

# UNA VALORACION DE OPCIONES PARA LA POLITICA SANITARIA ESPAÑOLA EN UN CONTEXTO DESCENTRALIZADO<sup>(#)</sup>

Guillem López Casanovas

Depto. de Economía y CRES. Universitat Pompeu Fabra

## RESUMEN

En el texto que sigue se pretende contrastar la opinión cualitativa de un grupo de economistas de la salud, pertenecientes a la Asociación española de Economía de la Salud, sobre algunas reformas actuales y pendientes de nuestro sistema sanitario. En torno a cien respuestas son valoradas para la fundamentación de opciones de política sanitaria en un contexto descentralizado.

Entre quienes respondieron, destaca la percepción, aunque en grado distinto, de que el componente más inequitativo del sistema sanitario español es la asistencia hospitalaria, que la pobreza más que la desigualdad importa como factor condicionante del acceso a los cuidados de salud y que el conjunto del proceso descentralizador es más un cauce para la innovación sanitaria que una amenaza a la cohesión social, particularmente entre los economistas de salud más jóvenes –menos de 41 años. Viejos tabúes como el de la abolición de MUFACE parecen ratificarse, así como las reticencias a otorgar un mayor rol al aseguramiento sanitario privado en un sistema público como el nuestro, o el amplio apoyo a una provisión pública amplia en los cuidados de dependencia de los colectivos con falta de autonomía personal. Parece, por lo demás, que existe un acuerdo amplio para eliminar la exención del copago en medicamentos que disfrutaban hoy los pensionistas por el simple hecho de su jubilación y no en atención a su renta, precisamente siguiendo argumentos de equidad. Finalmente, a la vista de su bagaje de formación básica –ya más asistencial, ya más en el campo de las ciencias sociales- los economistas parecen ser más partidarios de la competencia horizontal entre proveedores mientras que los ‘sanitaristas’ lo son más de la integración asistencial (vertical o virtual), aún a riesgo de reducir la libre elección del usuario.

*JEL: H7, I38, H31*

## SUMMARY

In this paper we try to match qualitative opinion on the state of the Spanish Health System with observed health policy implemented at present. For this purpose we surveyed a population of one hundred health economists, members of The Spanish Health Economics Association. A summary of the main results follows: Among respondents inpatient care is perceived as the most inequitable part of the Spanish Health care system, and poverty more than unequal income distribution- is the more conditioning factor for access to health care. The whole decentralisation process is not

---

<sup>(#)</sup> El autor desea agradecer la participación en la realización de la Encuesta y explotación de resultados de Marc Sáez, de la Univ. de Girona, y la ayuda a la investigación de Pilar García, profesora de la Univ. Pompeu Fabra, y los comentarios recibidos a una versión inicial de este texto por parte de distintos miembros de la Junta de AES. El estudio ha contado con la financiación inicial de la Fundación BBVA y con posterioridad de l Ministerio de Educación y Ciencia: SEC2003-05045/ECO.

seen as a thread for the social cohesion of Spain but as a source of innovation (particularly amongst the younger -below 41 years old group). Old taboos about ‘Spain should spend more on health’, the abolition of the single voucher that exists for civil servants seem confirmed, as the unrestricted public involvement in new social care for elderly dependents and the reluctance to offer a better ground for private health insurance in public health systems. However, to put an end on the co-payment exemption to pensioners is widely supported, precisely because of equity arguments. Finally, if health economists are split according to their basic training (mostly on economics/ mostly in health sciences), horizontal competition amongst providers seems to be better supported by the first ones and (vertical) health care integration by the second ones despite the risk of losing consumers’ choice.

***JEL: H7, I38, H31***

## **Introducción**

Las discusiones de política sanitaria son a veces tan apasionadas como carentes de fundamento teórico. La intersección de evidencia científica con opinión política genera a menudo espacios confusos, siendo difícil separar una de otra. Es por ello que puede tener sentido vehicular la opinión política de colectivos concretos para los que se supone cuentan éstos con valoración mejor fundada en los hechos, no de un modo quizás sistémico y completo, pero sí misceláneo y, en cualquier caso, globalmente, con una robustez mayor que para el conjunto de la población. La Asociación de Economía de la Salud es, posiblemente, uno de dichos colectivos que por su especificidad puede juzgarse tiene una opinión más formada, fundamentada y quizás influyente en los propios foros de la política sanitaria<sup>1</sup>.

El cuestionario se diseñó con un doble objetivo. El primero fue el de tener una información, de barómetro (sube/baja) sobre las percepciones de dichos expertos sobre la situación de nuestro sistema sanitario. La recurrencia en el tiempo de las opiniones de parte de dicho colectivo, que se avenga a futuro a responder dichas cuestiones, ha de permitir acercarnos al palpito de la evolución de nuestra realidad sanitaria, y así de la ‘derivada parcial’, de tendencia, de los cambios en la política sanitaria registrados. El segundo objetivo consistió en obtener información más cualitativa aunque concisa sobre las percepciones que se tienen de un determinado ámbito de la economía de la salud a

---

<sup>1</sup> - Se trata de una asociación formada por unas trescientas personas (para detalles ver la ficha técnica), con una antigüedad que alcanza ya los 25 años, aunque no es ésta general, naturalmente, para todos sus miembros, bastante bien articulada, y con un acceso fácil que por la vía electrónica y de correo ordinario, [que](#) nos ha permitido contar con un centenar de respuestas al cuestionario ahora comentado. Por supuesto la validez es limitada al grupo, coyuntura y al sesgo de respuesta producido. Su contestación fue voluntaria, en el intervalo producido entre la última de las asambleas anuales de la sociedad y un mes posterior para la recogida sistemática de información solicitada.

efectos de elaborar un diagnóstico más de detalle en contenido y potencialidad en la definición de nuevas políticas sanitarias. Dicha parte habrá de ser cambiante en el tiempo, acompañando estos documentos técnicos BBVA, y más atenta a los campos que más preocupan a los ciudadanos en la determinación de las políticas.

## **Método**

El cuestionario, además de por algunas preguntas identificadoras relativas a cuestiones personales (sexo, año de nacimiento, comunidad autónoma de residencia, profesión y lugar de trabajo) estuvo compuesto por dos bloques de preguntas. El primero, el barómetro propiamente dicho, constaba de diez cuestiones dobles en las que se preguntaba sobre las percepciones, así como su evolución temporal, respecto a la situación de nuestro sistema sanitario. En el segundo bloque, veinte cuestiones pretendían obtener información más cualitativa aunque concisa sobre dichas percepciones.

El cuestionario, auto administrado, fue enviado por correo postal a todos los miembros de la Asociación de Economía de la Salud entre Mayo y Junio de 2004, recibándose los cuestionarios respondidos entre Junio y Septiembre del mismo año.

Para el análisis de resultados se recurrió al análisis descriptivo (tablas de frecuencias en el caso de variables cualitativas y estadísticos descriptivos en el de variables cuantitativas); al contraste de comparación de medias en muestras independientes (varianzas heterogéneas); al coeficiente de correlación de Spearman; y al análisis de correspondencias múltiples.

## **Valoración de los resultados del cuestionario**

Las preguntas que constituyen nuestra primera parte, ‘de barómetro’ se recogen en el anexo final. En cualquier caso, su definición previa fue sometida a la interpretación y comprensión de una decena de expertos a efectos de garantizar el alcance de cada una de las cuestiones formuladas y sus potenciales respuestas. La fijación de la valoración se establece numéricamente entre cero y diez.

Más allá de la estadística descriptiva contenida con detalle en el informe (véase el informe completo en [www.upf.edu/cres](http://www.upf.edu/cres)), se pasan a continuación a comentar lo que se destacan como algunos de los rasgos más importantes.

En conjunto las puntuaciones no discriminan en exceso, ni por la parte alta (puntuaciones que superen los siete puntos y medio) ni por la parte baja (sin respuestas con puntuaciones medias inferiores a 4,8. Ello por supuesto está en la naturaleza de las preguntas formuladas. Parece que en conjunto resulte difícil ‘suspender’ las cuestiones analizadas en el cuestionario.

- 1- La valoración general que se hace de la contribución de como repercute en la comunidad lo que acontece a nuestro sistema sanitario, en la clave de sus efectos sobre la cohesión social del país, resulta muy elevada (7,5) y relativamente concentrada en la apreciación de las respuestas, a la vista de su coeficiente de variación. Igualmente elevada es la puntuación que recibe la valoración de la calidad asistencial de nuestro sistema sanitario (7). En nuestra opinión, se trata en ambos casos de respuestas de ‘resistencia’ o ‘reafirmación’, que buscan el anclaje de las respuestas en términos mayormente ambiguos, como los de la cohesión social y la calidad asistencial, ‘antes que’, o ‘a pesar que’ luego se refieran algunas críticas importantes al funcionamiento del propio sistema.
- 2- Lo anterior, como comentamos, se acompaña a una relativamente baja valoración otorgada al fundamento científico, por escaso, que tiene la implantación de la política sanitaria en nuestro país (5,12), con un primer cuartil que le otorga un claro suspenso (4) y ello a pesar de la supuesta (6,15) contribución de la economía de la salud al ‘buen hacer del sistema sanitario’. Igualmente se sitúa en la parte baja de las puntuaciones la escasa implicación de los médicos en una buena atención (el conocido ‘burn out’ de los profesionales). En ambos casos, el impacto en la calidad asistencial parece innegable.
- 3- En la valoración de la contribución neta al bienestar colectivo, destaca en negativo el papel otorgado al aseguramiento privado, que no alcanza el valor 5 (4,8), aunque en este caso con una elevada desviación típica, que refleja previsiblemente el carácter más conflictivo de dicha percepción. Esta depende

posiblemente de cómo entienda cada cual el rol del aseguramiento privado en nuestro sistema de salud, hoy poco claro, fluctuante de lo complementario a lo substitutivo y en casos puramente con rol 'alternativo'. A nuestro parecer, esta indefinición, achacable tanto más al político regulador que al propio sector asegurador, genera un déficit de percepción muy mal fundamentado en la realidad de los hechos (véase López y Sáez en Gaceta Sanitaria, de próxima publicación).

- 4- En la zona intermedia se sitúan las valoraciones sobre (i) la equidad del sistema sanitario (matizada ésta en los contenidos que a dicha equidad se les ha querido dar: capacidad versus disponibilidad de pago en financiación, y en utilización según necesidad técnicamente percibida por el lado del consumo) -6,38-, y sobre (ii) su eficiencia (general, productiva y asignativa) -6,27-.
- 5- Más sorprendente, y permisiva de mayor análisis, es la relativamente elevada puntuación otorgada a la descentralización sanitaria autonómica en su aportación a la mejora de nuestro sistema de salud. A pesar de una relativamente elevada varianza en la respuesta (2,19), que muestra el desacuerdo potencial en esta materia, su puntuación (6,19) la aproxima a un juicio globalmente positivo dada su influencia en la eficiencia del sistema y ello a pesar de lo comentado en cuanto a percepciones de equidad social e importancia del sistema de salud para el global de la cohesión social. Quizás por inesperada (las percepciones 'ex ante' la situaban a niveles subjetivos muy bajos), la anterior sea la respuesta más remarcable de entre los hallazgos que permite esta primera fase de la encuesta.
- 6- Igualmente remarcable, aunque la sorpresa la valorem más en negativo, es la relativamente baja (la expectativa en nuestro caso era de puntuación más elevada) percepción otorgada a la importancia de la integración de proveedores para la mejora asistencial (6,26, con una desviación típica de 1,68). La intuición de que la valoración sería aquí muy superior se fundamenta en la evidencia disponible y comentada en otras partes (López, Ortún, Puig y Sabés 2001) de que la integración (virtual) entre proveedores es superior en términos de resultados de salud, a la competencia horizontal en contextos por lo demás de mercados cautivos que limitan de este modo las virtualidades de la competencia.

Sobre rasgos tales como la mejor calificación general otorgada por las mujeres y su menor dispersión, o por los economistas más que por profesionales sanitarios no tenemos clave de explicación alguna. Si quisiéramos argumentar algo más sobre la influencia estadística de la edad (menores de 41 años) en las respuestas, se observan diferencias estadísticamente significativas en (i) una visión más optimista sobre la contribución de la economía de la salud a la buena praxis de la política sanitaria (6,62 versus 5,60 puntos), (ii) en un juicio menos negativo sobre el papel del aseguramiento privado (5,81 versus 4,76) y (iii) en la importancia de la integración de proveedores para la mejor asistencia (6,81 versus 5,76). También destaca el diferencial, aunque no estadísticamente significativo, en la valoración que recibe la descentralización sanitaria: 6,67 en los relativamente más jóvenes versus 6,0 para el resto.

Estos diferenciales en las respuestas se recogen bastante bien en la primera de las dimensiones del análisis de correspondencias múltiples, con mayores varianzas en las puntuaciones o medidas de discriminación sobre el primer eje factorial. Las preguntas afectadas con sesgo diferencial (la 7, 10, 8 y 4) y de la 9 para el segundo factor, tienen ciertamente como factor implícito significativo la edad, o dicho de otro modo al mayor optimismo con el que se ve con ojos nuevos las innovaciones producidas en nuestro sistema de salud (la contribución de la economía de la salud, la descentralización autonómica, la potencial fundamentación de políticas sanitarias basadas en la evidencia e incluso en la valoración del rol del aseguramiento privado; y quizás en el segundo factor la integración asistencial), frente a los más pesimistas para los que la experiencia les puede hacer descontar en negativo las potencialidades de algunas de dichas medidas ('vino viejo en odres nuevos' para algunos).

En lo que se refiere a la evolución temporal de nuestro barómetro (situaciones en las que ha empeorado, mejorado o permanece igual) de las respuestas se detecta:

- 1- El reconocimiento mayoritario (un 52,6% de los respondientes) del empeoramiento del clima de los médicos en los servicios sanitarios. Y por el lado de las mejoras, la situación de nuestra descentralización sanitaria autonómica, que hemos de entender viene influida dicha apreciación por la

generalización en el 2002 de las transferencias a todas las CC.AA. y por la entrada en vigor en el 2003 de la Ley de Cohesión y Calidad. Un 40.8% de los encuestados parece valorar el cambio marginal como mejora, mientras que un 33,7% lo percibirían como igual. Dicha valoración es menor para los profesionales sanitarios (sólo un 36,2% lo perciben como mejora, 23,4% como empeoramiento), mientras que entre los economistas la percepción de mejora es del 61,1% y sólo un 16,7% es de empeoramiento).

- 2- Domina en cualquier caso en la mayoría de las respuestas la igualdad en el mantenimiento de las circunstancias anteriores (excepto en las mencionadas del clima profesional y en la descentralización sanitaria). Las cuestiones que menos cambio en un sentido u otro han registrado son las relativas a la aportación a la cohesión social de nuestro sistema sanitario, la integración asistencial, la equidad y el rol del sector asegurador, con cifras en todo caso superiores al 60%.
- 3- Ha mejorado relativamente poco (sólo un 7,1% así lo valoran) la equidad de nuestro sistema de salud, aunque recuérdese se partía ya de niveles relativamente elevados.
- 4- Las diferencias en las opiniones en la evolución de las cuestiones del barómetro entre economistas y profesionales sanitarios es bastante importante. Así por ejemplo en la calificación que recibe la fundamentación de la política sanitaria: un 37,1% de los economistas cree que ha mejorado mientras que el 27,7% de los profesionales sanitarios cree que ha empeorado. En cuanto a la eficiencia general del sistema los economistas creen en un 37% que ha mejorado mientras que un 22% de los profesionales sanitarios piensa justamente lo contrario. En pautas similares, los economistas en un 33% creen que ha mejorado la calidad asistencial (un 22% tan sólo los profesionales sanitarios).
- 5- Finalmente, la cuestión relativa al clímax profesional muestra un claro sesgo de edad: los mayores de 41 años piensan ha empeorado en un porcentaje del 52,6% mientras que los menores lo hacen tan sólo en un 25%. De modo similar en la valoración de la descentralización sanitaria: los menores de 41 valora en un 62%

que la situación ha mejorado frente al 40% para el conjunto de la muestra (con valoración claramente a la baja para los grupos de mayor edad).

La relación entre calificaciones de partida y evolución temporal muestra correlaciones positivas mayores para las cuestiones relativas a la eficiencia general, la contribución a la cohesión social de nuestro sistema sanitario y en los resultados de salud derivados de la integración asistencial de proveedores, no confirmándose que se mejoraba perceptiblemente más desde las situaciones peores.

En lo que se refiere al Análisis de correspondencias múltiples, la dimensión de mayor inercia (el 56% de la varianza total) tiene que ver con las cuestiones relativas a la eficiencia general del sistema, la calidad asistencial, la integración de proveedores y la valoración sobre la cohesión social derivada del sistema sanitario, predominando el peso de los que visualizan una mejora versus un empeoramiento, aunque sin que sea perceptible un factor subyacente explicativo.

Por último, en lo que atañe a las cuestiones más específicas (véase anexo al respecto) que han de resultar de interés para el diagnóstico de situación para la corrección en su caso de la política sanitaria actual destacan los siguientes resultados:

- 1- Se observa en general, a la vista del conjunto de las respuestas, un rango de apoyo amplio en favor de la mayoría de afirmaciones contenidas en los diferentes apartados del diagnóstico. Sólo una obtiene un apoyo medio de más de 7 puntos (la constatación de que la pobreza, y no la desigualdad en renta, resultan decisivas para la salud, con 7,2), y sólo una menos de 4 (la relativa a que las diferencias en la utilización de servicios sanitarios públicos de atención especializada son tan sólo consecuencia de diferencias en estados de salud de la población, con 2,37).
- 2- En prácticamente todos los casos, excepto quizás en la última de las afirmaciones comentadas antes, sobre desigualdades en utilización hospitalaria, para las que todas las respuestas parecen valorar bastante al unísono la existencia perversa de diferencias injustificables en el acceso a la atención especializada, y en particular en las respuestas de los profesionales sanitarios), existe una elevada

desviación típica o desacuerdo en las valoraciones acerca de las afirmaciones contenidas en cada una de las cuestiones (sólo en un caso inferior a las dos unidades), siendo la de mayor rango la percepción sobre el papel del sector público en la provisión socio-sanitaria. Cabe remarcar igualmente la elevada aceptación sobre la conveniencia ‘de una vez por todas’ de abolir MUFACE (6,8). En ambos casos, sin embargo, se observa un elevado nivel de desacuerdo interno (desviaciones típicas de 3,2 y 2,9 respectivamente).

- 3- Destaca cierta contradicción entre el elevado nivel de acuerdo –(la mayor calificación) sobre la constatación de que la pobreza más que la desigualdad de renta importa para una política de salud (la evidencia publicada al respecto por Angus Deaton 2003 en el *Journal of Economic Literature* son contundentes al respecto). Sin embargo, a la afirmación de que reducir la desigualdad en renta personal o territorial es el mejor antídoto para reducir las desigualdades en salud, el amplio acuerdo en puntuar elevadamente la afirmación (6,46 y 6,03, respectivamente) resulta en todo o en parte contradictoria con la anterior.
- 4- Se mantiene la percepción de que los recursos totales que España gasta en salud no están en consonancia con nuestro nivel de desarrollo, lo que objetivamente es una verdad a medias (sobre 10, el nivel de acuerdo con el anterior postulado es tan sólo del 4,33, aún con una elevada desviación típica, 2,85), aunque no sorprende vista la presión política mediática hoy existente al respecto. Más sorprendentemente resulta que se valore que no parece justificada la aseveración del ligamen de la asignación territorial de recursos con la inversa del nivel socioeconómico de la zona (4,58 es la puntuación para la afirmación en positivo). Para las valoraciones sobre el nivel de recursos, estadísticamente resulta significativa la diferencia entre economistas y profesionales sanitarios (estos últimos al parecer más claramente proclives a la necesidad de aumentar el gasto privado que no los primeros que otorgan 6,12 al nivel de acuerdo sobre la concordancia entre recursos privados y nivel de desarrollo).
- 5- El resto de preguntas, además de las ya comentadas, recibieron puntuaciones superiores a 5, lo que podríamos considerar una intensidad media o de aprobación mínima. Sobresale, por inesperada, la aceptación acerca de la validez

de la magnitud de las listas de espera como ‘indicador de necesidad’ de servicios sanitarios que ‘conviene considerar en la definición de políticas sanitarias’. Sorprende la elevada aceptación media de la aseveración (6,03) y que ésta sea más elevada, en un punto, entre economistas que entre profesionales sanitarios.

- 6- También por colectivos se registra alguna diferencia (medio punto al menos) en el mayor empeño de los economistas respecto de los profesionales para apoyar el subministro de la asistencia sanitaria desde las CC.AA. aún a riesgo de la diversidad, de apoyo conjunto elevado en cualquier caso (6,26), particularmente elevado entre economistas. En el favorecimiento de la integración asistencial substitutiva de la competencia en proveedores, aún a riesgo de pérdida de elección de usuarios (apoyo tenue de 5,8), los profesionales sanitarios sesgan al alza mientras que los economistas lo hacen a la baja, favoreciendo, al parecer, la supuesta mayor competencia entre proveedores.
- 7- El desacuerdo medio entre colectivos es particularmente elevado entre los menores de 41 años y los de 47 o más en prácticamente la mayoría de puntuaciones. Los más jóvenes son, a grandes rasgos, menos pro-públicos en el modo de entender la sanidad, más descentralizadores, menos ‘integracionistas’ y más favorables a la competencia –tanto en proveedores como en la no-eliminación del esquema MUFACE-, más atentos a la calidad entendida como variaciones de prácticas, muchísimo más favorables al copago en el medicamento de pensionistas (6,95 frente a 5,35), algo más ‘ingenuos’ (menos percepción de aspectos operativos) sobre las disfuncionalidades prácticas del sistema sanitario, siempre respecto del grupo de más edad.
- 8- Los autores no esperábamos, en general, que las respuestas otorgasen un papel tan predominante al sector público en el ámbito socio sanitario (tanto en financiación como en prestación) con 6,57; un pronunciamiento tan decidido en favor de la abolición de MUFACE (6,8); una aceptación tan elevada de la descentralización sanitaria autonómica, aún a riesgo de la diversidad, ya por mayor capacidad o esfuerzo fiscal (6,3; 6,2); esperábamos los autores más apoyo a la integración asistencial de proveedores y a la ‘territorialización de los servicios, aún a riesgo de pérdida de la capacidad de elección del usuario’ (5,8;

5.0, respectivamente); la consideración de las listas de espera en su cuantía como *proxy* de necesidad con objetivos asignativos (6,03) tal como hemos comentado, amén de ciertas contradicciones observadas en respuestas que combinan aseveraciones sobre pobreza y desigualdad.

- 9- Nos parecen a los autores más razonables las valoraciones que recogen una escasa aceptación de la propuesta de ignorar la existencia del sector sanitario privado a efectos de planificación pública (4,32), que las diferencias en calidad son más importantes que las cuantitativas que pueda recoger más o menos un catálogo territorial de prestaciones (6,45) y la buena aceptación del copago de medicamentos para pensionistas (6,21).
  
- 10- Finalmente, en lo que se refiere a las respuestas a cuestiones con contenidos abiertos, en cuanto a la primera opción de planteamiento de nuevas prestaciones, destacan los pronunciamientos a favor de las odontológicas. Siguen en segundo término o como segundas opciones las relacionadas con la dependencia y la atención mental y en muy escasa –y sorprendente para los autores- medida, las relativas al cambio de sexo. En lo que atañe a la respuesta a la cuestión de qué servicios o prestaciones hoy suministrados debieran de excluirse, destaca, aunque con menor grado de convergencia en la precisión de los términos, la exclusión de financiación pública de los tratamientos y medicamentos no eficaces o no efectivos, sin mayor detalle, así como la exención del copago hoy existente para los pensionistas.

## ANEXO Ficha técnica del cuestionario

	AES <sup>2</sup>	Encuesta <sup>3</sup>
<b>Total (socios/encuestados)</b>	679	99
<b>Hombres</b>	467 (68,8%)	81 (84,4%)
<b>Mujeres</b>	212 (31,2%)	15 (15,6%)
<b>Edad media</b>	41,4	45,73
<b>Profesionales sanitarios</b>	39,19%	48,5%
<b>Economistas</b>	38,73%	36,4%
<b>Farmacéuticos</b>	4,12%	7,1%
<b>Otros</b>	17,97%	8,1%

### El cuestionario

#### *Las preguntas del barómetro (calificaciones de 0 a 10) y evolución temporal*

1. La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que al año pasado: \_\_\_\_
2. La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es: (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que al año pasado: \_\_\_\_

<sup>2</sup> Memoria de la Asociación de Economía de la Salud 2003

<sup>3</sup> Los porcentajes en el caso de la encuesta pudiesen no sumar 100% a causa de los datos faltantes.

3. Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_
4. El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_
5. La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_
6. La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los cuidados de salud es (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_
7. La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_
8. Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_
9. La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_
10. La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud (0 mínimo; 10 máximo): \_\_\_\_\_  
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: \_\_\_\_

***Las preguntas específicas para el diagnóstico:***

1.- La provisión de los servicios socio-sanitarios (financiación y prestación) debe realizarse desde el sector público

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



10      9      8      7      6      5      4      3      2      1      0

**2- En su opinión, ¿cuáles son las prestaciones sanitarias de nuevo cuño que deberían entrar en el paquete cubierto públicamente (máx. 5)?**

- 1.- .....
- 2.- .....
- 3.- .....
- 4.- .....
- 5.- .....

**3.- En su opinión, ¿cuáles son los servicios o prestaciones existentes que deberían excluirse del paquete de prestaciones cubiertas públicamente (máx. 5)?**

- 1.- .....
- 2.- .....
- 3.- .....
- 4.- .....
- 5.- .....

**4.- La asistencia sanitaria debe subministrarse desde las CC.AA. aun a riesgo de que resulte diversa la combinación entre prestaciones cubiertas y la capacidad de la propia CA. en su financiación**

Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■

10      9      8      7      6      5      4      3      2      1      0

**5.- La asistencia sanitaria debe subministrarse desde las CC.AA. aun a riesgo de que resulte diversa la combinación entre prestaciones cubiertas y el esfuerzo de la propia CA. en su financiación**

Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■

10      9      8      7      6      5      4      3      2      1      0

**6.- La competencia horizontal entre proveedores debe substituirse por una mayor integración de niveles aún a riesgo de pérdida de capacidad de elección del usuario**

Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■
■	■

10      9      8      7      6      5      4      3      2      1      0

**7- La asistencia sanitaria en una comarca o área de salud debe ser encargada a un único proveedor que actúe coordinadamente aún a riesgo de que los servicios pierdan competitividad**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**8- Las decisiones en materia de provisión sanitaria (financiación y asistencia) se deberían establecer como si el sector privado no existiera**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**9- Las diferencias en la calidad de las prestaciones debería de preocupar más que las diferencias territoriales en el catálogo de prestaciones**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**10.- Debe introducirse de una vez por todas alguna forma de copago en el medicamento de los pensionistas**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**11.- Las diferencias de utilización de servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria son únicamente una consecuencia de diferencias en el estado de salud en la población**

Totalmente de acuerdo

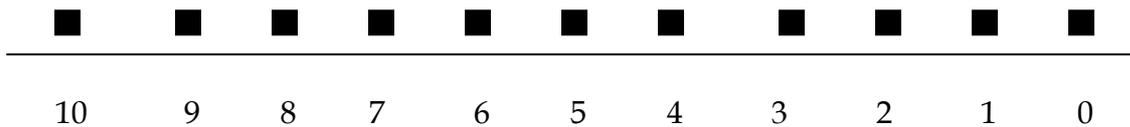
Totalmente en desacuerdo



**12.- Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad pública están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**13.- Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad privada están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**14.- En caso de incrementos futuros del gasto sanitario, la mejora salarial de los médicos debiera de ser prioritaria.**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**15.- La magnitud de las listas de espera constituye un indicador de necesidad de servicios sanitarios que conviene que se considere en la definición de las políticas sanitarias**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**16.- La asignación territorial de recursos sanitarios debe estar, ceteris paribus, inversamente relacionada con el nivel socioeconómico medio de la zona**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**17.- Reducir la desigualdad en renta personal es el mejor antídoto para reducir las desigualdades en salud**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**18.- Reducir las desigualdades de renta entre CC.AA. es el mejor antídoto para reducir las desigualdades territoriales en salud**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**19.- Es tiempo ya de abolir MUFACE**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



**20.- La pobreza más que la desigualdad en renta importa para una política de salud**

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo





## Referencias

Benzécri JP. L'analyse des données. Tome I. L'analyse des correspondances. Paris : Dunod, 1973.

Deaton A. Health and Inequality *Journal of Economic Literature* 2003

Greenacre M. *Correspondence analysis in practice*. Londres: Academic Press, 1993.

López G. , V. Ortún, J. Puig y R. Sabés, *Financiación Capítativa e Integración de Servicios Sanitarios*. Fundación BBVA Documento de Trabajo de la Fundación. Madrid, 2001