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo", que comprende 34 GRD quirúrgicos, con un total de 226.374 altas. Analiza dentro de ésta las parcelas más promisorias y toma una de-

cisión, empezar con las fracturas de cadera, que comprende dos conceptos: el GRD 817 “sustitución de cadera por complicaciones”, con 3.800 altas; y el GRD 818 “sustitución de cadera, excepto por complicaciones”, con 28.430 altas.

Considera que se trata de una parcela promisoría, ya que con las 32.230 altas conjuntas representa un 15% de la cirugía traumato-lógica, y deduce que la estancia media pública se sitúa alrededor de los 11 días, mientras que la privada oscila cerca de los cinco días, lo que vuelve a refrescar la proporción 2 a 1.

Estima que en las fracturas de cadera tiene un buen bocado para sus ansias de eficiencia y busca el peso de los GRD escogidos, que se sitúa en 3,7 por lo que, habida cuenta de que el coste del proceso promedio en el SNS en 2001 es de 5.000 €, le aplica dicho peso, la tasa de inflación que calcula para el año siguiente, y deduce que el coste del proceso de sustitución de cadera en 2002, con el peso citado, se sitúa en 19.500 € en el SNS.

Especula sobre las razones que pueden fundamentar una estancia media doble de los asistidos por fracturas de cadera en el sector público respecto del privado, y se ofrece una explicación. Los pacientes llegan a Urgencias, desde donde tras un breve reconocimiento se los refiere al Servicio de Traumatología para efectuar una cirugía no programada. Dos días, como mínimo, desde que se ocupa la cama hasta que el proceso se pone en marcha. Iniciado éste, pruebas y preparación de la cirugía suponen otro día. Quirófano y recuperación al día siguiente, como en la privada. Luego, un postoperatorio de dos o tres días más largo que en aquella.

Decide las medidas que se han de adoptar para reducir las demoras del proceso y, a continuación, para graduar el esfuerzo de eficiencia posible solicita datos del reparto del costo, calculado a lo largo del periodo de estancia media. Al no existir contabilidad analítica con tamaño finura, debe obtenerlos de fuentes alternativas privadas, respecto a los que ha de efectuar complicados cálculos sobre gastos directos e indirectos, fijos y variables, introducir el efecto de las diferencias salariales entre los profesionales públicos y pri-

vados, y considerar los diversos niveles de productividad y diferentes costos de los restantes *inputs*, con lo que se llega a las conclusiones que se acompañan en la Tabla V.

Para redondear, dado que se trata de una primera aproximación, parte de una estancia media de diez días, a la que acopla el coste total del proceso que había calculado (19.500 €), y busca el efecto de la paulatina reducción de aquélla hasta su mitad, a fin de colocarse al nivel de la sanidad privada. Supone que la totalidad de las pruebas preoperatorias, la cirugía y la reanimación se realizan el primer día, en el que cuenta con la actividad del anestésista, el cirujano y el resto de su equipo, a lo que hay que añadir el resto de los gastos directos –ocupación de quirófano, UCI, gases medicinales, fármacos, material, prótesis, etc.–, así como los gastos indirectos y de estructura correspondientes.

Efectúa el cálculo a partir de la gradación asistencial contenida en la información recibida y obtiene las sorprendentes evidencias que aparecen en la parte inferior de la Tabla V. El primer día absorbe una tercera parte del costo total del proceso, proporción que supera el 50% en los tres primeros días, mientras que el otro 50% se reparte, casi homogéneamente, entre los siete restantes días de la estancia.

Dado que la reducción de la estancia media del proceso no va a incrementar la tasa de reingreso, por lo menos mientras no se coloque por debajo del nivel de estancia media privada, decide ir recortando días de estancia con sus costes correspondientes, por la cola del proceso, y observa dos efectos contrapuestos. Por un lado, el crecimiento de la proporción de los costes del primer día, que llegan a superar al 50% del costo total del proceso. Por otro lado, sin embargo, la reducción del coste total de éste; se evidencia una sustanciosa rebaja de más de 1.000 € por cada día de reducción de la duración del proceso.

Las favorables perspectivas avizoradas le llevan a rematar el ejercicio de aproximación, calcula los efectos globales en el gasto de las medidas de incremento de eficacia planteadas a través de la

TABLA V. Costes en euros y duración del proceso en días											
Coste del día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Coste total
Duración del proceso											
10 días	6.613	2.151	1.474	1.390	1.341	1.315	1.309	1.303	1.303	1.303	19.500
9 días	6.613	2.151	1.474	1.390	1.341	1.315	1.309	1.303	1.303		18.197
8 días	6.613	2.151	1.474	1.390	1.341	1.315	1.309	1.303			16.895
7 días	6.613	2.151	1.474	1.390	1.341	1.315	1.309				15.592
6 días	6.613	2.151	1.474	1.390	1.341	1.315					14.283
5 días	6.613	2.151	1.474	1.390	1.341						12.968
%											
Proceso de 10 días	34	11	8	7	7	7	7	7	7	7	100
Proceso de 9 días	36	12	8	8	7	7	7	7	7		100
Proceso de 8 días	39	13	9	8	8	8	8	8			100
Proceso de 7 días	42	14	9	9	9	8	8				100
Proceso de 6 días	46	15	10	10	9	9					100
Proceso de 5 días	51	17	11	11	10						100

Fuente: elaboración propia.

reducción de la estancia media del proceso. La Tabla VI resume los resultados obtenidos, que sugieren los siguientes comentarios.

La progresiva reducción desde diez a cinco días de la estancia media del proceso que se propone eleva, consecuentemente, la rotación hospitalaria al pasar de ocupar la cama 36,5 veces al año a hacerlo 73 veces. Tal mejora viene acompañada de otra buena noticia antes reseñada: el coste por proceso o, lo que es lo mismo, por paciente desciende de manera continuada a medida que lo hace la estancia media del proceso, importando tal reducción un apreciable 33% al rebajar a la mitad la estancia media.

Sin embargo, las buenas noticias desaparecen cuando se contempla la fila siguiente de la Tabla, que confirma que el gasto total derivado del ejercicio asciende casi un 33%, por efecto del mayor aumento de la rotación en comparación con la disminución del coste por proceso. Hace cuentas y deduce que el curso de acción pretendido le dejaría sin recursos económicos a mediados o a principios de diciembre si pretende disminuir la estancia media hasta nueve u ocho días, a mediados de noviembre si reduce un día más, y a finales o principios de octubre en los dos últimos horizontes contemplados.

Pero, además, confirma que, aunque ocupe con mayor rotación el mismo número de camas, necesita duplicar la utilización del quirófano, con su personal y servicios –saturados corrientemente–, y solicitar una doble carga de trabajo al cirujano traumatólogo y al anestesista, lo que de ser posible supondría una mejora de incentivos puesto que dobla su productividad, o bien, con más probabilidad, la duplicación de la plantilla directa, a la que seguiría la mayor carga laboral del personal indirecto –en cuantías variables– y efectos semejantes en el consumo de otros bienes y servicios.

En conjunto, se situaría en otra curva de producción –concéntrica con la anterior– caracterizada por una mayor utilización de recursos tanto corrientes como de capital que, a través de la precisa función de producción del hospital, produciría resultados más elevados en términos de procesos atendidos al año.

TABLA VI. Variables sanitarias y económicas										
	10	9	8	7	6	5				
Estancia media (días)										
Rotación casos/cama	36,5	40,55	45,625	52,1	60,8	73				
Coste/proceso €	19.500	18.197	16.895	15.592	14.283	12.968				
Gasto anual €	714.956	740.852	770.834	813.011	868.883	946.664				
Estancia media. Índice	1	0,900	0,800	0,700	0,600	0,500				
Rotación. Índice	1	1,111	1,250	1,429	1,667	2				
Coste/proceso. Índice	1	0,933	0,866	0,800	0,732	0,665				
Gasto anual. Índice	1	1,036	1,078	1,137	1,215	1,324				
Días de recursos		352	339	321	300	276				
Fin de recursos		18 de diciembre	5 de diciembre	17 de noviembre	27 de octubre	3 de octubre				
Incremento de casos		4	9	16	24	37				
Fuente: elaboración propia.										

En resumen, y en paradójica contradicción con los objetivos planteados, a fin de instrumentar las medidas de eficiencia planteadas debería pedir más fondos, corrientes y para inversión, actividad siempre ingrata y con resultados inciertos. Decide, por ello, abandonar la propuesta.

VALORACIÓN DE LA PARADOJA

La paradoja examinada tiene un contenido real. Al instrumentar medidas de eficiencia vía reducción de las estancias medias, se pasa de una curva de producción a otra, con un mayor consumo de *inputs* tanto corrientes como de inversión, para alcanzar mayores niveles de producción en términos de procesos completados.

Sin modificar el número de camas se atienden más pacientes, pero con un costo. Se intercambian días baratos por días caros, con lo que a pesar de reducir las estancias del proceso éste posee mayor densidad asistencial media; en consecuencia, se sustituyen procesos ligeros por otros más compactos sanitariamente y, por lo tanto, más caros a lo largo de todo el año.

No obstante, el ejercicio en términos sanitarios no acaba aquí, el colega gestor solamente ha contemplado su casa, ha ignorado que con las actuaciones previstas estaría reduciendo las listas de espera, cuyos componentes sufren en términos sanitarios –con situaciones de salud crecientemente precarias– y económicos, produciendo mayores demandas de asistencia primaria y farmacéutica, cuyos costos habría que deducirlos de los resultados obtenidos en el ejercicio, y sobre todo, en términos morales y de bienestar.

El objetivo de la actividad sanitaria es mejorar la salud de la población con actuaciones en los ámbitos de prevención, Atención Primaria, atención especializada, y media y larga estancia, para lo que se deben considerar los efectos globales con el fin de valorar adecuadamente cualquier propuesta de eficiencia.

Finalmente, cara a la realización de un balance completo de las medidas de eficiencia planteadas, la absorción de enfermos en lis-

ta de espera supone economizar los gastos que pudiera estar efectuando su institución para atender a los enfermos de su área en otros hospitales, generalmente privados, para lo que debería computar solamente la diferencia respecto a los costos de su hospital y, a largo plazo, contar con que la rebaja generalizada de estancias medias supondría la aparición de un exceso de capacidad, que debería llevar a una reducción de las camas operativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud. Madrid 1999. Y Rivero Cuadrado A. El conjunto mínimo básico de datos en el SNS: inicios y desarrollo actual. Revista Fuentes Estadísticas nº 49. Diciembre de 2000.*
2. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Pesos de los GRD del Sistema Nacional de Salud. Madrid 2005.*
3. *Eco-Salud OCDE. París 2005.*
4. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Madrid 2002. Web www.msc.es.*
5. *INE. Estadística de Indicadores Hospitalarios. Madrid 2002. Web www.ine.es.*

OTRA BIBLIOGRAFÍA

- *Diversos manuales de Gestión Hospitalaria.*
- *Datos de diversos hospitales, públicos y privados.*

CUARTA PARADOJA

Al bajar los precios crece el gasto farmacéutico

*“La ficción la hacemos
nosotros a nuestra medida”*

CHESTERTON

INTRODUCCIÓN

El gasto farmacéutico causa preocupación a las autoridades sanitarias, tanto por su volumen como por su evolución. Entre las numerosas medidas utilizadas para moderar su crecimiento se ha ensayado, repetidas veces, la rebaja general de precios, con la que se han obtenido resultados opuestos a los buscados dado que no se ha reducido el gasto, lo que constituye una relevante paradoja de la política farmacéutica.

El examen de la cuarta paradoja seleccionada nos invita a visitar de nuevo la parcela farmacéutica de la asistencia sanitaria española, área que ya recorrimos al analizar el mito del copago, en cuya consideración reconocimos determinados aspectos concretos de la prestación farmacéutica.

Enfocamos ahora nuestra atención hacia los precios, otro de los parámetros económicos que definen dicha área y uno de los principales instrumentos operativos de la política farmacéutica.

El crecimiento del gasto sanitario ha sido siempre objeto de preocupación para las autoridades relevantes de cualquier país, incluyendo no sólo las sanitarias sino también las financieras, habida cuenta del importante peso de la actividad sanitaria en las cuentas públicas. A su vez, el gasto farmacéutico constituye una parcela importante dentro del gasto sanitario, quizás la de comportamiento más rebelde, por lo que el control de su crecimiento resulta una premisa indispensable de la política sanitaria. Entre los instrumentos utilizados para el control del gasto farmacéutico figura la reducción de precios, cuya utilización no ha producido siempre los resultados perseguidos.

La sustanciación de la paradoja aconseja considerar detalladamente el ámbito en que se desarrolla, lo que nos permitirá visitar las parcelas de los precios, el consumo y el gasto farmacéutico, así como reconocer el funcionamiento de los instrumentos de control del gasto y, concretamente, los precios farmacéuticos, a fin de emitir un juicio sobre su vigencia en el sistema sanitario español.

PLANTEAMIENTO

La consideración de la paradoja de los precios y el consumo se inicia con el análisis conceptual del consumo farmacéutico, tanto en términos generales como en su aplicación al caso español. Ello nos llevará a recorrer en profundidad las fronteras del consumo farmacéutico para reconocer sus límites, así como para identificar las heterogéneas partidas farmacéuticas que abarca, presentando, además, los diversos campos desde los que se puede considerar el concepto.

Examinaremos, posteriormente, la evolución del consumo farmacéutico en España, dentro de la cual conoceremos los ritmos de crecimiento de cada uno de sus componentes y su comparación con las magnitudes agregadas más relevantes.

A continuación, describiremos los factores explicativos del crecimiento del consumo y del gasto farmacéutico, para lo que utilizaremos un doble enfoque, económico y sanitario. Como resultado, alcanzaremos a ofrecer una primera perspectiva de la decisiva importancia del factor precio en la evolución del gasto farmacéutico.

A fin de enmarcar la relación entre precios y gasto farmacéutico propia de la paradoja que contemplamos, se examina luego el amplio conjunto de medidas de control manejadas por las autoridades sanitarias españolas dentro de la política farmacéutica, caracterizando la utilización de los precios dentro de ella. Observaremos las dificultades de corrección del desequilibrio estructural existente y las razones subyacentes.

Finalmente, se sustancia el contenido de la paradoja a través del examen de los efectos y circunstancias de las tres disminuciones

generales de precios realizadas en el mercado de medicamentos en los años 1993, 1999 y 2005; se reconocen los impactos inmediatos en el gasto y las reacciones posteriores del mercado, y se extraen las conclusiones oportunas.

CONTENIDO CONCEPTUAL DEL GASTO FARMACÉUTICO

La consideración del gasto farmacéutico exige, en primer lugar, determinar con precisión su contenido conceptual, con objeto de evitar los equívocos derivados del manejo sinónimo de sus diversos componentes que es muy corriente en la literatura española.

Para ello, recurrimos al manual de la OCDE, Sistema de Cuentas de la Salud (SCS), que diferencia dos grandes áreas conceptuales en la actividad del sistema sanitario: los servicios y los bienes sanitarios (1, 2).

En España, la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) (3) parte de la antigua determinación de las cuentas satélites y se va aproximando al contenido del SCS. Por otro lado, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (4) ha clasificado recientemente las actividades sanitarias, para lo que ha utilizado la división en las dos mismas áreas conceptuales de la OCDE. En el bloque de servicios sanitarios incluye seis tipos de prestaciones (salud pública, Atención Primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencia, y transporte sanitario), mientras que ubica en el bloque de bienes sanitarios las tres prestaciones restantes (farmacéutica, ortoprotésica y productos dietéticos).

Si concentramos la visión exclusivamente en el campo que nos ocupa, el gasto en bienes sanitarios, ambas regulaciones distinguen dos áreas: la hospitalaria y la no hospitalaria. La primera no se examina de manera individualizada, dado que se considera una partida más dentro del gasto hospitalario, por lo que las cifras oficiales no ofrecen información sobre su cuantía ni detalles sobre los dos conceptos que la componen: productos farmacéuticos y material sanitario de consumo. Los valores del gasto farmacéutico hospitalario fueron contemplados en España durante algún tiempo, pero en la

actualidad la información sanitaria ha dejado de reconocerlos como área digna de atención individualizada y se ha perdido el conocimiento de una importante parcela del gasto.

En cambio, se identifica con mucho detalle la parcela ambulatoria del gasto en bienes sanitarios, que los manuales de gasto descomponen en tres grupos de productos, tal como ya se esbozó en la consideración del mito del copago: los medicamentos (de prescripción y especialidades farmacéuticas publicitarias o EFP), otros productos farmacéuticos no duraderos (vendajes, medias elásticas, artículos para la incontinencia, preservativos y otros, que se sitúan en el ámbito de la Parafarmacia) y bienes sanitarios duraderos (gafas, audífonos, ortopedia y otros).

Debe observarse que no se incluyen determinados conceptos como la higiene personal, la cosmética y la nutrición no medicinal, específicamente excluidos por los manuales de gasto al considerarlos como parcelas adyacentes pero no constitutivas del campo de la sanidad.

Dentro de la parcela de los bienes sanitarios, cuyos límites y composición hemos presentado, tanto las consideraciones del consumo como las del gasto farmacéutico se realizan en España desde diversos horizontes con una creciente amplitud conceptual.

De menor a mayor, el ámbito más reducido aunque más analizado corrientemente es el de la prestación farmacéutica del SNS (5), que se circunscribe al gasto público de facturación por recetas y dispensación a través de oficinas de farmacia, y comprende tres conceptos: especialidades farmacéuticas; fórmulas y varios; y efectos y accesorios. El primero coincide con la categorización de la OCDE, con las excepciones que luego señalaremos, mientras que el segundo y el tercero son exclusivos de la clasificación española y forman parte de la jerga castiza de la parcela farmacéutica pública española.

La clasificación española desglosa en dos categorías el amplio concepto de medicamentos utilizado por la OCDE: en la primera, incluye las especialidades farmacéuticas; y, por razones de control admi-

nistrativo, separa una segunda categoría, las fórmulas y varios, que comprende una diversidad de productos como las fórmulas magistrales y los preparados oficinales, antecedente histórico de los actuales medicamentos industriales, las vacunas y la nutrición medicinal.

Pero, además, junto a ellos la categoría de fórmulas y varios comprende también determinados productos ubicados en el concepto de otros productos farmacéuticos no duraderos y ajenos, por lo tanto, al campo de los medicamentos, como las tiras reactivas para la determinación del nivel de glucosa, las medias elásticas terapéuticas y el oxígeno medicinal.

Este último grupo de productos parece más cercano al incluido en la categoría de efectos y accesorios, que comprende los pañales, las bolsas, los apósitos, las gasas, los esparadrapos, etc., que tampoco son duraderos, junto con los cuales cubren el área de la Parafarmacia.

En un segundo nivel de amplitud conceptual se encuentran la Contabilidad Nacional (5) y la Encuesta de Presupuestos Familiares (6), que amplían la visión anterior al añadir el mercado de bienes sanitarios duraderos, cuyo contenido hemos glosado anteriormente, y la totalidad del gasto privado, que hasta ahora no había aparecido en el análisis, ya que se había circunscrito a la parcela pública del gasto.

Una visión todavía más amplia incluiría, además, el gasto farmacéutico hospitalario. Para alinearnos con las directrices de gasto de los manuales, no utilizaremos esta visión amplia del gasto farmacéutico, salvo excepciones que se indican, y nos ceñiremos fundamentalmente en lo que sigue a su parcela ambulatoria.

EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO

La Tabla I expone la evolución en la década de los 90 del gasto farmacéutico total, incluyendo sus componentes hospitalario y ambulatorio, descompuesto en la totalidad de conceptos que hemos considerado. Los datos se han tomado de la facturación oficial de recetas (7, 8), del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (9) y de IMS (10).

TABLA I. Componentes del mercado farmacéutico español. Consumos anuales en millones de euros, incrementos y porcentaje											
	Productos de prescripción	EFP	Total Medicamentos	Otros productos farmacéuticos no duraderos	Total Medicamentos y OPF	Productos farmacéuticos duraderos	Total Mercado ambulatorio	Productos farmacéuticos hospitalarios	Material sanitario de consumo hospitalario	Total Mercado hospitalario	Mercado total
Millones de euros											
1990	3.421	249	3.670	264	3.934	916	4.849	480	781	1.261	6.110
1995	5.645	371	6.016	424	6.439	1.168	7.607	985	1.423	2.408	10.015
2000	8.614	501	9.115	632	9.747	1.652	11.399	1.572	1.846	3.418	14.818
% TAM	9,7	7,3	9,5	9,1	9,5	6,1	8,9	12,6	9	10,5	9,3
%											
1990	56	3,4	61,2	4,2	65,4	14,6	79,9	7,6	12,4	20,1	100
1995	56,4	3,9	60,2	4,2	64,4	11,6	76	9,8	14,2	24	100
2000	58,1	3,5	61,7	4,2	66	11,1	77,1	10,6	12,4	22,9	100

EFP: especialidades farmacéuticas publicitarias.
 OPF: otros productos farmacéuticos.
 TAM: tasa anual media.
 Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, CGCOF, IMS y estimaciones propias.

Muestra, en primer lugar, que el mercado hospitalario crece a mayor ritmo que el no hospitalario o ambulatorio, lo que fundamenta las críticas del colectivo de Oficinas de Farmacia sobre la excesiva concentración en su parcela de las medidas oficiales de moderación del gasto, cuando el componente hospitalario es el que más crece.

En efecto, a lo largo de la década examinada el gasto farmacéutico total crece con una tasa anual media del 9,3% y la parcela hospitalaria avanza anualmente con una tasa media del 10,5%, más de 1,5 puntos por encima del ritmo anual de crecimiento del área ambulatoria.

La Tabla I evidencia también que, dentro del mercado ambulatorio, los medicamentos de prescripción toman cuotas crecientes, suben dos puntos durante la década, a expensas de los menores crecimientos de las EFP y los productos no duraderos y de la pérdida de importancia de los duraderos.

Si volvemos a la parcela ambulatoria y nos concentramos en la actividad farmacéutica del SNS, en la que se desarrolla la paradoja que comentamos, la Tabla II ofrece información de la evolución de los conceptos relevantes de la prestación farmacéutica desde 1990 hasta el año 2005. Recordemos las áreas arriba expuestas: la prestación incluye especialidades farmacéuticas, fórmulas y varios, y efectos y accesorios.

Como se aprecia, el gasto farmacéutico del SNS muestra una evolución positiva en todos los años del periodo considerado, en el que se eleva con una tasa anual media de incremento del 9%, a pesar de las medidas de precios que luego examinaremos.

Dicha tasa es 1,2 puntos superior al incremento medio anual del gasto sanitario (7,7%), por lo que el gasto farmacéutico asciende en importancia dentro de aquél; pasa de representar un 16,2% a un 19,9% del mismo, tal como reconocimos al tratar el quinto mito referente al copago. Se confirma que la evolución positiva del gasto farmacéutico empuja al alza al gasto sanitario.

TABLA II. Evolución anual: magnitudes farmacéuticas y comparativas. SNS									
% incremento	Gasto farmacéutico	Elevación/caída	Gasto sanitario	Evolución diferencial	PIB	Evolución diferencial	Recetas	Gasto farmacéutico/receta	Evolución diferencial
1990	16,2	-15,1	18,8	-2,6	11,4	4,8			
1991	17	5,2	11,2	5,8	9,7	7,4	1,6	15,2	-13,6
1992	15	-12,2	12,9	2	7,7	7,3	1,3	13,4	-12,1
1993	7,9	-47,2	7	0,9	3,5	4,4	-2,5	10,7	-13,2
1994	5,6	-29,1	3,2	2,4	6,4	-0,8	-2,3	8,1	-10,4
1995	11,6	107,5	5,5	6,1	7,8	3,8	6,4	5	1,4
1996	11,5	-1,2	6,5	5	6	5,4	5	6,2	-1,1
1997	7,1	-38,4	4,7	2,4	6,4	0,6	1,9	5,1	-3,1
1998	10,6	49,3	6,5	4,1	6,8	3,7	-0,1	10,7	-10,8
1999	10	-5,8	7,2	2,8	7,1	2,9	1,4	8,5	-7,1
2000	7,5	-24,9	6,5	1	7,8	-0,4	4,8	2,6	2,3
2001	7,9	6,1	7,4	0,6	7,1	0,8	4,1	3,6	0,5
2002	10	25,5	7,8	2,2	6,6	3,4	6,4	3,3	3,1
2003	12,1	21,2	11,3	0,8	6,7	5,4	6,9	4,9	2
2004	6,3	-47,5	9,6	-3,3	6,7	-0,4	3,1	3,1	0
Est. 2005	5,6	-11,1	13	-7,4	6,7	-1,1	4,9	0,7	4,3
% TAM	9		7,7	1,3	6,5	2,5	2,6	6,2	-3,6

TAM: tasa anual media.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, CGCOF y estimaciones propias.

Por otro lado, se observa en la Tabla II que el PIB creció en el periodo observado a un ritmo anual medio del 6,5%, tasa que el gasto farmacéutico público superó en casi 2,5 puntos, y pasó de representar un 0,8% de éste a un 1,18%.

FACTORES EXPLICATIVOS DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO

Tal como acabamos de mencionar, el gasto farmacéutico público ha observado en el periodo examinado un crecimiento superior al del gasto sanitario público y al del PIB. Absorbe, por consiguiente, una fracción creciente de los recursos nacionales y empuja al alza al gasto sanitario. Por ello, es necesaria la consideración de los factores que explican su evolución, con el fin de conocer los terrenos en los que se han de aplicar las medidas correctoras posibles.

El análisis de los factores explicativos del crecimiento del gasto farmacéutico constituye la aplicación concreta al campo farmacéutico de los estudios más generales sobre el gasto sanitario, introducidos por la OCDE desde 1987 y asociados al nombre de sus expertos Schieber y Poullier.

A partir de la rica base de datos creada por la OCDE, presentaron evidencia comparativa sobre los factores que explicaban el crecimiento del gasto sanitario en los países de la OCDE. Se desglosaron inicialmente los efectos del crecimiento de la población, de los precios y del factor residual que aparecía, al que denominaron prestación sanitaria real media per cápita, cajón de sastre que incluía el incremento de recursos sanitarios consumidos por persona, así como el aumento de calidad de los mismos, ligado a la mejora tecnológica.

Posteriormente, se introdujo el efecto de la extensión de la cobertura de la asistencia pública en aquellos países en los que tal factor mostraba una dinámica relevante para el cálculo. El último factor considerado fue la edad, a fin de eliminar el efecto del envejecimiento y poder comparar con sentido situaciones temporales distintas en un mismo país o la situación en varios países caracterizados por diferentes edades de media de sus poblaciones.

La aplicación pionera de tal aparato analítico al campo sanitario público español de forma rigurosa aparece en la publicación de Barea (11) tantas veces comentada, que se refiere al periodo 1960-1987. En ella, se deduce una tasa anual media de crecimiento del gasto sanitario en pesetas corrientes situada en el impresionante 23,2%, de la que más de la mitad (13%) proviene del incremento de precios, creciendo el gasto real hasta el 9,1%. Dentro de aquéllos, la inflación general se lleva la mayor parte (10,7%), mientras que los precios de los servicios sanitarios observan una evolución diferencial del 2,1% por encima de la inflación general. A su vez, en la evolución del gasto en términos reales influyen el aumento de cobertura (4%), el incremento de la población (0,9%) y el aumento de la prestación real media (4%). El estudio de Barea no desglosa el efecto del envejecimiento.

La Tabla II que hemos contemplado ofrece los datos básicos para la aplicación de la metodología general descrita al campo del gasto farmacéutico público español, cuyos resultados para el periodo 1990-2005 se muestran en la Tabla III ordenados por nivel de influencia. No se ha tenido en cuenta el efecto de la ampliación de cobertura, tan importante en el periodo estudiado por Barea, ya que su incidencia es mínima en el intervalo de 16 años que observamos ahora.

La primera columna de la Tabla resume los resultados del análisis de los factores que explican la evolución del consumo farmacéutico, para cuyo cálculo se ha utilizado el factor de los precios obtenido de la serie elaborada por Farmaindustria (12), que incluye únicamente las variaciones generales de precios y las modificaciones de IVA, por lo que supone solamente una aproximación a la medida de la variación de precios, cuyo reflejo en el IPC es criticado corrientemente por la doctrina.

Además, y a efectos de calcular el efecto de la edad, se ha utilizado el coeficiente 8,3 para la razón del consumo per cápita de los mayores de 65 años respecto a los menores de dicha edad, derivado de elaboración propia (13). Tal cifra coincide sensiblemente con la empleada recientemente en los cálculos públicos y se separa no-

TABLA III. Factores explicativos de la evolución del consumo y el gasto farmacéutico. Tasa anual media de incremento en %. 1990-2005					
Consumo farmacéutico	8,9	Consumo farmacéutico	8,9	Gasto farmacéutico	9
PFRM/cáp.	5,6	PVP/receta	6	PVP/receta	6
Precios	1,4	VM/persona protegida	1,4	VM/persona protegida	1,4
Población protegida	1	Población protegida	1	Población protegida	1
Edad	0,65	Edad	0,65	Edad	0,65
		Receta/VM	-0,3	Copago	0,2
				Receta/VM	-0,3

VM: visitas médicas.
PFRM/cáp: prestación farmacéutica real media per cápita.

tablemente de la tradicionalmente empleada en éstos (3,1), proveniente de la evidencia relativa a otros países del entorno y obtenida de las estadísticas Eco-Salud de la OCDE, cuya realidad farmacéutica se confirma alejada de la española.

Como puede observarse, la prestación farmacéutica real media per cápita es el factor con mayor influencia en la evolución del consumo farmacéutico, seguida por el efecto de los precios, definidos de la manera antes expresada, y por el crecimiento de la población y el efecto de la edad. Destaca, en todo caso, la reducida relevancia comparativa que resulta para estos dos últimos conceptos, que son comúnmente aludidos como básicos en la evolución reciente del gasto farmacéutico, cuando el análisis muestra la mayor importancia de otros factores.

Por otro lado, si matizamos la elevada importancia que el cálculo ha ofrecido a la prestación farmacéutica real media per cápita, es preciso señalar que al calcularse su influencia como factor residual está absorbiendo el efecto de cualquier infravaloración registrada en los demás factores, lo que ocurre con los precios. Habida cuenta de dicha situación y de no ser fácilmente inteligible el contenido de la prestación farmacéutica real media per cápita, ofrecemos en la Tabla dos evaluaciones alternativas relativas al consumo y al gasto farmacéutico, las cuales se basan en términos más cercanos a los sanitarios que se estiman más comprensibles.

En éstas, se utiliza como medida de precios el consumo por receta o precio medio del valor de la receta a PVP, parámetro que estimamos se ajusta mejor al concepto que se desea medir. Asimismo, se relaciona el consumo farmacéutico por persona protegida con las visitas médicas que lo originan, mediante el apoyo en un pilar intermedio: las recetas. Así, el consumo farmacéutico por persona protegida se descompone en tres factores de contenido netamente sanitario que entendemos más fácilmente comprensibles: las visitas al médico por persona protegida (VM/PP) o frecuentación al médico, las recetas por visita médica (rec./VM) o intensidad de prescripción, y el consumo por receta (cons./rec.) o precio medio de la receta a PVP.

Como se aprecia en la segunda columna de la Tabla, los factores que influyen en la evolución del consumo farmacéutico son, por orden de importancia: el precio de la receta, la frecuentación al médico, el crecimiento de la población, el efecto de la edad y la evolución de la intensidad de prescripción.

Esta última, que debería observar un valor positivo a lo largo del periodo considerado como resultado del mayor crecimiento anual medio del número de recetas por persona protegida (1,6%) respecto de la frecuentación al médico (1,4%), invierte su signo al ajustar por edad dichas mediciones, lo que evidencia que el leve descenso en la intensidad de prescripción rebaja el nivel total de recetas esperable del envejecimiento experimentado en el periodo. Tal resultado ofrece una visión dinámica y no debe oscurecer que la intensidad de prescripción constituye el factor más importante en el sobreconsumo que caracteriza a la prestación farmacéutica.

La tercera columna de la Tabla ofrece los resultados del análisis aplicado al gasto farmacéutico, en el que se ha introducido el efecto del copago, concepto que supone la diferencia entre el gasto y el consumo. Los factores que explican el incremento del gasto son idénticos a los expuestos anteriormente con relación al consumo: el precio de la receta como factor más relevante y el copago como penúltimo factor en orden de importancia, habida cuenta de su limitada operatividad por las razones presentadas anteriormente. La progresiva disminución del porcentaje que representa respecto

al consumo supone, en todo caso, un factor positivo en el incremento del gasto.

Queda claro que los precios se erigen en el primer factor explicativo de la evolución del gasto farmacéutico y de su antecedente, el consumo, si bien parte de su influencia queda enmascarada en los cálculos realizados con la metodología de la OCDE dentro del elevado valor de la prestación farmacéutica real media per cápita, que recoge el efecto de los mayores precios que caracterizan a los nuevos fármacos. Desde esta perspectiva, ¿qué medidas se han adoptado para moderar el incremento del gasto farmacéutico, que supera a los del gasto sanitario y el PIB?

MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO

La panoplia de instrumentos de la política farmacéutica para el control del gasto es amplia, como muestra la Tabla IV, que recoge los utilizados en España en los últimos 13 años, con el contenido y circunstancias siguientes (14):

- 1. Revisión general de precios de venta de los laboratorios (PVL):** aplicada en tres ocasiones. Será contemplada luego en detalle, ya que constituye la base de la paradoja que examinamos.
- 2. Revisión específica de precios de venta de los laboratorios:** aplicada, asimismo, en tres ocasiones. Las elevaciones de 1996 y 1997 afectaron a las especialidades farmacéuticas con PVL menor o igual a 300 ptas. y supusieron una repercusión estimada del 0,80% sobre el mercado total de dichos medicamentos en cada uno de los dos años en que se dividió la medida. La tercera entró en vigor en julio de 2001 y unificó al menor nivel los precios de 444 medicamentos con cinco principios activos concretos a fin de eliminar su amplia dispersión de precios.
- 3. Descuento obligatorio de los laboratorios:** tasa impuesta por el Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre.
- 4. Modificación de los márgenes de las Oficinas de Farmacia:** apli-

TABLA IV. Medidas de contención del gasto farmacéutico

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
1. Revisión general de precios de venta de los laboratorios (PVL)	x						x						x	3
2. Revisión específica de precios de venta de los laboratorios (PVL)				x					x					3
3. Descuento obligatorio de los laboratorios													x	1
4. Modificación de los márgenes de las Oficinas de Farmacia					x			x		x			x	4
5. Modificación de los márgenes de los mayoristas					x			x					x	4
6. Sistema de Precios de Referencia								x		x		x		4
7. Productos genéricos (EFG)														1
8. Modificación del tipo de copago		x	x											3
9. Modificación del tipo del IVA		x		x										2
10. Aportación de las Oficinas de Farmacia								x						2
11. Financiación selectiva de medicamentos													x	2
Total	4	2	2	1	4	1	2	4	1	1	2	1	4	29

cada en cuatro ocasiones. Redujo los márgenes desde el 29,9% hasta el 27,9% del PVP sin IVA a partir de marzo de 1997. Impuso una tarifa escalonada alrededor del PVL de 78,34 € y un valor del 33% para las EFG de PVL superior a dicho nivel en agosto de 2000. Actualizó tal valor frontera en 2003 y 2004.

5. **Modificación de los márgenes de los mayoristas:** aplicada en tres ocasiones. Descendieron desde el 12% hasta el 11% de su precio de venta en 1997. Pasaron al 9,6% en 1999; a 8,32 € por envase de PVL superior a 78,34 € en agosto de 2000; y al 8,6% para los de PVL superior a 89,62 € en diciembre de 2004.
6. **Sistema de Precios de Referencia:** su introducción arranca de las medidas de modificación de la Ley del Medicamento aprobadas en 1997 y 1998 para posibilitar la operación del nuevo sistema, de las determinaciones concretas de 1999, y de la Orden Ministerial de 13 de julio de 2000, que estableció 114 conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades y sus precios de referencia, con vigor a partir de diciembre de dicho año. En mayo de 2002, entró en vigor la Orden Ministerial de 27 de diciembre de 2001, que incorporaba 28 nuevos conjuntos homogéneos y revisaba los precios anteriores, situación que se repitió en 2004.
7. **Productos genéricos (EFG):** su desarrollo parte de las medidas de arranque aprobadas en 1997, contemporáneas de las del sistema antes mencionado, pero hechas realidad en 2005.
8. **Modificación del tipo de copago:** se refiere exclusivamente a tres medidas de actualización del importe máximo de copago en los consumos de tarifa reducida, que lo elevan desde 0,30 € hasta 2,40 € en 1993, 2,52 € en 1994 y 2,64 € en 1995.
9. **Modificación del tipo del IVA:** se modifica en dos ocasiones. El 1 de enero de 1993 pasa del 6% anterior al 3%, y asciende hasta el 4% a partir del 1 de enero de 1995.
10. **Aportación de las Oficinas de Farmacia:** las Oficinas de Farmacia acordaron con el Ministerio en 1994 un descuento sobre ven-

tas a la Seguridad Social en función del aplazamiento del pago de facturas, aportación que duró hasta 1997, año en que se aprobó una reducción de los márgenes de las Oficinas de Farmacia. En 2000 se estableció un régimen de descuento lineal por sus ventas al SNS a partir de un nivel de facturación mensual.

11. Financiación selectiva de medicamentos: el Real Decreto 83/93 reguló los medicamentos a efectos de su financiación por el SNS y dispuso las razones por las que podían quedar excluidos de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social. La Orden Ministerial de abril del mismo que lo desarrolló incluyó 1.105 formatos, principalmente de nutrición e higiene personal. La “lista negativa” se repitió con efectos el 1 de septiembre de 1998 y alcanzó a 984 presentaciones de 831 especialidades farmacéuticas.

Como se observa, la naturaleza de las medidas de moderación del gasto farmacéutico utilizadas es muy diversa, evidencia la necesidad de recurrir a instrumentos a veces exóticos para doblegar el inexorable ascenso del gasto. Lo mismo puede decirse de su efectividad en la consecución del objetivo perseguido. Frente a la reducida importancia de algunas medidas, como las modificaciones del tipo de copago o las revisiones específicas de precios de venta de los laboratorios, otras han significado modificaciones estructurales de relevancia, como las introducciones del Sistema de Precios de Referencia o las EFG, o bien el recurso a la financiación selectiva. La aportación de las Oficinas de Farmacia y la más reciente de los laboratorios rivalizan ya en importancia con la aportación de los beneficiarios, mientras que el goteo de modificaciones de los márgenes de Oficinas de Farmacia y mayoristas ofrece un impacto acumulado apreciable.

SUSTANCIACIÓN Y VALORACIÓN DE LA PARADOJA

Se acepta de forma generalizada en las afirmaciones de los expertos que las medidas correctoras enfocadas a la reducción directa del precio de los medicamentos producen un impacto inmediato y evidente en el gasto, para provocar luego intensas reacciones del mercado, que retorna a sus crecimientos habituales. Tal apreciación va a servir de base a la sustanciación de la paradoja que co-

mentamos, para cuyo esclarecimiento concentraremos la visión en el análisis de los efectos y circunstancias de las tres disminuciones generales de precios que afectaron al mercado de medicamentos en los años 1993, 1999 y 2005.

La primera de dichas reducciones fue fruto de un acuerdo negociado a lo largo de 1993 entre Farmaindustria, la Patronal de los Laboratorios Farmacéuticos y el Ministerio de Sanidad, con objeto de disminuir el considerable ritmo de crecimiento del gasto farmacéutico que, con tasas anuales de dos dígitos, venía observándose en los últimos seis años. El pacto se alcanzó en el mes de noviembre y se concretó en una reducción media durante tres años del precio de los medicamentos cifrada en un 3%.

Quedaban fuera del trato las especialidades lanzadas al mercado en 1993, las no financiadas por la Seguridad Social y las de uso hospitalario, por lo que afectó a la casi totalidad del mercado; se aplicaron, a las especialidades comprendidas en el acuerdo, disminuciones entre el 2,7% y el 4,2% en función de su PVL. La fecha de su entrada en vigor hizo que sus efectos no se hicieran sentir hasta el año 1994.

La segunda reducción general contemplada se realizó en 1999 y derivó del conocimiento de los resultados de la evolución del gasto alcanzados en 1998, que observaron, de nuevo, una tasa anual de crecimiento con dos dígitos. Se puso en marcha a partir del 1 de noviembre, según lo dispuesto en el Real Decreto Ley 12/99, de 31 de julio.

La reducción media impuesta en el precio industrial máximo se fijó en un 6%, anulándose así el acuerdo de reducción voluntaria de precios de un 3% firmado en 1993 con Farmaindustria y que estaba todavía en vigor, lo que resultó en una reducción efectiva de los precios de comercialización cifrada en el 4,3%. Las especialidades afectadas por la medida cubrieron un ámbito semejante al de 1993; no se excluían las introducidas en el mercado en el año, pero se incluían las de PVL máximo igual o inferior a 2,10 €. Una vez más, la tardía fecha de su entrada en vigor, dentro del año, hizo que sus efectos no se percibieran hasta el año siguiente, en 2000.

La tercera reducción general de precios que contemplamos se aprobó por el Real Decreto 2402/2004, que disponía medidas para la contención del gasto farmacéutico: se aplazaba la creación de nuevos conjuntos afectados por precios de referencia hasta el rediseño del sistema y se preveía la reducción de PVL de las especialidades farmacéuticas en un 4,2% a partir de marzo de 2005 y en un 2% en marzo de 2006. Se exceptuaron las especialidades sometidas a precios de referencia y las de PVL menor a 2 €, nivel que se fijó como mínimo del mercado.

La Tabla II antes contemplada ofrece información básica para valorar los efectos de las tres reducciones de precios examinadas, que estudiaremos referidas a los años 1994, 2000 y 2005, en los que muestran su incidencia y cuyos datos aparecen en negrita en la Tabla. Como puede observarse, en ninguno de los tres casos se produce una disminución del gasto farmacéutico, aunque sí una reducción del ritmo de aumento de éste, con caídas del 29% en la primera reducción, del 25% en la segunda y sólo del 11% en la tercera, ya que venía precedida de un intenso ajuste el año anterior derivado de las modificaciones introducidas en el Sistema de Precios de Referencia, que produjeron la mayor caída relativa del periodo examinado.

Se comprueba, en todo caso, que las disminuciones del ritmo de avance del gasto ocasionadas por las rebajas de precios duran un solo año, puesto que la moderación experimentada en el año 1994 viene sucedida en 1995 por el mayor empuje relativo de todo el periodo estudiado, avance que dura un año más. En el mismo sentido, al ajuste de ritmo del 2000 le suceden tres años de intenso crecimiento del gasto. Todo ello confirma las apreciaciones doctrinales sobre la reducida eficacia temporal de las medidas de precios que antes se han comentado. Quedan por ver los resultados del año 2006, en los que la rebaja introducida en marzo refuerza los efectos de la realizada un año antes.

La inexistencia de disminuciones de las cifras absolutas en la serie de gasto farmacéutico, así como sus quiebros hacia la moderación en los años de incidencia de las elevaciones de precios, pueden ex-

plicarse por la acción conjunta de los dos factores más elementales que determinan el nivel de gasto: el número de recetas y el gasto por receta, cuyas evoluciones se exponen en la parte derecha de la Tabla II.

Como se aprecia, la evolución del número de recetas solamente adquiere valores negativos en tres años: 1993, 1994 y 1998; la causa que las motiva es idéntica, las listas negativas, que excluyen numerosos medicamentos de la financiación pública y salen, por consiguiente, de la Tabla. El primer “Medicamentazo” se aplica avanzado ya el año 1993, por lo que sus efectos completos se extienden al año siguiente, que muestra también la disminución del número de recetas. En cambio, la medida de 1998 de menor intensidad que la primera, aunque con una entrada en vigor más tardía dentro del año, produce una leve disminución del número de recetas de dicho año, que desaparece al siguiente, el de plenos efectos de la medida.

En ambos casos, la evolución del número de recetas en los años siguientes a los de plenos efectos de la medida muestra un importante sesgo al alza; se observan los más importantes ritmos de avance del periodo estudiado, como se aprecia en los periodos 1995-1996 y 2000-2003. La pujanza del mercado reaparece inmediatamente y muestra lo que en términos económico-sanitarios podría denominarse “elasticidad *retard*”.

Un patrón semejante, aunque de menor intensidad, se aprecia en la serie de gasto por receta, en la que el efecto de las reducciones de precios parece mantenerse en el año posterior a su entrada en vigor, para flexionar al alza en los siguientes. La coincidencia en 1998 de una disminución del número de recetas con una importante elevación del gasto por receta puede explicarse como consecuencia del expurgo de recetas baratas producida por la lista negativa, entre otros factores.

Se evidencia, además, que el patrón de mayores incrementos del gasto por receta respecto del número de recetas, propio de los primeros años de la serie, cede paso en los últimos seis años de la mis-

ma –una vez absorbidos los efectos del segundo “Medicamentazo”– a un patrón contrario, en el que los crecimientos del número de recetas prevalecen sobre los del gasto por receta. Ello muestra el acercamiento, siquiera sea limitado, a los objetivos de moderación del gasto perseguidos.

La pujanza del número de recetas a partir de su elevado valor absoluto en términos comparativos expresa claramente el sobreconsumo del mercado, y constituye, en términos relativos, la asignatura pendiente actual –por encima de la atención a los precios– para el adecuado control del gasto. Ello lleva a insistir en la necesidad de un reparto más equilibrado de los esfuerzos que se han de realizar por los agentes de la oferta y la demanda que operan en la parcela farmacéutica, así como en la conveniencia actual de una mayor atención a las medidas de moderación del volumen que a las medidas de precios.

La paradoja que comentamos queda sustanciada con la constancia de que las medidas correctoras de reducción de precios de los medicamentos no han provocado, en ninguno de los tres casos examinados, una reducción del gasto. Se observa, solamente, una minoración de su ritmo de aumento. Contrariamente a lo que ocurre en numerosas áreas de la actividad económica, al bajar los precios crece el gasto farmacéutico.

Es preciso reconocer que las medidas ensayadas, a pesar de que han logrado mantener las cifras del gasto farmacéutico en proporciones más reducidas respecto al gasto sanitario que en el pasado, siguen sin corregir el desequilibrio estructural del mismo, tal como muestra una comparación con las cifras de los países del entorno español. Ello es así por una doble razón señalada por la doctrina y los expertos.

Por un lado, la mayoría de las medidas adoptadas en España poseen un carácter eminentemente coyuntural, lo que las dota de una reducida eficacia temporal, a saber, ofrecen un impacto importante el año de su implantación que se diluye inmediatamente por la reacción de un mercado poderoso y siempre alcista.

La segunda razón es que el mantenimiento de esa permanente presión radica en la reducida consideración prestada a las características de la demanda de productos farmacéuticos, prácticamente ausente en las medidas comentadas, como es evidente. Ello desequilibra indebidamente el peso de las medidas de ajuste hacia el ámbito de la oferta, con exigencias cada vez mayores a los sectores productivo y de distribución, y sin visos de una solución duradera a los problemas planteados.

Tal ausencia ilumina inconvenientemente los planteamientos futuros de nuestra política farmacéutica, que debería dar paso a un reparto más equilibrado de los esfuerzos que se han de realizar por los agentes de la oferta y la demanda que operan en la parcela farmacéutica, a fin de encontrar soluciones duraderas y evitar efectos indeseados en el sector y su transmisión al resto de la economía.

Pero, además, hemos confirmado los términos de la reducida eficacia temporal de las medidas de precios señalados por la doctrina al comprobar que las disminuciones del ritmo de avance del gasto ocasionadas por las rebajas de precios examinadas han durado históricamente un solo año, tras el cual se han producido intensas reacciones del mercado, que retorna a sus crecimientos habituales.

Tales reacciones se concretan en el sesgo al alza del número de recetas en los años siguientes a los de aplicación de las medidas de precios y en la apreciación de un patrón semejante, aunque con menor intensidad, en la serie de gasto por receta, en la que el efecto de las reducciones de precios parece mantenerse en el año posterior a su entrada en vigor para flexionar al alza en los siguientes, reapareciendo la pujanza del mercado.

La consideración de la paradoja y la evidente necesidad de moderar el aumento del gasto llevan a recomendar un reparto más equilibrado de los esfuerzos que se han de realizar por los agentes de la oferta y la demanda que operan en la parcela farmacéutica y a constatar la conveniencia actual de prestar más atención a las medidas de moderación del volumen que a las medidas de precios.

BIBLIOGRAFÍA

1. OCDE. *Sistema de Cuentas de la Salud. A System of Health Accounts (SHA)*. 2000. Web www.oecd.org.
2. *Eco-Salud OCDE*.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La armonización internacional de las estadísticas de gasto sanitario: sistemas de cuentas de salud en España. SDG de Análisis Económico y Fondo de Cohesión*. Madrid 2005.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ley de Cohesión y Calidad del SNS*. Web www.msc.es.
5. INE. *Contabilidad Nacional*. Web www.ine.es.
6. INE. *Encuesta de Presupuestos Familiares*.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el SNS*.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Datos de facturación de recetas médicas del SNS*. Web www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm.
9. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Revista Panorama Actual del Medicamento*, y web www.portalfarma.com/información-estadística.
10. IMS Ibérica. *El mercado farmacéutico. Estudio de prescripciones médicas*.
11. Barea J, et al. *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid 1992.
12. *Farmaindustria. Memorias anuales: La industria farmacéutica en cifras*; Revista *Farmaindustria*; y web www.farmaindustria.es.
13. Perona Larraz JL. *Aseguramiento y gasto farmacéutico en 2000. Efectos económicos y sanitarios de dos modelos de protección (SNS vs. MUFACE)*. Manuscrito no publicado. Madrid 2003.
14. Luaces Martín A. *Necesidad de contener el gasto farmacéutico. Crónica de una década (1993-2002)*. Revista de la Real Academia de Farmacia de Cataluña. Nº 24. Junio de 2003.

QUINTA PARADOJA

**Los funcionarios públicos prefieren
la asistencia privada**

*“La calidad nunca es un
accidente; siempre es el
resultado de un esfuerzo
de la inteligencia”*

RUSKIN

INTRODUCCIÓN

La última paradoja que contemplamos se desarrolla en el campo del aseguramiento sanitario, en el que la práctica totalidad de la población española tiene cubiertos obligatoriamente sus riesgos de enfermedad con provisión pública de asistencia sanitaria, mientras que una fracción de los funcionarios públicos disfruta de una fórmula de cobertura con capacidad de elección entre la provisión pública o privada de cuidados. La gran mayoría de éstos elige, paradójicamente, la atención sanitaria privada, en contraste con la situación de la población general.

El aseguramiento básico obligatorio se desarrolla en España dentro del marco del Régimen General de la Seguridad Social, mientras que los funcionarios públicos disponen de un régimen de protección específico, que en la terminología corriente ha venido a denominarse modelo MUFACE, aunque en realidad abarca varias entidades que conforman el área de mutualidades de funcionarios públicos (MFP).

Dicho modelo se caracteriza por la obligatoriedad de afiliación de los colectivos de funcionarios asegurados, a quienes les ofrece la posibilidad de elegir entre la provisión pública de los cuidados sanitarios que necesiten, realizada por el Servicio Nacional de Salud, o la provisión privada de los mismos, llevada a cabo por diversas entidades particulares. Los funcionarios poseen, por lo tanto, un régimen de protección distinto al de la población en general, disponen de una capacidad de elección inexistente en el Régimen General de la Seguridad Social.

Las posibilidades de elección citadas suponen, de alguna forma, la competencia de los sectores público y privado de nuestra asistencia sanitaria, entre los que el funcionariado puede escoger y cuyas preferencias constituyen la manifestación de la demanda dirigida a una u otra área de cuidados y, por consiguiente, una medida comparativa de la calidad de ambas desde el punto de vista de los asegurados.

Si bien es abrumadoramente mayoritaria en España la prestación pública de la asistencia sanitaria para la población general, se da la circunstancia de que el reducido colectivo que dispone de capacidad de elección, los funcionarios públicos, escoge mayoritariamente la asistencia privada, lo que supone una mayúscula paradoja del sistema español, cuyo análisis puede arrojar luz sobre sus características, por lo que parece interesante su consideración.

PLANTEAMIENTO

El análisis que presentamos parte de la consideración del aseguramiento sanitario y de la identificación de los colectivos comprendidos en el área de las MFP; ofrece, a continuación, una medida de la importancia cuantitativa de los colectivos cubiertos y de su evolución, así como un examen de sus características demográficas, tanto etarias como regionales. Se presenta, luego, una visión general de las diversas parcelas presentes en el aseguramiento sanitario español, dentro del cual se ubica el colectivo protegido por las MFP.

A continuación, se examina la base legal que cobija a las entidades comprendidas dentro de las MFP y, específicamente, la regulación de las posibilidades de elección que asisten al colectivo de asegurados en las mismas y que las diferencian de lo regulado en el Régimen General de la Seguridad Social.

Acto seguido, se determinan los resultados del ejercicio de dicha capacidad diferencial de elección de asistencia sanitaria por parte de los colectivos asegurados en las MFP, lo que se lleva a cabo con datos globales y, posteriormente, desde los puntos de vista de la edad, la distribución geográfica y la clase social, con cuyos resultados se sustancia el contenido objetivo de la paradoja analizada,

cuyos perfiles definitorios se observan a lo largo de la serie temporal de datos disponible.

Finalmente, se valora la paradoja considerada mediante el examen de las causas que se vislumbran como origen de la misma, lo que se realiza con apoyo en las aportaciones relevantes de la literatura. Entre todas ellas, se determinan las concurrentes en el caso español y se deducen, por último, las recomendaciones pertinentes para la mejora del funcionamiento del sistema sanitario español.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MFP

Población protegida

El colectivo de asegurados en las MFP pertenece a tres entidades diferentes: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) (1), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) (2) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) (3). Anteriormente, figuró junto a ellas la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL), cuyos asegurados fueron integrados en 1993 en el Régimen General de la Seguridad Social y dejaron de pertenecer a las MFP y de tener, por consiguiente, capacidad de elección entre la asistencia sanitaria pública y la privada.

Las Tablas I y II muestran la distribución regional y por edades de los colectivos de las tres mutualidades y de su conjunto¹. Se observa que la población asegurada en las MFP alcanza casi los 2,5 millones de personas, elevado contingente que supone más del 6% de la población total española. Entre las tres mutualidades integradas en la parcela de MFP, MUFACE posee el colectivo más numeroso, superior a 1,6 millones de asegurados, lo que importa casi un 65% del total de las MFP, seguida de ISFAS, con casi 800.000 asegurados y un 32% del total, mientras que MUGEJU es la más pequeña con menos de 100.000 asegurados y un 3% del conjunto.

¹ Se utilizan, indistintamente, cifras de fin de año y del promedio del año, a tenor de su disponibilidad. Además, se han detectado en las tablas diferencias de suma de reducido valor, que no afectan a la significación del trabajo.

TABLA I. Colectivos regionales MFP (2000)						
Población protegida 2000	MUFACE	ISFAS	MUGEJU	MFP	España (millón de habitantes)	% MFPE
Andalucía	317.191	177.173	15.440	509.804	7,188	7,1
Aragón	47.503	37.121	2.533	87.157	1,175	7,4
Asturias	40.450	12.688	2.207	55.345	1,060	5,2
Baleares	24.429	15.802	1.675	41.906	0,737	5,7
Canarias	72.003	32.303	2.771	107.077	1,590	6,7
Cantabria	20.421	5.908	1.109	27.438	0,526	5,2
Castilla-La Mancha	70.179	32.951	2.659	105.789	1,707	6,2
Castilla y León	122.475	64.423	5.285	192.183	2,496	7,7
Cataluña	168.706	36.023	10.993	215.722	6,059	3,6
Comunidad Valenciana	145.260	47.570	8.395	201.225	3,931	5,1
Extremadura	47.796	28.230	1.820	77.846	1,080	7,2
Galicia	109.104	58.354	5.424	172.882	2,717	6,4
Madrid	284.131	162.413	13.881	460.425	5,028	9,2
Murcia	50.190	36.158	2.361	88.709	1,098	8,1
Navarra	14.744	8.519	893	24.156	0,529	4,6
País Vasco	48.822	12.592	3.389	64.803	2,054	3,2
La Rioja	11.251	6.799	512	18.562	0,259	7,2
Ceuta y Melilla	9.159	21.955	-	31.114	0,136	22,9
España	1.603.811	796.982	81.347	2.482.140	39,371	6,3

Fuente: Promedios anuales, memorias e INE.

TABLA II. Colectivos MFP: Distribución por edades (2000)

Población protegida total	MUFACE	ISFAS	MUGEJU	MFP	España	% MFPIE
0-4	74.284	32.267	2.835	109.386	1.879.425	5,8
5-9	94.325	32.519	4.305	131.149	1.937.683	6,8
10-14	109.346	36.872	4.962	151.180	2.065.330	7,3
15-19	135.856	56.212	6.125	198.193	2.504.297	7,9
20-24	142.787	90.376	6.339	239.502	3.162.836	7,6
25-29	103.190	82.211	5.564	190.965	3.435.608	5,6
30-34	91.882	55.033	7.862	154.777	3.350.438	4,6
35-39	130.183	46.899	11.959	189.041	3.179.750	5,9
40-44	150.406	44.848	10.224	205.478	2.881.371	7,1
45-49	144.651	41.112	5.756	191.519	2.521.257	7,6
50-54	120.654	37.309	3.321	161.284	2.395.503	6,7
55-59	86.714	41.609	2.158	130.481	2.133.266	6,1
60-64	52.831	37.981	1.288	92.100	1.882.274	4,9
65-69	44.217	36.181	1.607	82.005	2.055.868	4
70-74	37.055	32.082	1.952	71.089	1.807.398	3,9
75-79	32.515	34.882	1.971	69.368	1.402.651	4,9
80-84	23.286	33.711	1.401	58.398	864.242	6,8
85 y más	28.424	27.394	1.724	57.542	662.476	8,7
Total	1.602.606	799.498	81.353	2.483.457	40.121.673	6,2
Edad media	37,6	41,2	34,9	36,8	39,9	

Fuente: Datos 31/12, memorias e INE. Proyecciones de población a partir del censo de 1991.

La distribución geográfica de los colectivos registra desviaciones poco significativas alrededor de las medias antes citadas, aunque muestra algunas peculiaridades. Así, Ceuta y Melilla alcanzan el mayor porcentaje de asegurados en MFP respecto a su población, casi un 23%, en lo que influye el elevado contingente militar, mientras que Cataluña y el País Vasco poseen los valores mínimos, alrededor del 3%, ante la mayor preponderancia del funcionariado autonómico, el cual no está asegurado en las MFP. En el resto de regiones, oscila entre el 4,6% de Navarra y el 9,2% de Madrid, y puede decirse que la distribución regional del colectivo asegurado en las MFP ofrece una elevada representatividad de la población total.

Lo mismo ocurre con la distribución por edades, en la que los colectivos de las MFP suponen en casi todos los escalones un porcentaje similar respecto a la población total, alrededor del promedio situado en el 6%, aunque destacan sus mayores participaciones en los escalones de mayor y menor edad. La edad media de los colectivos MFP es de 36,8 años, tres años más joven que el promedio español, situado en 39,8 años, englobando un colectivo de mayor edad promedio que el conjunto nacional, ISFAS, con 41,2 años, mientras que las poblaciones aseguradas en las dos restantes mutualidades poseen edades medias inferiores a aquélla: 34,9 años en MUGEJU y 37,6 años en MUFACE.

La Tabla III, finalmente, ofrece una visión general del aseguramiento sanitario español y ubica al colectivo protegido por las MFP dentro del mismo. Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (4), de Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA) (5) y una amplia elaboración propia (6).

Como se aprecia, aparecen seis modalidades de aseguramiento al distinguir la entidad aseguradora de la proveedora de asistencia sanitaria. La población asegurada en el Régimen General de la Seguridad Social que recibe asistencia exclusivamente en el SNS supera los 33 millones de españoles y supone un 81% de la población total. Tal colectivo comprende a los trabajadores en activo, a los pensionistas, y a sus familias, incluidos los funcionarios públicos no protegidos por las MFP.

TABLA III. Categorías de aseguramiento sanitario español (2000)

000 Población protegida	Estimación PP	%	Seguridad Social	%	ESL	%	MFP	%
Seguridad Social sólo	33.184	81	33.184	89				
MFP en Seguridad Social	472	1	472	1			472	19
MFP en ESL	2.011	5		0	2.011	27	2.011	81
ESL sólo	1.601	4		0	1.601	22		
Privados sólo	40	0,1		0				
Doble tarjeta	3.808	9	3.808	10	3.808	51		
Total	41.117	100	37.465	100	7.420	100	2.483	100

MFP: mutuas de funcionarios públicos.

ESL: Entidades de Seguro Libre.

Fuente: memorias y elaboración propia a partir de INE, ENS y datos ICEA.

Las MFP, por su lado, aseguran a casi 2,5 millones de españoles, parte del conjunto de funcionarios públicos, de los que más de dos millones eligen asistencia privada y algo menos de medio millón escoge la asistencia pública del SNS, suponiendo en conjunto un 6% de la población total.

El 13% restante de españoles distribuye su aseguramiento en tres modalidades. Un 4%, que supone 1,6 millones de personas, está asegurado exclusivamente en las Entidades de Seguro Libre (ESL) y recibe asistencia privada. Constituye parte del colectivo no cubierto por la Seguridad Social obligatoria, fundamentalmente trabajadores autónomos y profesionales.

Otro 9%, que supone 3,8 millones de personas, recibe también asistencia privada aunque esté asegurado por el Régimen General de la Seguridad Social; forma el colectivo caracterizado por la “doble tarjeta”, ya que disfruta tanto de la tarjeta de la Seguridad Social como de las ESL. Son trabajadores cubiertos por la Seguridad Social, principalmente autónomos y altos ejecutivos, que prefieren disfrutar simultáneamente de las ventajas del aseguramiento privado y satisfacen el costo de este último de forma complementaria al pago de impuestos que financia actualmente la asistencia sanitaria pública.

Finalmente, un colectivo de 40.000 personas prefiere no tener ningún tipo de aseguramiento y demanda asistencia privada, que paga de su bolsillo, a medida que se le presentan episodios de morbilidad. Está compuesto por otros trabajadores autónomos, rentistas, etc. Afortunadamente, el colectivo sin aseguramiento sanitario decrece continuamente y es muy reducido en España (0,1%); su posición responde a decisiones individuales, puesto que la cobertura universal del sistema público español está ligada a la condición de ciudadano, por lo que también les acoge aunque declaren no utilizarlo.

La Tabla IV pone de manifiesto las cifras de aseguramiento obtenidas de la ENS y las corregidas, utilizando informaciones particulares ajenas a la misma. Como puede observarse, infravalora notablemente a los colectivos cubiertos por las MFP y asegurados en las ESL, en función de sus reducidos tamaños, mientras que sobrevalora ligeramen-

**TABLA IV. Colectivos asegurados (2001). Cifras ENS y corregidas
(población protegida en 000)**

Población protegida 2001	ENS	Datos corregidos	% corrección
Seguridad Social sólo	34.521	33.299	-3,5
MFP en Seguridad Social	879	462	-47,5
MFP en ESL	1.131	2.027	79,2
ESL sólo	1.624	2.280	40,4
Privados sólo	26	26	-3,5
Doble tarjeta	2.667	3.745	40,4
Total	40.847	41.838	2,4
Seguridad Social aseguramiento	37.188	37.044	-0,4
Seguridad Social provisión	38.067	37.506	-1,5
MFP	2.010	2.488	23,8
ESL	5.421	8.052	48,5

MFP: mutuas de funcionarios públicos.
 ESL: Entidades de Seguro Libre.
 Fuente: ENS y elaboración propia.

te al colectivo asegurado en la Seguridad Social. Se deduce de ello que los trabajos de investigación realizados con las cifras tomadas directamente de la ENS pueden conducir a resultados lejanos a los reales.

En conjunto, el colectivo asegurado por las MFP –objetivo de nuestro análisis– supone una porción menor pero de tamaño suficientemente representativo de la población general, tanto en términos absolutos como geográficos y de edad, una muestra válida de la misma, por lo que las conclusiones que se alcanzan de su consideración, a cualquier efecto, poseen capacidad de generalización a la población total.

Base legal

La progresiva consolidación del aseguramiento público español alcanza un hito importante en 1963, cuando se aprueba la Ley de Bases de la Seguridad Social, que regula una amplia cobertura de los riesgos económicos y sanitarios de la población activa. Dentro de ella se reconoce la diversidad de características de los colectivos que la componen y se establece la necesidad de disponer bases legales separadas para los grupos profesionales cuyas peculia-

res condiciones laborales no permitan una adecuada consideración dentro del Régimen General de la Seguridad Social.

A su abrigo existen diversos regímenes especiales. El primero de los que consideramos está regulado por la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, que agrupó los diversos esquemas en vigor existentes y creó una mutualidad única, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), adscrita al Ministerio de Administraciones Públicas.

En ella están obligatoriamente incluidos los funcionarios de carrera y en prácticas de la Administración civil del Estado, y excluidos, por regirse por sus normas específicas, los funcionarios de la Administración local, organismos autónomos, Administración militar, Justicia, Seguridad Social, comunidades autónomas y universidades.

Las disposiciones generales, así como el Reglamento General del Mutualismo Administrativo y el de MUFACE, disponen que la asistencia sanitaria puede prestarse directamente, o bien mediante concierto con entidades públicas o privadas; tradicionalmente, se aplica la segunda alternativa al no haber creado instituciones asistenciales propias en los 30 años de su existencia.

La regulación básica ofrece a sus asegurados la posibilidad de elegir entre la asistencia sanitaria del sistema sanitario público, dentro del concierto que mantiene con la Seguridad Social a través del INSS y prestada por los servicios de salud de las comunidades autónomas, y la asistencia privada, prestada por alguna de las nueve ESL con las que mantiene concierto en la actualidad. Las opciones de elección entre el sistema sanitario público y las ESL, o entre éstas, se pueden ejercitar libremente cada año durante el mes de enero.

De forma semejante, la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) se creó por el Real Decreto Ley 16/1978, de 7 de junio; está adscrita al Ministerio de Justicia y quedan obligatoriamente incluidos en su régimen especial el personal al servicio de la Administración de Justicia y los funcionarios en prácticas. Las facultades de elección de asistencia sanitaria por sus asegurados, los regímenes de concierto

y las posibilidades de cambio de entidad prestataria de la asistencia son iguales que en el caso anterior.

Finalmente, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) quedó regulado por la Ley 28/1975, de 27 de junio, y está adscrito al Ministerio de Defensa; están obligatoriamente incluidos en su régimen especial el personal militar y civil al servicio de la Administración militar, incluida la Guardia Civil, y los funcionarios en prácticas. Los regímenes de concierto y la capacidad de elección de sus asegurados son semejantes a los anteriormente expuestos, aunque más amplios puesto que añaden la posibilidad de escoger la prestación de servicios por parte de los centros concertados de la sanidad militar.

En resumen, la capacidad de elección de la entidad prestataria de asistencia sanitaria por parte de los funcionarios públicos, sean civiles o militares, es más amplia que la de la población española en general, ya que pueden escoger con total libertad entre el campo público (SNS) o el privado (ESL), e incluso el colectivo asegurado en ISFAS dispone de una tercera posibilidad alternativa, también pública.

Habida cuenta de las notables diferencias existentes entre los perfiles definidores de la asistencia sanitaria pública y privada, es de interés conocer hacia cuál de esos campos dirigen su demanda de atención los colectivos asegurados en las tres mutualidades de funcionarios que contemplamos. ¿Cuáles son los resultados del ejercicio de su capacidad de elección? ¿Prevalece la importancia mayoritaria de la asistencia pública que caracteriza al conjunto de la población española, o la capacidad de elección lleva a otros resultados?

RESULTADOS DE LA ELECCIÓN. CONTENIDO DE LA PARADOJA

Datos generales

Observaremos las situaciones individuales de cada una de las tres entidades que componen la parcela aseguradora de las MFP, que agruparemos luego para apreciar las características de la situación conjunta. La Tabla V ofrece información sobre la evolución del colectivo asegurado en MUFACE y su distribución entre los subgru-

TABLA V. MUFACE. Población protegida y clases de asistencia

	Población protegida total	Asistencia pública	Asistencia privada	% asistencia pública	% asistencia privada
1990	1.538.214	205.647	1.332.567	13,4	86,6
1991	1.569.354	215.526	1.353.828	13,7	86,3
1992	1.600.688	221.232	1.379.456	13,8	86,2
1993	1.616.714	224.923	1.391.791	13,9	86,1
1994	1.604.143	224.932	1.379.211	14	86
1995	1.622.521	224.468	1.398.053	13,8	86,2
1996	1.613.582	219.362	1.394.220	13,6	86,4
1997	1.614.358	217.500	1.396.858	13,5	86,5
1998	1.632.700	215.888	1.416.812	13,2	86,8
1999	1.613.902	215.351	1.398.551	13,3	86,7
2000	1.602.606	212.804	1.389.802	13,3	86,7
2001	1.603.544	207.699	1.395.845	13	87
2002	1.615.901	212.734	1.403.167	13,2	86,8
2003	1.612.595	212.580	1.400.015	13,2	86,8
2004	1.603.186	207.894	1.395.292	13	87

Fuente: memorias.

pos que, por decisión propia, reciben asistencia sanitaria pública o privada.

Como puede apreciarse, el colectivo cubierto pasa de algo más de 1,5 millones de asegurados hasta 1,6 millones largos en los 15 años analizados, habiendo ascendido en casi 65.000 personas, lo que supone un 4,2%. Dentro del mismo colectivo, la porción que escoge asistencia privada asciende en más de 62.000 personas, mientras que el que elige prestación pública observa el menor crecimiento, cifrado en menos de 3.000 personas. Lo importante a nuestros efectos es que el porcentaje de asegurados que ha escogido asistencia privada ha sido siempre mayoritario dentro del conjunto y ofrece una estabilidad notable, ha oscilado levemente desde el 86% hasta el 87% de la población funcionaria protegida.

Mientras tanto, la porción del total que escoge asistencia pública oscila entre el 13% y el 14% del total, lo que representa una fracción ampliamente minoritaria que se mantiene a lo largo del periodo ob-

servado. Además, se aprecia que el colectivo que elige asistencia pública asciende un 1,1% en este periodo, frente al crecimiento de un 4,7% de la porción que escoge asistencia privada.

La paradoja examinada queda, por tanto, concretada en una apreciación básica y otra accesoria:

1. La población asegurada en MUFACE que elige la prestación privada de asistencia sanitaria es notablemente mayor que la que escoge asistencia pública, oscila alrededor del 86% en el periodo de 15 años analizado.
2. Además, la porción de asegurados en MUFACE que eligen la prestación privada de asistencia sanitaria crece, en el periodo observado, a mayor ritmo que los que escogen la prestación pública y que el conjunto de asegurados en MUFACE.

Los términos de la situación en MUGEJU son semejantes a los observados anteriormente, como muestra la Tabla VI.

En efecto, el colectivo cubierto por MUGEJU ha ascendido más de 25.000 personas en los 15 años analizados, lo que supone un 41%; ha pasado de casi 62.000 asegurados a casi 87.000. Dentro de ellos, la porción que escoge aseguramiento privado asciende en más de 22.000 personas, mientras que el que elige aseguramiento público observa el menor crecimiento, cifrado en menos de 3.000 personas. El porcentaje de asegurados que ha escogido asistencia privada ha sido siempre mayoritario dentro del conjunto y ofrece también una estabilidad notable, ha oscilado levemente desde el 88% hasta el 89% (porcentajes ligeramente superiores a los observados en MUFACE).

En consecuencia, el resto de asegurados escoge asistencia pública y su importancia oscila entre el 11% y el 12% del total, lo que representa una fracción ampliamente minoritaria que se mantiene a lo largo del periodo observado, al igual que en MUFACE. Además, se aprecia que el colectivo que elige asistencia pública asciende casi un 37% en este periodo, frente al crecimiento de más de un 41% de la porción que escoge asistencia privada.

TABLA VI. MUGEJU. Población protegida y clases de asistencia

	Población protegida total	Asistencia pública	Asistencia privada	% asistencia pública	% asistencia privada
1990	61.713	7.183	54.530	11,6	88,3
1991	64.721	7.766	56.955	11,9	88
1992	66.745	7.344	59.401	11	88,9
1993	70.523	8.220	62.303	11,6	88,3
1994	71.379	8.229	63.150	11,5	88,4
1995	74.832	8.679	66.153	11,5	88,4
1996	76.151	8.733	67.418	11,4	88,5
1997	76.275	8.585	67.690	11,2	88,7
1998	77.087	8.493	68.594	11	88,9
1999	79.911	8.747	71.164	10,9	89
2000	81.353	8.796	72.557	10,8	89,1
2001	83.250	9.026	74.224	10,8	89,1
2002	84.461	9.311	75.150	11	88,9
2003	85.513	9.630	75.883	11,2	88,7
2004	86.938	9.829	77.109	11,3	88,6

Fuente: memorias.

En resumen, la paradoja examinada se aplica también a MUGEJU y alcanza en ella términos paralelos a los del caso anterior, ya que se concreta en una apreciación básica y otra accesoria de contenidos semejantes a los de MUFACE:

1. La población asegurada en MUGEJU que elige la prestación privada de asistencia sanitaria es notablemente mayoritaria sobre la que escoge asistencia pública, oscila desde el 88% hasta el 89% de la población total en el periodo de 15 años analizado.
2. Además, en el periodo observado, la porción de asegurados en MUGEJU que eligen la prestación privada de asistencia sanitaria crece a mayor ritmo que los que escogen la prestación pública y que el conjunto de asegurados en MUGEJU.

¿Se mantienen en ISFAS –la tercera y última entidad comprendida en el ámbito de las MFP– los mismos rasgos de predilección compara-

tiva por la asistencia privada que hemos observado en MUFACE y MUGEJU? Veamos.

Los términos de la situación en ISFAS son semejantes a los observados en las otras dos mutualidades encuadradas en las MFP, aunque con determinados rasgos específicos, tal como muestra la Tabla VII, que ofrece su evolución a lo largo de un periodo de solamente 12 años, menor que en las otras dos mutualidades.

TABLA VII. ISFAS. Población protegida y clases de asistencia					
	Población protegida total	Asistencia pública	Asistencia privada	% asistencia pública	% asistencia privada
1994	803.399	337.428	465.971	42	58
1995	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
1996	802.829	296.757	506.072	37	63
1997	803.602	283.227	520.375	35,2	64,8
1998	790.977	267.392	523.585	33,8	66,2
1999	796.961	260.977	535.984	32,7	67,3
2000	799.498	249.584	549.914	31,2	68,8
2001	794.433	239.797	554.636	30,2	69,8
2002	788.831	199.311	589.520	25,3	74,7
2003	784.625	187.711	596.914	23,9	76,1
2004	755.232	166.251	588.981	22	78
2005	670.929	113.939	556.990	17	83

Fuente: memorias.

En efecto, el colectivo cubierto ha descendido más de 132.000 personas en los 12 años analizados, lo que supone un 16%; ha pasado de más de 803.000 asegurados a 670.000. Dentro de este colectivo, la porción que escoge aseguramiento privado asciende en más de 91.000 personas, mientras que el que elige aseguramiento público observa un decrecimiento, cifrado en más de 223.000 personas.

El porcentaje de asegurados que ha escogido asistencia privada ha sido siempre mayoritario dentro del conjunto y, a diferencia de la situación de estabilidad observada en las otras dos mutualidades, ofrece aquí un avance notable, asciende desde el 58% hasta el 83%, porcentaje semejante al encontrado en el resto de las MFP.

En consecuencia, la importancia del resto de asegurados, que escoge asistencia pública, desciende desde el 42% hasta el 17% del total, lo que vuelve a representar que se mantiene una fracción ampliamente minoritaria a lo largo del periodo observado, al igual que en MUFACE y MUGEJU. Además, se aprecia que el colectivo que elige asistencia privada asciende casi un 20% en el periodo, frente al decrecimiento de más de un 66% de la porción que escoge asistencia pública.

En resumen, la paradoja examinada se aplica también a ISFAS y alcanza en ella términos paralelos a los de los casos anteriores, pero con dimensiones más acusadas, puesto que su evolución se concreta en las siguientes apreciaciones:

1. La población asegurada en ISFAS que elige la prestación privada de asistencia sanitaria es notablemente mayoritaria sobre la que escoge asistencia pública, oscila desde el 58% hasta el 83% de la población total en el periodo de 12 años analizado.
2. Además, en el periodo observado, la porción de asegurados en ISFAS que eligen la prestación privada de asistencia sanitaria crece, mientras que los que escogen la prestación pública decrecen, con lo que la aplicación de la paradoja ofrece perfiles mucho más robustos en ISFAS que en el resto de las MFP.

Los términos de la situación conjunta de las MFP se presentan en la Tabla VIII, que ofrece su evolución a lo largo de un periodo de solamente 12 años, a tenor de la restricción que impone el menor periodo informado por ISFAS.

El colectivo total cubierto por las MFP ha descendido en más de 33.000 personas en los 11 años analizados, lo que supone un 1,4%, al pasar de 2.479.000 asegurados a 2.445.000. Dentro de ellos, la porción que escoge aseguramiento privado asciende en más de 91.000 personas, mientras que el que elige aseguramiento público observa un decrecimiento, cifrado en más de 223.000 personas.

TABLA VIII. MFP. Población protegida y clases de asistencia

	Población protegida total	Asistencia pública	Asistencia privada	% asistencia pública	% asistencia privada
1994	2.478.921	570.589	1.908.332	23	77
1995	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
1996	2.492.562	524.852	1.967.710	21,1	78,9
1997	2.494.235	509.312	1.984.923	20,4	79,6
1998	2.500.764	491.773	2.008.991	19,7	80,3
1999	2.490.774	485.075	2.005.699	19,5	80,5
2000	2.483.457	471.184	2.012.273	19	81
2001	2.481.227	456.522	2.024.705	18,4	81,6
2002	2.489.193	421.356	2.067.837	16,9	83,1
2003	2.482.733	409.921	2.072.812	16,5	83,5
2004	2.445.356	383.974	2.061.382	15,7	84,3

Fuente: elaboración propia a partir de memorias.

En dichas evoluciones se evidencia el efecto de la modificación de la estructura del funcionariado español, dentro del cual ocupa porciones cada vez más importantes el autonómico, no comprendido en las MFP, y la influencia decisiva de las aportaciones de ISFAS, que ponen de manifiesto el efecto de las importantes modificaciones observadas por el colectivo militar español a lo largo del periodo examinado.

En todo caso, se constata que el porcentaje de asegurados que ha escogido asistencia privada, la cifra relevante para nuestra consideración, ha sido siempre mayoritario dentro del conjunto, ha ascendido desde el 77% hasta el 84% del colectivo comprendido en las MFP. Dicho incremento en la cifra conjunta se nutre de ascensos en cada una de las tres mutualidades comprendidas en la parcela de las MFP.

En consecuencia, el resto de asegurados, que escoge asistencia pública, desciende desde el 23% hasta el 16% del total, lo que vuelve a representar que se mantiene una fracción ampliamente minoritaria a lo largo del periodo observado, lo que sucede en cada una de las tres mutualidades. Además, se aprecia que el incremento del colectivo que elige asistencia privada asciende casi un 18% en este

periodo, frente al decrecimiento de casi un 33% de la porción que escoge asistencia pública.

En resumen, la paradoja examinada se aplica al conjunto de las MFP y alcanza en ella términos paralelos a los de las tres mutualidades que comprende, dado que su evolución se concreta en las siguientes apreciaciones:

1. La población asegurada en las MFP que elige la prestación privada de asistencia sanitaria es notablemente mayor que la que escoge asistencia pública, oscila desde el 77% hasta el 84% de la población total en el periodo de 12 años analizado.
2. Además, en el periodo contemplado, la porción de asegurados en ISFAS que eligen la prestación privada de asistencia sanitaria crece, mientras que los que escogen la prestación pública decrecen, con lo que la observación de la paradoja desde el conjunto de las MFP ofrece perfiles muy robustos.

Resultados por edades

Dado que las MFP no publican información diferenciada sobre la distribución por edades de los colectivos que eligen asistencia pública o privada, hemos tenido que acudir a los datos de las ESL, en cuya parcela disponemos de los resultados de una muestra que alcanza el 76% del colectivo total de funcionarios atendido en ellas, por lo que lo hemos considerado representativo de dicho conjunto, estimando así la distribución por edades del colectivo MFP atendido en las ESL. Por diferencia con las cifras del colectivo total, hemos considerado, asimismo, la distribución por edades del conjunto de asegurados en las MFP atendidos en el SNS, todo ello referido al año 2000.

La Tabla IX recoge los resultados de dichas estimaciones y muestra que la distribución por edades del colectivo de las MFP que ha escogido asistencia privada es notablemente similar a la de la porción de asegurados que han elegido asistencia pública, ya que el múltiplo encontrado en cada escalón de edad oscila sólo ligeramente alrededor del valor promedio: 4,3.

TABLA IX. MFP.Asistencia privada y pública por edades				
Población protegida 2000	MFP ESL	MFP Seguridad Social	MFP	MFP ESL/ Seguridad Social
0-4	88.330	21.055	109.386	4,2
5-15	255.956	61.310	317.266	4,2
16-24	327.903	74.854	402.757	4,4
25-34	280.751	64.992	345.743	4,3
35-44	312.649	81.870	394.519	3,8
45-54	284.561	68.242	352.803	4,2
55-64	185.230	37.351	222.580	5
65-74	128.069	25.025	153.094	5,1
75 y más	147.650	37.658	185.308	3,9
Total	2.011.100	472.357	2.483.457	4,3

MFP: mutuas de funcionarios públicos.
 ESL: Entidades de Seguro Libre.
 Fuente: elaboración propia a partir de datos ESL y MFP.

Se observan, en todo caso, valores del múltiplo superiores al promedio en los escalones entre 65 y 75 años, lo que no permite deducir conclusiones válidas sobre una mayor preferencia diferencial por la asistencia privada en la edad elevada, ya que tal circunstancia desaparece en el último escalón de edad.

Algo semejante puede concluirse de las mayores preferencias diferenciales por la asistencia privada registradas en los intervalos entre 16-24 años y 25-34 años, coincidentes con la edad maternal del colectivo femenino, puesto que desaparecen en el escalón de edad siguiente. De hecho, publicaciones recientes señalan fehacientemente que el porcentaje del total de partos en España atendidos en el sector privado no discrepa del porcentaje de la población total atendida por las ESL, lo que está en línea con lo observado en las MFP.

Todo ello permite determinar que la elevada preferencia del colectivo MFP por la asistencia privada respecto a la pública se manifiesta con intensidad semejante en todos los escalones de edad. La paradoja contemplada parece, por consiguiente, vigente de forma homogénea en todas las edades, al no aparecer discontinuidades apreciables en ninguno de los escalones de edad.

Resultados regionales

La segunda caracterización de los resultados globales que presentamos es la distribución regional, en la que analizaremos si la mayoritaria preferencia mostrada por los asegurados de las MFP hacia la asistencia privada, que se observa en todos los escalones de edad, se extiende también a todas las regiones españolas o se concentra en algunas de ellas.

Encontramos, aquí, un problema, puesto que contamos solamente con información de MUFACE, que será la que utilizaremos en el análisis, lo que limita la validez de las conclusiones que alcancemos, si bien hay que recordar que el colectivo cubierto por dicha mutualidad representa dos tercios del total y su edad media es muy cercana a la del conjunto, por lo que puede considerarse como la más representativa de éste.

La Tabla X ofrece la distribución regional de los porcentajes del colectivo MUFACE que elige asistencia privada durante el último quinquenio, único intervalo temporal del que se dispone de datos.

Se aprecia, de nuevo, que la predilección por la asistencia privada frente a la pública es generalizada –aparece en todas las regiones sin excepción– y ampliamente mayoritaria –los porcentajes que la miden se sitúan invariablemente muy por encima del 50%, oscilan alrededor del 87% promedio–.

Dentro de tan abrumadora mayoría existen, sin embargo, determinados alejamientos de la uniformidad dignos de mención. Así, observamos que las tres comunidades autónomas con mayor predilección relativa por la asistencia pública, Navarra, País Vasco y Asturias, figuran entre las cuatro primeras en grado de satisfacción de la ciudadanía con su sistema sanitario público, según se deduce de los resultados del barómetro sanitario. La Rioja se une también a esta tendencia al situarse quinta en nivel de satisfacción y tercera en preferencia por la asistencia pública.

En el otro extremo aparecen Andalucía, Madrid y Baleares, que ocupan los lugares decimotercero, decimoquinto y decimosexto, res-

TABLA X. MUFACE. Distribución regional % asistencia privada					
	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	91,8	92,2	92,4	92,4	92,6
Aragón	86,7	87	86,6	86,2	86,5
Asturias	62,3	62,6	62,1	61,8	61,9
Baleares	89,7	90	90,1	90	90,2
Canarias	78	78,8	79,3	79,7	80,7
Cantabria	83,1	83,6	83,4	83,2	83,3
Castilla-La Mancha	86,3	86,5	85,8	85,3	85,3
Castilla y León	88,2	88,4	87,6	87,3	87,4
Cataluña	83	83,6	83,8	84,3	84,5
Ceuta	97,5	97,5	97,6	97,7	100
Extremadura	90,8	91,1	90,8	90,5	90,6
Galicia	86,3	86,5	86,1	85,9	86,1
La Rioja	69,3	70,3	70,6	71,8	72,7
Madrid	89,8	90	89,6	89,4	89,6
Melilla	96	96,3	96,5	96,8	100
Murcia	88,3	88,7	88,9	88,9	88,9
Navarra	60,6	60,8	58,1	57,1	57,2
País Vasco	78,5	78,6	77,9	77,1	77,2
Valencia	88,6	88,9	88,4	88,4	88,6
Total general	86,7	87	86,8	86,8	87

Fuente: datos MUFACE.

pectivamente, en la escala de satisfacción, y se sitúan en los puestos decimotercero, decimoquinto y decimosexto, respectivamente, en cuanto a preferencia por la asistencia pública.

Si combinamos las observaciones de ambos extremos de la liga regional, parece apreciarse la existencia de una relación directa entre el grado de calidad percibido en la asistencia sanitaria pública y la preferencia de los asegurados en MUFACE por ésta, en el sentido de asociarse mayores preferencias por la prestación pública con mayores grados de calidad percibidos en ella, y viceversa. Todo ello dentro siempre de la predilección por la asistencia privada, que hemos calificado de generalizada y ampliamente mayoritaria.

El análisis regional muestra, además, ciertos alejamientos de la influencia de la calidad apuntada, medidos por las diferentes po-

siciones de algunas regiones en el *ranking* de preferencia por la asistencia pública respecto al grado de calidad apreciado en ésta. Así, en un extremo aparecen Canarias, Cataluña y Cantabria, con preferencias por la asistencia pública muy por encima del grado de satisfacción, mientras que, en el otro extremo, Murcia, Castilla y León, Aragón, Andalucía, Extremadura y la Comunidad Valenciana ofrecen preferencias por la asistencia sanitaria pública sustancialmente por debajo del grado de calidad percibido para ésta.

Tales discrepancias se producen, en todo caso, sin afectar la vigencia de las conclusiones generales antes apuntadas, y muestran alejamientos puntuales entre las determinaciones subjetivas de satisfacción con la prestación sanitaria pública y los grados de preferencia efectiva por ésta, que parecen objetivados por los homogéneos resultados obtenidos en el análisis geográfico y por edades a lo largo del quinquenio contemplado.

Resultados por clase social

Será ésta la última perspectiva que se contempla, ya que no se dispone de información por género, lo que habría enriquecido el análisis con aportaciones que se estiman hubieran sido interesantes para este trabajo. Queda para una próxima ocasión.

La Tabla XI, extraída de la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (4), informa sobre la distribución de preferencias de los asegurados en las MFP por la asistencia privada o pública según la clase social; utiliza las categorías de clase social extraídas del informe *La medicina de la clase social en Ciencias de la Salud* de la Sociedad Española de Epidemiología. Se corresponden con:

- I. Directivos de las Administraciones Públicas y de empresas de diez o más asalariados y profesiones asociadas a titulaciones superiores.
- II. Directivos de empresas de menos de diez asalariados y profesiones asociadas a titulaciones medias. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.

III. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.

IVa. Trabajadores manuales cualificados.

IVb. Trabajadores manuales semicualificados.

V. Trabajadores no cualificados.

VI. Otro tipo de trabajadores.

TABLA XI. Modalidad de cobertura sanitaria por clase social del sustentador principal (miles de personas)				
Clase social	MFP en SNS	MFP en ESL	Total MFP	% ESL/total
I	134	267	401	66,6
II	96	208	304	68,5
III	207	530	737	71,9
IVa	22	54	76	70,8
IVb	16	38	54	71
V	14	21	35	59,4
VI	33	147	179	81,8
No consta	0	11	12	99,1
Total	522	1.276	1.797	71

Fuente: ENS 2003.

Como se aprecia, la predilección de los asegurados en las MFP por la asistencia privada frente a la pública es, de nuevo, generalizada; aparece en todas las clases sociales sin excepción y es notablemente mayoritaria, dado que los porcentajes que la miden se sitúan invariablemente muy por encima del 50% y oscilan alrededor del 71% promedio. Este último porcentaje difiere del obtenido directamente de las entidades comprendidas en la parcela de las MFP, tal como comentamos repetidamente a lo largo del trabajo. Estimamos, sin embargo, que la diferencia registrada no afecta a las conclusiones del estudio.

Los resultados del análisis desde el punto de vista de la clase social se alinean con los obtenidos desde las restantes ópticas utilizadas y refuerzan la evidencia alcanzada progresivamente.

Resumen

Como resumen de las conclusiones que hemos ido desgranando en los cuatro análisis presentados, podemos señalar que la capacidad de elección ofrecida a los asegurados en las MFP conduce a una preferencia por la asistencia sanitaria privada por delante de la pública con carácter generalizado, elevado y homogéneo, al observarse que:

- La proporción de población asegurada en MUFACE, MUGEJU o ISFAS que elige la prestación privada de asistencia sanitaria es notablemente mayor que la que escoge la asistencia pública en los tres casos; su conjunto oscila levemente alrededor del 80% en el periodo de 12 años analizado (1990-2004).
- Además, el número de asegurados en las MFP que eligen la prestación privada de asistencia sanitaria crece en el periodo observado, mientras que la porción de los que escogen la prestación pública y el conjunto de los asegurados disminuyen en cifras absolutas.
- En la consideración por edades, la proporción de población asegurada en las MFP que elige la prestación privada de asistencia sanitaria es notablemente mayoritaria (4 a 1) respecto a la que escoge asistencia pública en todos los escalones de edad, sin que aparezcan discontinuidades apreciables en ninguno de ellos.
- La predilección geográfica por la asistencia privada frente a la pública es generalizada, aparece en todas las regiones sin excepción y en cuantía ampliamente mayoritaria, dado que los porcentajes que la miden se sitúan invariablemente muy por encima del 50% y oscilan alrededor del 87% promedio en cada uno de los cinco años del periodo quinquenal observado (2000-2004).
- Dentro siempre de la preferencia por la asistencia privada que hemos objetivado, parece evidenciarse una relación directa en-

tre el grado de calidad percibido en la asistencia sanitaria pública y la preferencia de los asegurados por ésta, en el sentido de asociarse mayores preferencias por la prestación pública con mayores grados de calidad percibidos en ella, y viceversa.

- La predilección de los asegurados en las MFP por la asistencia privada frente a la pública según clases sociales es, de nuevo, generalizada, se constata en todas ellas sin excepción y es ampliamente mayoritaria, puesto que los porcentajes que miden la preferencia por la prestación privada se sitúan invariablemente muy por encima del 50% y oscilan alrededor del 71% promedio.

Las conclusiones alcanzadas permiten determinar con precisión los robustos perfiles de la paradoja que glosamos, al contraponerse la mayoritaria prestación sanitaria pública ofrecida a la población general española a la rotunda e inequívoca preferencia por la asistencia privada mostrada por los asegurados en las MFP, único colectivo que posee libertad de elección entre ambos tipos de asistencia.

VALORACIÓN DE LA PARADOJA

La doctrina económica es pródiga en el análisis del fenómeno asegurador, en el que se conjuran riesgos imprevisibles mediante el pago de una cuantía monetaria cierta, la prima, a la entidad responsable de la protección, ya sea pública o privada. Se analizan las características de la oferta y de la demanda de aseguramiento, así como el efecto de los precios, determinando las elasticidades y muchos otros factores que definen el mercado.

Dentro del ámbito general, los seguros de enfermedad, que aparecen en el Reino Unido en el siglo xvii, constituyen una parcela específica, en la que el riesgo cubierto es la enfermedad, cuyo carácter imprevisible es indiscutible. La especificidad del seguro sanitario proviene, además, de determinadas particularidades de la actividad sanitaria, la más notable de las cuales es la asimetría de información entre los entes oferentes del seguro y la población demandante de los mismos, que ya glosamos en el campo general de la asistencia sanitaria y que ahora volvemos a encontrar en la más concreta parcela del aseguramiento sanitario.

La asimetría de información origina efectos no deseados específicos del campo de los seguros, como la selección adversa de riesgos por parte de las aseguradoras, que tiende a eliminar a los clientes más propicios a contraer enfermedades, y el riesgo moral por parte de los asegurados, que les lleva a demandas de cuidados inadecuadas por encima de los niveles objetivamente necesarios. De ahí, la necesidad de regulación del mercado de aseguramiento sanitario en cualquier país y la presencia directa del Estado en el fenómeno asegurador en muchos de ellos.

Entre las diversas consideraciones ofrecidas por la literatura, parecen relevantes a nuestros efectos las relativas a las características generales del aseguramiento sanitario, para el que se establecen dos amplias categorías que han devenido tradicionales: los sistemas de aseguramiento de tipo bismarckiano, en los que la personalidad del asegurado se configura alrededor de sus características laborales y se financia a través de cuotas relacionadas con su salario; y los sistemas de aseguramiento de tipo Beveridge, en los que el aseguramiento deriva del carácter de ciudadano, con objetivos de universalidad, se financia mediante impuestos y se presta a través de sistemas nacionales de salud.

Dentro de esta última parcela se encuentra España junto al Reino Unido, que la origina, los países escandinavos y otros países, europeos y de latitudes más distantes, en los cuales la doctrina contempla una paradoja más poderosa que la que analizamos: la coexistencia del aseguramiento público universal con una parcela creciente de aseguramiento privado, cuya financiación por los particulares origina un desembolso superpuesto al pago de los impuestos que financian el sistema público general.

Los análisis de dicho fenómeno en la literatura se originan en los países que lo experimentan, como el Reino Unido y España, y señalan que la causa fundamental del doble pago decidido por algunos ciudadanos radica en los diferenciales de calidad entre la provisión pública y la privada. Asimismo, la doctrina señala como factores explicativos de la demanda de asistencia privada la edad, la renta, la educación, la disponibilidad de la oferta de

cuidados, la calidad, la capacidad de elección y los hábitos, básicamente.

No es el doble pago el tema que nos ocupa porque, aun siendo de inferior envergadura, es otra la paradoja que examinamos: la demanda preferente de cuidados privados por parte del personal asegurado en las MFP frente a la generalizada asistencia pública prestada a la población española. Aquí no existe ni doble pago ni desembolsos diferenciales, sino solamente el pago general de impuestos, que es idéntico para los colectivos de las MFP que eligen asistencia pública o privada, incluso en lo que respecta al consumo de productos farmacéuticos, en el que los asegurados en las MFP satisfacen un copago único, con un tipo general del 30%, ya sean activos o pensionistas, ya reciban asistencia pública o privada.

No contemplamos, pues, dos demandas diferenciadas por el precio, por lo que desaparece la influencia del nivel de renta, como hemos observado en el análisis por clases sociales, que incorpora, asimismo, el inexistente diferencial en niveles de educación entre los dos colectivos comparados.

Tampoco la edad es aquí elemento explicativo de diferencias, como hemos comprobado en el análisis específico realizado en el apartado de "Resultados por edades". Del marco más general diseñado por la doctrina quedan solamente cuatro grupos de factores aplicables a nuestro caso para explicar la preferencia mayoritaria de los asegurados en las MFP por la asistencia privada: la disponibilidad de la oferta de cuidados, la calidad, la capacidad de elección y los hábitos.

Si comenzamos por el último, diremos que un profundo estudio longitudinal (1978-1996) sobre la demanda de seguros privados de salud en el Reino Unido (7) concluía que, a nivel agregado de las siete cohortes contempladas, se encontraba una influencia de las situaciones anteriores en la presente, de forma que las preferencias por la asistencia pública o privada tendían a mantenerse en el tiempo, mientras que tal influencia alcanzaba muy limitado nivel cuando la observación se realizaba a nivel desagregado.

Un estudio español sobre los perfiles del colectivo asegurado en MUFACE en 1993 (8) encontraba una influencia positiva del hábito en el caso español, dada la relación inversa existente entre edad y elección de asistencia privada no esperada ni asimilable a la experiencia comparada, que suponía derivada de la “herencia institucional”, puesto que en la creación de MUFACE en 1975 se mantuvieron los asegurados en las entidades privadas que les venían prestando atención, sin que se ofreciese asistencia pública a ningún asegurado hasta 1977, cuando se firmó el primer concierto con el INSS.

La homogeneidad de la elección mayoritaria de aseguramiento privado por escalones de edad que hemos encontrado podría asociarse al mantenimiento de los hábitos primigenios, aunque creemos que, pasados ya 30 años de vida de MUFACE, la influencia de la “herencia institucional” es en la actualidad reducida, si no nula, mientras que el predominio de la elección de asistencia privada se debe fundamentalmente al efecto de los tres factores explicativos que nos quedan por considerar: la disponibilidad de la oferta de cuidados, la calidad y la capacidad de elección.

Tales afirmaciones son corroboradas por los resultados de otro estudio sobre el seguro sanitario privado en España (9) que ofrece, por orden de importancia, los motivos de elección de la asistencia privada. En primer lugar, figuran las deficiencias de la Seguridad Social (22%), seguidas del pago por la empresa (20,9%) y la calidad de la asistencia privada (10,2%), mientras que la tradición familiar específicamente ocupa el penúltimo lugar en importancia (4,5%).

Si consideramos los tres factores explicativos restantes para justificar la preferencia mayoritaria de los asegurados en las MFP por la asistencia privada, el primero de ellos, la mejor disponibilidad de los cuidados sanitarios, es patente en la parcela privada del sistema español por la inexistencia de listas de espera quirúrgica y diagnóstica, y por la accesibilidad directa al especialista sin necesidad de pasar previamente por el médico general, factores diferenciales con la sanidad pública altamente apreciados por la población.

El segundo factor de explicación, la más elevada calidad objetiva, suponiendo aplicable la cláusula *ceteris paribus*, se aprecia en los tiempos más amplios por consulta, la obtención más rápida de resultados en las pruebas diagnósticas, la creciente disponibilidad de prestaciones fuera de cobertura en la sanidad pública y, sobre todo, en la notable ventaja que representan las habitaciones individuales en la hospitalización. Finalmente, la mayor capacidad de elección por los asegurados en las MFP, último factor de explicación, es patente en cuanto a sus posibilidades de escoger médico general, especialista y hospital, muy restringidas en la asistencia pública.

Los tres factores explicativos restantes señalados por la doctrina, cuya prevalencia en la asistencia sanitaria privada acabamos de considerar, pueden considerarse agrupados en uno solo: la **calidad** en sentido lato, esto es, la apreciación de la calidad diferencial entre la oferta de atención sanitaria pública y privada es el factor fundamental en la decisión de elegir una u otra.

Dicho de otro modo, la elección de asistencia pública o privada por el asegurado se basa en su percepción personal de la calidad comparativa de la oferta de una y otra. La calidad diferencial percibida es la que guía la demanda, a la que contribuyen tanto la percepción de las virtudes y defectos de la asistencia pública como los de la privada. No debe extrañar, por tanto, que al analizar la correspondencia entre demanda y nivel de satisfacción encontrásemos los efectos de la influencia de la positiva o negativa percepción de la sanidad pública en algunas regiones, lo que combinado con las percepciones de calidad de la asistencia privada conduce la demanda.

En ese marco, la elección mayoritaria de aseguramiento privado frente al público por parte de la población asegurada en las MFP que hemos encontrado con carácter generalizado en el análisis cuantitativo presentado constituye una notable paradoja, ya que evidencia una clara percepción del mayor nivel de calidad comparativo de la asistencia privada frente a la pública por parte de dicho colectivo que, al disponer de capacidad de elección, se materializa en la práctica.

Por ello, la población cubierta por las MFP dirige mayoritariamente su demanda de asistencia sanitaria hacia la prestación privada, alternativa de la asistencia pública que acoge a la mayoría de la población española, la cual trabaja fundamentalmente en el sector privado de la economía. Una paradoja de cuerpo entero.

Más paradójica es todavía la reacción de gran parte de nuestra doctrina que, a partir de determinadas posiciones ideológicas, no duda en postular la eliminación de la libertad de elección que beneficia a la población asegurada por las MFP respecto al colectivo general que no disfruta de ella.

Tal reclamación se realiza sin entrar en el análisis de los resultados que hemos deducido, que revelan una abrumadora preferencia por la asistencia privada, ni en el análisis de sus causas, la mejor calidad percibida en las diversas parcelas de la asistencia sanitaria privada, ni de sus efectos, no contemplados en este trabajo por exceder de sus objetivos y que mostrarían un funcionamiento mucho más eficiente de la prestación privada.

Más acorde con los dictados de la lógica sería la exigente reclamación de una continuada mejora de la calidad de la asistencia sanitaria pública española, a fin de extender a sus asegurados el plus de bienestar de que disfruta actualmente el reducido colectivo cubierto por las MFP. A ello colaboraría, sin duda, la progresiva ampliación de la libertad de elección a otros colectivos del Régimen General de la Seguridad Social.

Podemos concluir que el examen detallado de los perfiles del aseguramiento sanitario de una pequeña porción de la población total arroja luz sobre un tema de mucha mayor amplitud: la necesidad de mejoras en la sanidad pública española, con las que desaparecería la paradoja examinada o se atenuarían sus efectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. MUFACE. *Memorias anuales y web* www.map.es.
2. MUGEJU. *Memorias anuales y web* www.justicia.es.
3. ISFAS. *Memorias anuales y web* www.mde.es.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud. Ediciones 2001 y 2003.*
5. ICEA. *Estadística de Salud. Varios años. Web* www.icea.es.
6. Perona Larraz JL. *Aseguramiento y gasto farmacéutico 2000. Efectos económicos y sanitarios de dos modelos de protección (SNS vs. MUFACE). Manuscrito no publicado. Madrid 2003.*
7. Propper C, et al. *The demand for private medical insurance in the UK: a cohort analysis. CMPO. Bristol 1999.*
8. Pellisé L. *La financiación de servicios sanitarios en un contexto de competencia pública. En: La regulación de los servicios sanitarios en España. AES, FEDEA y Ed. Civitas. Madrid 1997.*
9. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. *El seguro sanitario privado en España. IBM. Madrid 1994.*
10. López i Casanovas G, et al. *El sistema sanitario español: informe de una década. Fundación BBV. Bilbao 1999.*

OTRA BIBLIOGRAFÍA

- López i Casanovas G, Rodríguez D. *La regulación de los servicios sanitarios en España. AES, FEDEA y Ed. Civitas. Madrid 1997.*
- Rodríguez M, Stoyanova A. *The demand for supplemental health insurance in public health care systems: the importance of price, personal characteristics and public and private sector supply. CREB. Universitat de Barcelona. 2003.*

