

DESEMPEÑO Y DESEABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO: ESPAÑA

Vicente Ortún Rubio (*)

Universidad Pompeu Fabra

La atención sanitaria ha pasado en las tres-cinco últimas décadas a tener un impacto apreciable en la salud de las poblaciones gracias a una innovación que, pese a valer más de lo que cuesta, incrementa, no obstante, los costes. Los problemas de sostenibilidad financiera tienen solución siempre que se garantice la disposición social a pagar derivada de una deseabilidad de la atención sanitaria que depende de su contribución al bienestar social. Un gasto sanitario, efectivo en promedio, se presenta asociado con un despilfarro abundante: más gasto no siempre merece la pena, existe un abismo entre eficacia y efectividad y las actuaciones sobre la salud desde fuera del sector sanitario pueden ser claramente más eficientes. Se finaliza con los cambios que el análisis del desempeño y deseabilidad del sistema sanitario español sugiere.

Palabras clave: brecha entre eficacia y efectividad, sostenibilidad financiera, productividad sanitaria, cambio tecnológico, desempeño sistemas sanitarios.

1. INTRODUCCIÓN

España, con una esperanza de vida al nacer de 35 años en 1900, ocupa hoy la tercera posición dentro de la OCDE en este indicador, como puede verse en los gráficos 1 y 2. La cifra de 35 años del 1900 había sido sobre-

(*) Este artículo utiliza resultados, publicados o en curso de serlo, de dos proyectos de investigación. En el primero, coordinado por el autor, con el respaldo incondicional de la Fundación BBVA, se agradece el apoyo de Beatriz González López-Valcárcel, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Ricard Meneu y Salvador Peiró, Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios de Valencia, y Enrique Bernal, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Para el segundo proyecto, ¿Más recursos para la salud?, el reconocimiento se extiende, de nuevo más allá de las referencias bibliográficas, a Jaume Puig-Junoy, su director, y a Guillem López-Casasnovas, ambos del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Se agradecen asimismo los comentarios de la profesora Laura Cabiedes, de la Universidad de Oviedo.

pasada por los países escandinavos con un siglo de antelación. La rápida ganancia de 30 años en esperanza de vida al nacer durante la primera mitad del siglo XX constituye otro reflejo de lo que era el atraso español.

La prolongación de la vida media se debe a la disminución de la mortalidad en la infancia. Hasta 1960 fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias las que más declinaron, como consecuencia de las mejoras socioeconómicas; a partir de 1960 han sido las enfermedades del aparato circulatorio, las congénitas y perinatales las que más han contribuido a la mejora de la esperanza de vida (Nicolau, 2006), con cierto papel atribuible –por vez primera– a la actuación del sistema sanitario.

No en todos los indicadores sanitarios ocupa España la tercera posición mundial. Los buenos lugares que mantiene para importantes causas de muerte –cáncer de pulmón, ictus, infarto de miocardio– “forman parte” de la alta esperanza de vida. La buena situación en enfermedades isquémicas del corazón (casi triplicada en EE.UU. pero casi reducida a la mitad en Japón, el país con datos más favorables), forma parte de una cierta paradoja “francesa” –en honor del país donde se presenta de forma más acusada– pues las mortalidades esperables serían bastante mayores que las observadas atendiendo a la elevada prevalencia de factores de riesgo como tabaquismo, sobrepeso, sedentarismo, hipertensión, diabetes, dislipemia y alcoholismo.

Gráfico 1
ESPERANZA DE VIDA AL NACER,
1960 Y 2003

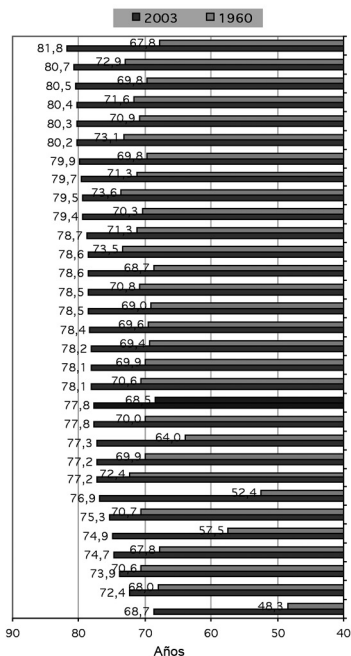
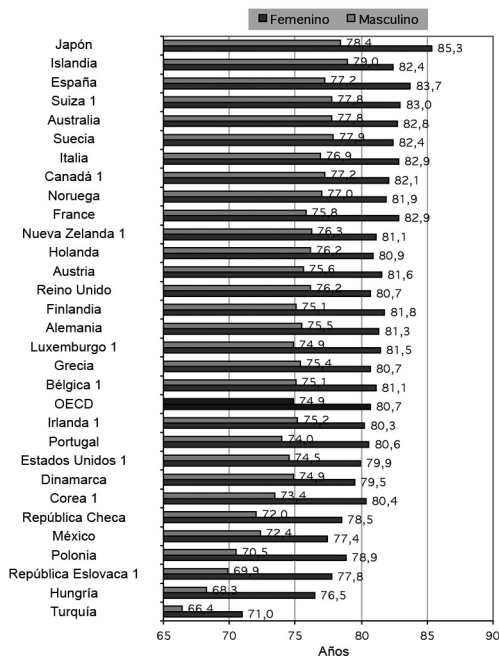


Gráfico 2
ESPERANZA DE VIDA AL NACER,
POR GÉNERO, 2003



En general puede encontrarse un indicador para la posición en la ordenación internacional que se elija. ¿Liderazgo mundial? En trasplantes. ¿Farolillo rojo? En resistencias bacterianas o inversión en tecnologías de la información.

Japón y España tienen una esperanza de vida mayor de lo que hubiera podido deducirse simplemente de su PIB *per cápita*, tal como se aprecia en el gráfico 3, sin presentar por ello elevados gastos sanitarios, como se observa en el gráfico 4. No en vano, gasto sanitario y salud sólo recientemente han empezado a estar relacionados.

Gráfico 3
ESPERANZA DE VIDA AL NACER, Y PIB PER CÁPITA, 2003

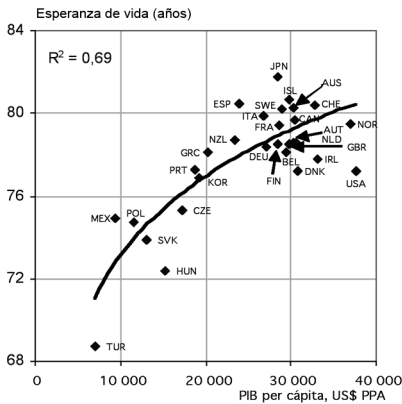
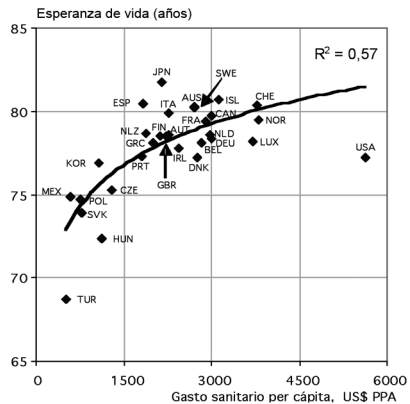


Gráfico 4
ESPERANZA DE VIDA AL NACER, Y GASTO SANITARIO PER CÁPITA, 2003



Fuente: OECD Health Data 2005.

1.1. Crecimiento económico, salud pública y atención sanitaria

Tal como McKeown sospechó y Fogel probó, ha sido el *crecimiento económico y la mejora de la nutrición* el factor con mayor fuerza explicativa en la espectacular caída secular de la mortalidad¹. Entre mediados del siglo XIX y del siglo XX son las *medidas de salud pública*, con fundamento científico a partir del descubrimiento de la etiología específica de las enfermedades infecciosas a finales del s. XIX, las que asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud: Implantadas primero en Europa Noroccidental y Norteamérica, después –y más rápidamente– en la Europa del Sur y Sureste, y finalmente, a partir de la Segun-

(1) Compatible con el deterioro de la salud en períodos de rápido crecimiento económico cuando una urbanización intensa fue más rápida que las mejoras en las condiciones de salubridad de las ciudades. A distinguir de los efectos secundarios del crecimiento económico sobre la salud analizados en profundidad, para España, por Luis Palomo *et. al.* (2006).

da Guerra Mundial en el Tercer Mundo, con velocidad aún mayor. La medida reina en salud pública –el saneamiento del suministro de aguas mediante filtrado y cloración así como la disposición segura de las residuales– explica, por ejemplo, la mitad de la reducción total en mortalidad de las principales ciudades de EE.UU. a principios del s. XX (Cutler y Miller, 2005).

Sólo en estas últimas cinco décadas ha adquirido un cierto protagonismo *la atención sanitaria*. Las sulfamidadas y antibióticos se introducen en la década de los cuarenta y cincuenta, se consolidan servicios clínicos preventivos, como las vacunaciones, y muy secundariamente algunos cribajes. Entre los servicios clínicos curativos sobresalen los dirigidos a las enfermedades isquémicas del corazón, el tratamiento de la diabetes (la insulina fue descubierta en 1921), el tratamiento quirúrgico de la apendicitis, los tratamientos de la tuberculosis, la neumonía y la gripe, los servicios de traumatología y el tratamiento de la insuficiencia renal.

Con toda la importancia que la prolongación de la esperanza de vida atribuible a servicios sanitarios tiene (especialmente para quienes marca una diferencia entre vivir y morir), el impacto más importante de los servicios sanitarios en los países desarrollados se produce en el ámbito de la calidad de vida de la población, tratando la depresión, la angina de pecho, las articulaciones dolorosas e incapacitantes, el dolor en general, las indigestiones, las dificultades urinarias, las fracturas, las pérdidas de visión y audición u otras condiciones. Las intervenciones sobre estos motivos de morbilidad y discapacidad no alargan la vida pero mejoran su calidad. Entre las intervenciones clínicas más destacadas y efectivas para la mejora de la calidad de vida pueden citarse, de forma no exhaustiva, el tratamiento de la depresión unipolar, el tratamiento de la angina de pecho, las prótesis de articulaciones (cadera, rodilla), las intervenciones de cataratas, las prótesis de oído, el tratamiento del dolor (en terminales, operados, personas con migraña...), y la reducción de las fracturas.

1.2. El impacto de la atención sanitaria en la salud

Donde mejor se ha documentado el impacto de la atención sanitaria en la salud ha sido en EE.UU., país que lidera la innovación tecnológica sanitaria. Están cuantificados unos beneficios en cantidad y calidad de vida, atribuibles a la atención sanitaria, claramente superiores a sus costes para varias condiciones importantes como enfermedades cardiovasculares, depresión y cataratas (Cutler, 2004).

Cuatro años y medio de aumento en la esperanza de vida a los 45 años, registrados desde 1950 en EE.UU., se deben al descenso de la mortalidad cardiovascular. Dos tercios de ese aumento, aproximadamente tres años, resultan de mejoras en los tratamientos –intensivos hospitalarios y control farmacológico de factores de riesgo– y el tercio restante proviene de modificaciones en los estilos de vida. A cambio, pues, de un aumento en los costes del tratamiento médico de las enfermedades cardiovasculares de 30.000 \$ se consigue un beneficio de 120.000 \$ en base a una valoración de

90.000 \$ por año de vida ajustado por calidad –AVAC– ganado², actualizado todo al 3%. Esto supone un rendimiento de 4 \$ por cada 1 \$ gastado, entre los más altos que puede presentar la atención sanitaria, lo que no quita para que intervenciones sobre estilos de vida (tabaquismo, sedentarismo) sean todavía mucho más eficientes (Cutler, 2004). No todo son historias de éxito: en los últimos 20 años la esperanza de vida de los enfermos de cáncer de pulmón sólo se ha alargado en 2 meses, gracias sobre todo a que se diagnostica con mayor frecuencia en estados iniciales; en cáncer de pulmón será más difícil que los beneficios sociales superen a los costes sociales.

La aportación de los servicios sanitarios a la mejora de la salud no debe asumirse con carácter general sino estudiarse para cada caso concreto. Sin estos estudios es difícil aceptar o rechazar el valor social de una tecnología médica. Todos los indicios apuntan, no obstante, a que no son directamente trasladables a España los resultados de Estados Unidos. En España las mejoras en la atención sanitaria se registran más tarde que en EE.UU. iniciándose –a grandes rasgos– en 1970. Así, con un coste por infarto de 4.000 \$ y un valor del AVAC de 30.000 \$ se obtiene un balance favorable para la atención sanitaria siempre que en promedio se ganen tres meses de vida por paciente, lo cual resulta claramente factible visto que el uso de técnicas hospitalarias invasivas permite salvar 5 pacientes más de cada 100 infartados o que entre la década de los setenta y la década de los noventa la mortalidad por infarto a los 28 días en enfermos hospitalizados se redujo a la mitad (Meneu y Peiró, 2004).

La disposición a pagar por la cantidad y calidad de vida ganada constituye una buena medida de los beneficios de las intervenciones sobre el estado de salud. Dos familias de métodos predominan: preferencia revelada y preferencia declarada. Se trata de incorporar las preferencias sociales pese a que todavía se sabe muy poco acerca de la génesis y consistencia de tales preferencias.

Conviene aflorar los umbrales de eficiencia implícitos en las decisiones sociales y en las recomendaciones que se derivan de las evaluaciones de tecnologías sanitarias. La cifra de 30.000 euros por año de vida ajustado por calidad podría constituir un umbral de eficiencia para España (Sacristán, 2002), umbral que se deberá contextualizar y actualizar. El umbral de eficiencia constituye una mera guía para las decisiones públicas de asignación de recursos (y muy especialmente las decisiones sobre grado de financiación pública de los servicios sanitarios). La validez y utilidad del umbral de eficiencia dependerá más de legitimidad de los procesos decisorios que de las investigaciones aplicadas que sustenten una cifra u otra. No hay que temer al conocimiento precario de una cifra guía para el umbral de eficiencia: la ignorancia es peor.

(2) La disposición a pagar por un año de vida ajustado por calidad (un promedio que refleja una disposición social) supera la renta media como la de todos los bienes que se valoran mucho. Afortunadamente, como sociedad, no hemos de ser capaces de “comprar” muchos años de vida para todos: sólo partes y para quienes lo necesiten.

2. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Más allá de la actual disputa política sobre déficit e insuficiencias financieras de la sanidad, los resultados obtenidos indican que no es del todo cierto que la cifra total de gasto sanitario en España sea demasiado baja. Ello es así puesto que el gasto total hoy supone un nivel muy cercano al que corresponde a su estado actual de desarrollo económico y al conjunto de determinantes conocidos del gasto sanitario. En lo que se refiere al gasto sanitario público por persona en el año 2001, éste sí resulta entre un 6 y un 12% inferior al que correspondería a España de acuerdo con el nivel de renta y características socio-económicas. Es decir, alrededor de 0,3 – 0,6 puntos del PIB, lo que equivale a una cuantía estimada entre 60 y 120 euros *per cápita* y año (Puig *et. al.*, 2004).

Con el crecimiento de la renta de los españoles, es previsible que tanto el gasto sanitario privado como el público tiendan a crecer por encima de lo que lo haga el PIB nominal. Sin embargo, que aumente el gasto sanitario público no implica que se financie exclusivamente con cargo al contribuyente; cabe el copago del usuario o la prima complementaria (principio del beneficio).

De hecho, en estudios comparados se observa que los países con coberturas sanitarias más amplias y de mejor calidad mantienen una proporción mayor de copagos (por ejemplo, los países nórdicos). Ello es lógico cuando los incrementos de cobertura pueden estar recogiendo prestaciones de menor efectividad terapéutica y más valoración o preferencia individual.

Es previsible también un incremento de la financiación privada de los servicios sanitarios. Si quiere mantenerse el criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de los recursos que esa financiación permita, el control debería ser público, de ahí la importancia de huir del pago directo, a efectos de evitar la explotación de los usuarios.

Conviene destacar que desde el año 1990 hasta el año 2001, el gasto sanitario público ha crecido a un ritmo anual real, descontando el efecto de la inflación, del 2,8%. La variación en la población total y el envejecimiento progresivo de la misma es responsable de poco más de una tercera parte de este crecimiento real, de forma que el crecimiento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) ha sido el principal factor que ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario público.

Las proyecciones del gasto sanitario público para el período 2004-2013 realizadas indican un crecimiento promedio esperado que supera también el ritmo de crecimiento del PIB. En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría así entre el 5,7% y el 6% del PIB, o sea, no más de entre 0,24 y 0,53 puntos adicionales del PIB, por encima de la cifra del año 2003. En otros términos, de acuerdo con el escenario base, el gasto sanitario público podría crecer, en términos reales, un 35% hasta el año 2013.

El factor con una mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos diez años continuará siendo previsible-

mente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. De ahí la importancia de los estudios coste efectividad de todas las prestaciones sanitarias, incluidos los medicamentos.

En conclusión, el problema real no es tanto la factibilidad o *sostenibilidad* de los aumentos del gasto sanitario público como la *deseabilidad* social del mismo. Aún cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta relevante, a suscitar en tiempo y lugar, es si éstos valen lo que cuestan. Al margen de cuál sea la magnitud, resulta imprescindible tanto aumentar la financiación, pública y privada, como conseguir mejorar el *desempeño* del sistema sanitario (la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados).

La mejora de la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados tiene bastante de política de salud y mucho de decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, coste-efectiva. Sabido es que la eficiencia de un sistema sanitario depende de que los profesionales sanitarios, fundamentalmente clínicos que adoptan las decisiones diagnósticas y terapéuticas, tengan la información y los incentivos necesarios para actuar de forma coste-efectiva.

3. EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA SANITARIO

Se precisa un marco para evaluar el comportamiento de los sistemas sanitarios que cuidan tanto la salud pública como la personal. El marco se construye definiendo una serie de dimensiones de interés como accesibilidad, aceptabilidad, adecuación, capacidad resolutive, efectividad, eficiencia, equidad, longitudinalidad, orientación al paciente, rapidez, seguridad, etc.

3.1. *Expresión de las múltiples dimensiones del desempeño en términos de eficiencia y equidad*

En Economía se tiende a resumir todos los mandamientos anteriores en dos: eficiencia y equidad. Más aún, a través de la estimación de parámetros que midan hasta qué punto la población está dispuesta a sacrificar eficiencia para conseguir algo más de equidad, pueden conseguirse funciones isoelásticas de bienestar social (Wagstaff, 1991) que consigan la integración entre eficiencia y equidad. Estas funciones de bienestar social permiten aproximar la *eficiencia asignativa*, la típicamente económica, en su punto de tangencia con la frontera de posibilidades de producción en un lugar intermedio entre el criterio eficientista (maximización de salud... lo que suele favorecer a las personas y grupos con mejor pronóstico) y el igualitarista.

La *eficiencia de gestión* se aproxima bien en la clínica a través de la capacidad resolutive (quien más síntomas palie o enfermedades cure con unos recursos determinados) y en la sanidad mediante criterios de coste-efectividad como el de euros por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado en diversas intervenciones. Queda la *eficiencia técnica*, la más ingenieril, expresada por las isocuantas.

Aunque el criterio de eficiencia sea muy querido conviene ser muy consciente de que se trata tanto de un término muy devaluado como de difícil consecución.

- La *eficiencia técnica*, aparentemente sencilla, definida por una iso-cuanta requiere dos condiciones que en España no se dan: primero, capacidad de gestión para moverse por la isocuanta combinando factores de producción al margen de lo que diga el “reglamento”; segundo, elasticidad de oferta suficiente, especialmente en recursos humanos, cuya planificación brilla por su ausencia: endogamia autonómica, déficit en algunas especialidades, ratio (1,16) enfermería/medicina inadecuado, *numerus clausus* en Facultades que obedece más a la tradición que a la razón, etc. (González, 2006). La eficiencia técnica y el corporativismo burocrático –que rige una mayoritaria producción pública de servicios sanitarios (porcentualmente la mayor entre los países de nuestro entorno)– se presentan como antitéticos.
- La *eficiencia de gestión*, como se verá más adelante, no constituye el objetivo de la gestión: ni la capacidad resolutoria en la clínica estructura la asistencia ni el menor coste por AVAC orienta la política de salud.
- La *eficiencia asignativa* queda, de momento, para investigadores. En la práctica cualquier sociedad establece sus particulares equilibrios entre eficiencia y equidad a través del establecimiento político de prioridades, y donde cuenta posiblemente más la legitimidad y transparencia del proceso que el resultado del mismo.

3.2. *Eficiencia estática y dinámica: ¿perjudica la regulación de precios a la innovación?*

Tampoco se escapa la sanidad a la contradicción entre eficiencia estática y dinámica pues también cabe pensar en que el poder de mercado de la industria suministradora o de algunos proveedores, siempre que fuera impugnable, podría justificar sus beneficios –conseguidos incluso a través del fomento del consumo de servicios inútiles e incluso perjudiciales– como un acicate a la innovación. Obviamente el acicate no desaparece si esos mismos beneficios se producen sin despilfarro (la sobre utilización puede compensar fácilmente la infrautilización) pero no es precisamente la necesidad el principal determinante de la utilización.

Por su importancia en la configuración de las políticas industriales y sanitarias en un país no estrictamente puntero como España conviene pararse un momento a examinar el argumento de que “la disminución de beneficios de la industria suministradora desincentiva la I+D+i”. Lo que globalmente es cierto –los beneficios proporcionan la capacidad y el estímulo para invertir en I+D– no tiene necesariamente una traducción país a país en el sentido de que se realizará más I+D en los lugares en los que se obtengan los mayores beneficios; la decisión de localizar las actividades de investigación y desarrollo en un país determinado depende más del

atractivo de una zona geográfica (calidad-precio de sus científicos y universidades) que de los beneficios que en la misma se obtengan. Al menos así debería ser: independencia entre nivel de precios (y beneficios) en una zona respecto a I+D localizado. Curiosamente, como ha analizado Ahlring (2004), la industria farmacéutica parece comprar capital político para las negociaciones sobre precios desde el momento que una regulación de precios más estricta lleva a mayor inversión en I+D, lo cual tampoco debería ser. Al fin y al cabo, la ausencia –en general– de favoritismos hacia la industria farmacéutica local, que Cabrales (2006) encuentra sobre una muestra amplia de países del mundo, puede explicarse por la protección que a los multinacionales les confiere la posibilidad de abandonar parcialmente un mercado, antes de comprometer el nivel de precios en otros países a través de un contagio en las regulaciones (el que se produce, por ejemplo, cuando los precios se fijan con referencia a los de otros países).

3.3. Una aproximación sensata al desempeño: reducir la brecha entre eficacia y efectividad

¿Debe abandonarse el discurso de la eficiencia? En absoluto, pero conviene adaptarlo a cada ámbito: Cualquier clínico será receptivo a la capacidad resolutive y ningún profesional sanitario se resistirá ante los cantos de la calidad. Tampoco hay que inventar demasiado, aunque sí adaptar mucho de los países que en algún ámbito nos preceden: centrar el discurso en el abismo de la calidad, esa brecha entre lo que puede conseguirse con los actuales recursos y tecnología (eficacia) y lo que realmente se está consiguiendo (efectividad).

La capacidad de los productos y procedimientos sanitarios de alcanzar sus logros está en constante evolución. La eficacia de las alternativas disponibles traza una frontera de posibilidades de producción para cada situación tecnológica dada. Dicha frontera señala en cada momento el máximo que puede conseguirse si todo funciona de manera ideal. La efectividad mide la distancia a la frontera, el grado de consecución del máximo potencial en función de los datos de cada realidad (incentivos de las organizaciones y de los profesionales, cultura poblacional...). Al fin y al cabo, la calidad de un proveedor se mide a través de la diferencia entre eficacia y efectividad imputable al mismo.

Muchos cuidados están infraprovisos. Hasta el 50% de la atención recomendada –tipo administrar aspirina a pacientes con infarto de miocardio– deja de prestarse (Glynn, 2003). Otros servicios se utilizan en exceso y resultan perjudiciales. Finalmente, otra parte de la utilización deviene inadecuada: errores y actuaciones iatrogénicas.

La sobreutilización, la infrautilización y la mala utilización existen en cualquier sistema sanitario pero en grado variable. Su extensión repercute negativamente sobre la contribución de los servicios sanitarios a la salud de las poblaciones y su conocimiento constituye el complemento necesario para disponer del panorama completo en la relación entre servicios sanitarios y salud: por una parte cómo los avances se han traducido en mejoras de salud; por otra, identificación de aquellos factores que impiden la aplicación de aquello que ya sabemos (sea control de

hipertensión o de hipercolesterolemia sea diagnóstico de depresión mayor).

El conocimiento de las brechas entre efectividad y eficacia permite establecer las condiciones para que un mayor gasto sanitario no se disipe por los intersticios de la inadecuación deslegitimando el sistema en su conjunto.

La brecha entre eficacia o efectividad suele ser desconocida incluso en los ambientes profesionales. Estudiando la eficacia –de validez universal, diseño riguroso y publicación reputada– se consigue *currículum* y otros beneficios concurrentes. Preocuparse por la efectividad, necesariamente local, no requiere diseño tan riguroso ni merece publicación aclamada. Proporciona incluso algún enfrentamiento –se consigue *biografía*– el analizar lo que realmente importa a las poblaciones, los profesionales y los gestores. Que la efectividad se sitúe al 50% de la eficacia, muchas veces por debajo y alguna por encima, justifica que –desde un punto de vista formativo– la reducción de la brecha sea el principal objetivo de la gestión clínica y sanitaria (Ortún, 2003).

3.4. Desempeño: medidas nacionales y comparaciones internacionales

Australia, Canadá, Holanda y Reino Unido son los países más avanzados en el uso de sistemas de medición del desempeño. La información pública y transparente del desempeño, que ajuste por las variables que los evaluados no controlan, permite guiar la asignación de recursos sanitarios hacia quienes mejor lo hacen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe del 2000, ordenó los sistemas de salud –todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud– del mundo de mayor a menor eficiencia. Medir la eficiencia de un sistema sanitario supuso establecer hasta qué punto el comportamiento de un país se acerca al máximo potencial (dado por el conjunto de países) ajustando por recursos disponibles y otras variables que influyen sobre el resultado y que no están comprendidas en el concepto de servicios sanitarios.

El Informe 2000 de la OMS usa el método del análisis de la frontera de producción para establecer la eficiencia del sistema sanitario. La eficiencia se aproxima por el porcentaje de lo realmente conseguido en relación a lo que potencialmente podría conseguirse con los *inputs* utilizados. Se calculan dos medidas de eficiencia: primera, la observada para transformar *inputs* en esperanza de vida ajustada por discapacidad. Segunda, la que se deriva de la capacidad de cada país para transformar *inputs* en la consecución de tres grandes objetivos de cualquier sistema sanitario expresados éstos como porcentaje de lo potencialmente alcanzable. Los tres objetivos considerados son: salud, capacidad de respuesta (a las expectativas no médicas de la gente) y equidad en las contribuciones financieras. Para medir el grado de satisfacción de los tres objetivos mencionados el Informe utiliza cinco variables de producto o desenlace: esperanza media de vida ajustada por discapacidad, distribución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad,

respuesta promedio a expectativas, distribución de la respuesta a expectativas y distribución de las aportaciones financieras en relación a la capacidad de pago.

La frontera, definida por la mejor práctica de los 191 países considerados, es una función de dos variables: gasto sanitario y promedio de años de escolarización en la población adulta. Los problemas de método resultan obvios:

- La educación difícilmente podrá ajustar por todo lo que no son servicios sanitarios (clima, estilos de vida, instituciones...) y aunque la ordenación de los países en cuanto a eficiencia fuera válida no nos informa de cuáles son los componentes de unos servicios sanitarios determinados que explican las diferencias de comportamiento entre países.
- Mucha heterogeneidad entre países se atribuyó erróneamente a eficiencia.

Pero lo que constituye una guía para producir ciencia y publicar en buenas revistas no puede convertirse en criterio único para intentar mejorar la realidad. La búsqueda del método más adecuado, del dato más refinado, de la variable más válida se convierte, con facilidad, en una condición suspensiva de la acción: en la parálisis por el análisis. Y pese a suscribir algunas de las fundadas críticas al Informe (Almeida, 2001) creemos que hay que perseverar en las comparaciones internacionales: mejorar datos, pulir métodos, ajustar mejor por los *inputs* no sanitarios, efectuar el análisis de frontera por grupos más homogéneos de países (escandinavos, subsaharianos...), y –sobre todo– centrarse en enfermedades específicas.

Precisamente éste ha sido el curso seguido por la organización originariamente creada para repartir el Plan Marshall en Europa, la OCDE (2003), que ha publicado ya algunas comparaciones internacionales de desempeño centradas en enfermedades específicas como las isquémicas del corazón o el ictus.

Las comparaciones específicas por enfermedad tienen la gran ventaja de estimular la mejora copiando de quien destaca, tanto a nivel internacional como nacional. Estas comparaciones permitirían contestar a la hipotética pregunta de un ciudadano conocedor, antes de nacer, de que va a ser, por ejemplo, diabético: estaría interesado en saber en qué país del mundo se controlan mejor las complicaciones graves de la diabetes. Curiosamente no acabaríamos siempre en el mismo país: nadie es mejor en todo; supervivencia de cáncer, control adecuado de enfermedades crónicas, reducción de mortalidad y morbilidad evitable. Así, según los resultados de Hussey (2004) para un ictus mejor Canadá, para un infarto Australia, para un cáncer de mama EE.UU., y para evitar la hepatitis B, el Reino Unido. No existe el sistema sanitario perfecto pero de todo el mundo se puede aprender.

Obviamente los países difieren entre sí en numerosas circunstancias que no son imputables a su política de salud, como la geografía, el clima, sus reglas de juego, su historia... como difieren los pacientes sin que ello impida medir la efectividad de las intervenciones o como difieren los cirujanos sin que deje de ser planteable medir su calidad ajustando por las variables que ellos no controlan.

La salud depende del desempeño del Sistema Sanitario y la comparación de desempeños entre países no deja de constituir un acicate para su mejora. Las ordenaciones de sistemas sanitarios según su eficiencia, los indicadores sumarios, promueven la transparencia y la mejora en datos y métodos, tienen impacto mediático, resultan fácilmente inteligibles y tienen un interés indudable como forma de estimular una competencia por comparación que permita aprender de aquellos países con mejores políticas de salud. Al fin y al cabo tanto si queremos valorar la situación de la mujer en el mundo o la mortalidad por cáncer siempre recurrimos a la comparación de tendencias internacionales. El *benchmarking* puede funcionar en políticas de salud, de la misma forma que ha funcionado en cirugía coronaria (Chassin, 1996).

4. DESEABILIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

No hay problema alguno con la disposición individual a pagar por la mejora de la salud entre aquéllos que disponen de medios. Otra cosa es la disposición social a pagar, por ejemplo, la financiación pública, que se precisa para resolver los fallos de mercado, positivos y normativos, del sector sanitario. El principal fallo normativo resulta fácil de entender: sólo un acceso financiado públicamente –y no según disposición individual a pagar– garantizará una utilización según necesidad.

Entre los distintos fallos positivos (tipo información asimétrica) caben soluciones coasianas, a través de mecanismos de mercado (como la acreditación o la auditoría clínica ejercida por intermediarios, públicos o privados). El aseguramiento universal y obligatorio, en cambio, resulta insustituible para lidiar con la selección adversa por razones de eficiencia: la solución coasiana de aseguramiento por colectivos no tiene viabilidad para una prestación en la que el 5% de la población representa la mitad de la utilización en un año.

Los servicios sanitarios serán deseables si sus beneficios superan a sus costes sociales. El beneficio fundamental viene dado por el valor para la persona de una mejor salud, aunque también quepa considerar el impacto, positivo o negativo, de estos cambios tanto en las finanzas como la salud de otras personas. Hemos visto, en el epígrafe 1, que –en promedio– la atención sanitaria vale lo que cuesta, lo cual es totalmente compatible con: primero, que mayor gasto no siempre merece la pena; segundo, la existencia de una brecha enorme, un abismo, entre la eficacia y la efectividad; tercero, el que las actuaciones sobre la salud desde fuera de los servicios sanitarios pueden ofrecer un ratio de beneficios/costes claramente superior al de los servicios asistenciales.

4.1. Mayor gasto no siempre merece la pena.

Existen actuaciones claramente perjudiciales. El 30% de los gastos de atención sanitaria (que representan el 15% del PIB de EE.UU.) podrían eliminarse sin afectar negativamente a los resultados en términos de salud (Fisher, 2003). En el año 2000, por ejemplo, el gasto sanitario *per capita* (Medicare) fue de \$10.550 en Manhattan pero sólo de \$4.823 en Portland, Oregón. Pese a semejante disparidad ni la calidad de la atención ni la satisfacción de los pacientes estuvo relacionada con los costes. La diferencia en el gasto se debe casi enteramente a la forma de practicar la Medicina en las zonas de alto coste. Los afiliados a Medicare en Manhattan, comparados con los de Portland, registran casi el doble de estancias hospitalarias y de visitas al especialista, pero no más tratamientos de efectividad probada.

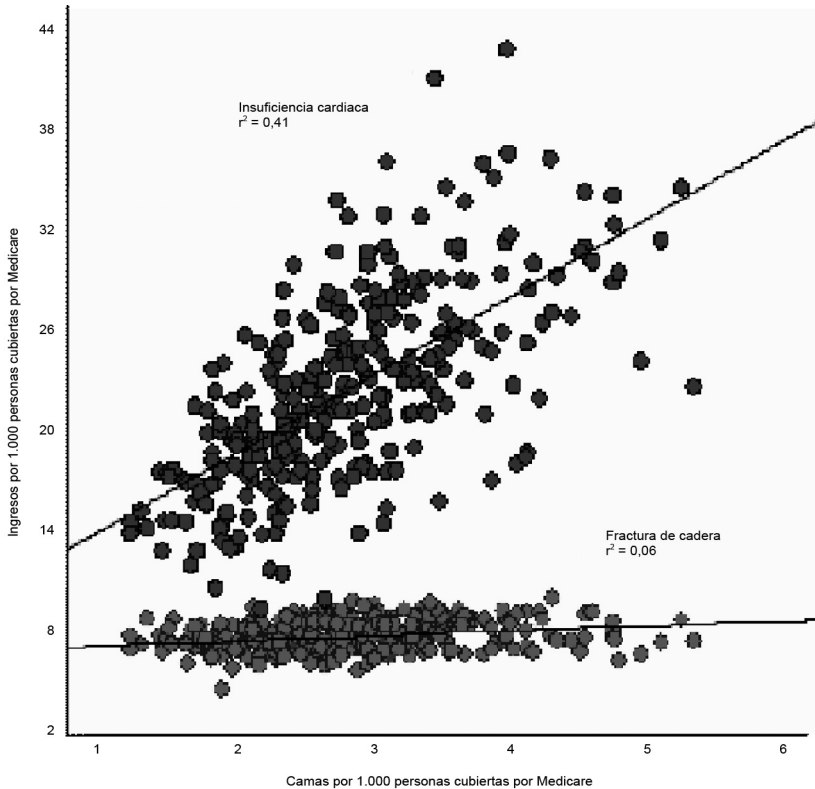
4.2. Acortamiento de la brecha entre eficacia y efectividad indagando en las variaciones aparentemente arbitrarias

Las variaciones en la práctica médica (VPM) señalan las áreas donde mayores pueden ser los problemas de calidad y llevan a formular la pregunta clínica y socialmente correcta: para qué (se interviene) en lugar de cuánto (se interviene). Se trataría de acabar con las políticas sanitarias preocupadas únicamente por el gasto sanitario para adentrarse en el binomio resultado y coste, tanto en el ámbito clínico como en el sanitario.

Atender a la necesidad con financiación pública define la esencia de un servicio nacional de salud. Las VPM nos dicen que esa necesidad no siempre guía la utilización, pero sí lo hacen otros factores, como la incertidumbre y la ignorancia, que propician estilos de práctica muy diferentes, influidos de forma muy especial por la *oferta* (más en EE.UU. que en España) y por la "*fascinación tecnológica*". Existe un tipo de prestación sanitaria muy sensible a la oferta, como el ingreso por insuficiencia cardiaca del gráfico 5, frente a otro tipo de prestación claramente efectiva, como la reparación de la fractura de cadera del mismo gráfico 5. Entre ambas se encuentra la atención muy sensible a las preferencias de los pacientes.

En España, como en otros países, los médicos actúan de forma muy diferente ante situaciones similares, quebrando la creencia tradicional de que los profesionales sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado ante cada problema de salud. El grupo español que estudia las variaciones en la práctica médica (VPM-IRYSS) ha comprobado que en el Sistema Nacional de Salud español (SNS) se dan tasas de intervenciones (en mayores de 65 años) menores que en EE.UU. (Medicare), que la oferta (camas/10.000 h) no muestra relación con la tasa de intervenciones, que existe una importante correlación entre las tasas poblacionales de diferentes intervenciones quirúrgicas, que existe relación inversa entre la tasa de intervenciones usuales y la disponibilidad de alta tecnología, y que, incluso en los ingresos por descompensación de procesos crónicos, de mayor asociación con la oferta de camas en EE.UU., las asociaciones encontradas en el SNS son muy moderadas.

Gráfico 5
RELACIÓN ENTRE TASAS DE INGRESOS Y CAPACIDAD INSTALADA
EN ATENCIÓN “SENSIBLE A LA OFERTA”.
MODIFICADO DE WENNBURG JE, 1998

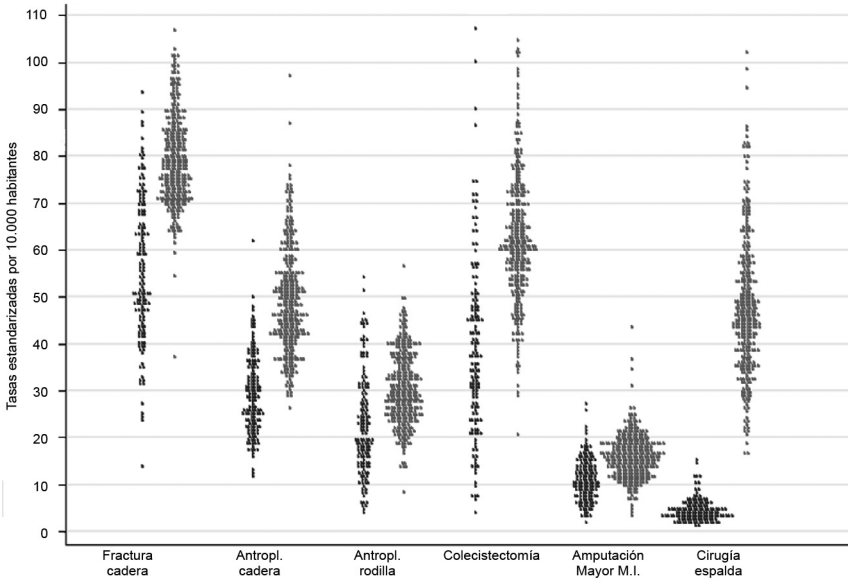


Fuente: Peiró y Bernal (2006), modificado de Wennberg (1998) con autorización. Repro-
 ducido con permiso de los autores y la revista.

Peiró y Bernal (2006) aventuran la hipótesis de la *fascinación tecnológica* para explicar la posibilidad de que los incentivos de tipo profesional asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada jueguen un importante papel en las VPM de atención hospitalaria en el SNS; para ello se basan en que: a) las tasas de los procesos más comunes de las respectivas especialidades, siempre que no vayan asociados a alguna innovación, parecen estar por debajo de las tasas de otros países y bastante por debajo de las tasas en población Medicare como se aprecia en el gráfico 6; b) las tasas de los procesos que se asocian a innovaciones tecnológicas parecen aproximarse notoriamente a las tasas de la población Medicare, y c) los procesos “corrientes” pueden experimentar crecimientos en su utilización espectaculares y muy rápidos cuando cambia su tecnología operativa. Bajo esta hipótesis de *fascinación tecnológica*, los comportamientos esperables para las variaciones en la atención hospita-

laría prestada por el SNS serían: a) tasas comparativamente bajas de procesos “no complejos” y variabilidad menor por compresión de las tasas en los niveles de menor utilización, y b) tasas comparativamente altas de procesos complejos o realizados mediante tecnologías innovadoras.

Gráfico 6
TASAS ESTANDARIZADAS POR 10.000 HABITANTES MAYORES DE 65 AÑOS (España, izquierda) O ASEGURADOS POR MEDICARE (Estados Unidos, derecha)



Fuente: Peiró y Bernal (2006), del grupo Variaciones en la Práctica Médica de la Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Grupo VPM-IRYSS). Reproducido con permiso de los autores y la revista.

Si la hipótesis de la *fascinación tecnológica* no fuera rechazada nos hallaríamos ante un SNS carente de orientación –política, gestora y clínica– hacia los pacientes, con su rumbo marcado por la agregación de preferencias de profesionales individuales muy sensibles al último *gadget*.

4.3. No asociar automáticamente problema de salud con respuesta sanitaria

Las actuaciones sobre la salud desde fuera de los servicios sanitarios pueden ofrecer un ratio de beneficio/coste claramente superior al de los servicios asistenciales. Por ejemplo, el ejercicio compara favorablemente con el tratamiento farmacológico de la intolerancia a la glucosa e incluso la bicicleta estática ofrece mejores resultados que una malla (*stent*) para los pacientes con enfermedad coronaria estable.

El anterior resultado (Hambrecht, 2004) se refiere a EE.UU. donde suele darse mayor grado de intervencionismo. En España, comenta Paola

Beltrán, se adopta una actitud clínica más conservadora en la cardiopatía isquémica estable, constituyendo los eventos agudos sobrevenidos, o un claro empeoramiento de la clase funcional o de la prueba de esfuerzo, la indicación de intervención percutánea.

La naturaleza, local por definición, de la efectividad obliga a extremar el cuidado respecto a la validez externa de resultados publicados en las mejores revistas científicas del mundo. De ahí, la utilidad de publicaciones como *Gestión Clínica y Sanitaria* que selecciona y contextualiza las publicaciones más relevantes de su ámbito. Así, por ejemplo, Josep Martí (2003) señaló cómo unos resultados del *New England Journal of Medicine* –la artroscopia no superaba al placebo en pacientes varones de mediana edad afectados de artrosis moderada de rodilla– no eran en absoluto aplicables a España donde la población que se presenta con estos problemas tiene una edad de 70,4 (± 7) años y género femenino en su 75% frente a un 93% de varones con edad media de 52 años en EE.UU.

5. COROLARIO

Se ha visto que lo importante no es cuánto se gasta sino cómo se gasta. El porcentaje de inversión en I+D sobre ventas no explica la ventaja competitiva de las empresas, pero sí lo hace el tipo de investigación; tampoco el porcentaje del gasto en educación explica el rendimiento escolar, pero sí la calidad y motivación de los maestros. También en atención sanitaria lo importante no es cuánto se gasta sino cómo se gasta. Y aquí las consideraciones clínicas y sanitarias son determinantes. Más no siempre es mejor; mejor (atención), en cambio, siempre es más (salud).

En España la política sanitaria sigue siendo un juego de suma cero (escaño que te pillo, escaño que me quedo) lo que dificulta la plasmación de un acuerdo, tipo Pacto de Toledo para pensiones, sobre cuáles deben ser los rasgos estables del sistema. Y aunque lo difícil suele ser ejecutar no deben dejarse de mencionar las implicaciones del análisis efectuado hasta el momento sobre la sostenibilidad, el desempeño y la deseabilidad de la atención sanitaria en España.

Implicaciones que aunque ampliamente compartidas (Repullo y Oteo, 2005) y fundamentadas en la escasa, pero potente investigación española sobre servicios sanitarios han de pasar todavía la prueba de fuego de la realidad. Estas implicaciones se centran en dos grupos: Incentivos a proveedores y reorientación del Estado del Bienestar.

5.1. Incentivos a proveedores

Ésta es la estrategia favorita en cualquier país. Un sistema sanitario funcionará si quienes asignan los recursos –los profesionales sanitarios– disponen de la información y motivos para tomar decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas coste-efectivas.

Los incentivos a proveedores requieren encajar la gestión clínica, lo que precisa de una autonomía responsable en la gestión de las organiza-

ciones sanitarias. Durante lustros ha existido un consenso acerca de la conveniencia de dotar de mayor autonomía y responsabilidad a los centros sanitarios, con la lógica oposición de quienes confunden el Estado del Bienestar con el bienestar de los que trabajan para el Estado, hasta que con la ministra Villalobos, y como consecuencia de compromisos previos, se lanza la mayor Oferta Pública de Empleo de la historia, contribuyendo así a la esclerosis que se pretendía superar.

Tanto la competencia por comparación como el pago por resultados estimularían:

- La conveniente orientación de los servicios sanitarios hacia el paciente lidiando con el poderío de la fascinación tecnológica,
- La evolución hacia formas de atención más integradas (no precisamente las gerencias únicas) entre diversos niveles asistenciales para un correcto abordaje de las enfermedades crónicas y de la interfaz socio-sanitaria,
- La inversión en tecnologías de información y comunicación –imprescindibles en un sector que gestiona fundamentalmente información– para disminuir errores, facilitar la coordinación, permitir programas de gestión de enfermedades y casos, así como apoyar algoritmos de decisión clínica e informar al paciente.

Competencia por comparación

Promover una cierta competencia por comparación, sin necesidad de establecer un mercado, que permita orientar la asignación de recursos –a través de presupuestos y contratos– hacia las organizaciones con mejor desempeño. Una competencia basada en medidas de desempeño públicas y transparentes refuerza la democracia. Se empieza colgando en las web públicas la información ya existente sobre presupuestos, contratos, plantillas, actividad, conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria, etc.

Pago por resultados

Se sabe mucho acerca de que los incentivos financieros funcionan... demasiado, lo cual puede estimular la selección de pacientes o el centrarse estrictamente en aquello por lo que se paga.

Se aplica poco todavía la obviedad de que pagar por resultados en salud resulta más aconsejable que pagar por actividad (contraproducente incluso con enfermos crónicos) y que ésta resulta más sensata que pagar por ser vos quien sois.

Dado que en resultados cuesta incluso disponer de medidas de “producto intermedio”, tipo hemoglobina glicosilada, parece sensato acudir a medidas de calidad en proceso, plenamente arraigadas en la cultura clínica, y superiores a muchas alternativas al uso a la hora de premiar la mejor práctica clínica y estimular un rediseño organizativo que, de verdad, se centre en los pacientes.

No se trata de caer en la simpleza de que los incentivos financieros son los únicos relevantes; al fin y al cabo éstos forman parte de unos incentivos individuales (promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción) que la motivación intrínseca moviliza siempre que un segundo nivel de incentivos –los organizativos– lo permita (cuenta ajena inamovible e inmortal, cuenta ajena impugnable, cuenta propia...) y el tercer nivel superior –el social– los estimule: regulaciones correctas, relaciones con la industria transparentes, reglas de juego sanitario que hagan clínicamente atractivo lo que es sanitariamente conveniente.

En la España post-mayor-OPE de la historia, sin competencia por comparación, mucha garantía de inmortalidad y todavía escaso apoyo informático a los procesos clínicos, existe, no obstante, madurez suficiente para ensayar un pago por desempeño, especialmente en aquellos centros que han podido preservar una mínima autonomía.

La necesaria introducción de medidas de resultado y de calidad clínica contribuirá a reducir la brecha entre eficacia y efectividad y a obtener una base de evaluación del comportamiento sobre la que incentivar la calidad de los proveedores y la elección informada de los usuarios. El pago por desempeño –*pay for performance* o P4P– no requiere además recursos adicionales: un 5% puede ser detraído a priori de la bolsa presupuestaria para ser repartido a posteriori entre los mejores.

5.2. Reorientación del Estado del Bienestar

La auténtica sostenibilidad, pues, de la componente sanitaria del Estado del Bienestar pasa por garantizar la deseabilidad, expresada en disposición social a pagar, de aquellas innovaciones con impacto positivo en el bienestar social. El reto estriba en evitar la dualización de la sociedad conjugando responsabilidad individual y responsabilidad social. Un Estado de Bienestar ha de controlar los desincentivos tanto por el lado de la financiación como de las prestaciones rehusando las tentaciones protectionistas –aunque se disfracen de responsabilidad social corporativa o ecologismo– y acatando la disciplina que imponga la competencia internacional (economías abiertas). Por el lado de la financiación, los impuestos han de favorecer el crecimiento lo que puede introducir una suave regresividad. Por el lado de las prestaciones hay que evitar la pasividad del paciente e introducir el principio del beneficio –copago y primas complementarias controladas, ¿por qué no?, públicamente– allá donde lo relevante sea la preferencia individual y no la necesidad desde una perspectiva social.

En la economía sumergida (que incluye la criminal), estimada en más de un 20% del PIB, tiene el sistema fiscal español un margen importante de actuación. La lucha contra el fraude necesita reformas legales en las figuras impositivas y en los procedimientos tributarios para cerrar las vías de evasión fiscal, así como de una administración tributaria con el convencimiento necesario para aplicarlas. Este tipo de reformas precisan de un consenso parlamentario tanto más difícil de obtener cuanto más progresivo sea el planteamiento de las mismas.

Retrasar la edad efectiva de jubilación constituye la respuesta lógica al espectacular aumento de la esperanza de vida. Por otra parte, la atención a la dependencia se compeadece mal con la reducción o supresión del Impuesto sobre Sucesiones.

También convendría introducir incentivos a usuarios. España tiene un copago sobre medicamentos, pequeño y en disminución, en relación a otros países con Estados de Bienestar consolidados. Se trata de un sistema ni eficiente ni equitativo que puede reformarse con copagos de importe reducido que introduzcan conciencia de coste en el usuario y desincentiven el sobreconsumo (y las quejas sobre si las nuevas pastillas recetadas ya no flotan en el water). Cabe diseñar un copago fijo obligatorio por receta, con límite máximo mensual, neutral presupuestariamente. Podrían aplicarse de forma paralela dos copagos: el obligatorio de baja intensidad y un segundo nivel evitable relacionado con la efectividad de los medicamentos (Puig, 2004).

El primer nivel sería aportado por toda la población con dos exenciones: insuficiencia de ingresos y techo fijo. El segundo nivel de copago, independiente del primero, sería evitable según preferencias individuales y estaría en función de la efectividad de los tratamientos; su aplicación requiere un sistema de precios de referencia, diferente del actual, basado en la equivalencia farmacológica o terapéutica.

Liderazgo planificador y regulador

Recuperar la planificación para conseguir el legítimo control de la oferta que condiciona la práctica clínica (la utilización depende de los recursos) y propiciar políticas de salud más allá de las políticas de servicios sanitarias. Socialmente, no puede combatirse la obesidad con fármacos y allá donde sea preciso hacerlo convendrá utilizar contratos de riesgo compartido, esto es introducir el mismo pago por resultado (Kg. reducido de forma estable) que se reclama para la mayoría de los servicios sanitarios.

Si lo importante no es tanto lo que se gasta como establecer para qué sirve, parece razonable esperar un cierto traslado del énfasis de la política y la gestión sanitarias desde su miope preocupación dominante acerca de cómo contener el gasto sanitario, dentro de las restricciones presupuestarias, hacia una doble ocupación: primera, cómo financiar –sin dualizar la sociedad– aquellas innovaciones tecnológicas y organizativas cuyo impacto en el bienestar social sea mayor que su coste; segunda, cómo reducir las intervenciones de valor marginal escaso, inexistente o negativo, y cómo estimular las intervenciones beneficiosas que no se están produciendo.

El que la previsión del párrafo anterior sea cierta depende, en parte, de que la investigación aplicada sobre servicios sanitarios se plantee las preguntas correctas por incómodas de manejar que resulten. Difícilmente puede abordarse un debate sobre cuánto gastar en sanidad, cómo fomentar la innovación y mantener el Estado del Bienestar, sin poder establecer cuál es la contribución de los servicios sanitarios y de otros factores, parti-

cularmente los cambios en los estilos de vida, a la salud de las personas. Para que el conocimiento que se obtenga sea útil y aplicable en todos los niveles de la gestión sanitaria, desde la planificación a la clínica, esta caracterización debe descender al detalle de los problemas concretos de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlering, B. (2004): "The impact of regulatory stringency on the foreign direct investment of global pharmaceutical firms", *ESRC*, Centre for Business Research, Universidad de Cambridge, Working Paper n° 280.
- Almeida, C. *et. al.* (2001): "Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000", *The Lancet*, vol. 357, 26 de mayo, pp. 1692-1697.
- Cabrales, A. y Jiménez S. (2006): "The determinants of pricing in pharmaceuticals: Are U.S. prices really higher than those of Canada?", Universidad Pompeu Fabra, Working Paper, en prensa.
- Chassin, M. *et. al.* (1996): "Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly", *New England Journal of Medicine*, vol. 334, n° 6, pp. 394-398.
- Cutler, D. (2004): *Your money or your life*, Oxford University Press, Oxford.
- Cutler, D. y Miller, G. (2005): "The role of public health improvements in health advances: The 20th century United States", NBER, Working Paper n° 10511.
- Fisher, E. *et. al.* (2003): "The implications of regional variations in Medicare spending", *Annals of Internal Medicine*", vol. 138, n° 4, pp. 273-287 y 288-298.
- González López-Valcárcel, B. y Barber, P. (2006): "Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva europea", en Hidalgo, A.; Del Llano, J. y Corugedo, I. (coords.), *Recursos humanos para la salud. ¿Son suficientes y están bien cualificados?*, Editorial Masson-Elsevier, Barcelona.
- Grossbart, S. (2006): "What's the return? Assessing the effect of 'pay for performance' initiatives on the quality of care delivery", *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 1, pp. 29s-48s.
- Hussey, P. *et. al.* (2004): "How does the quality of care compare in five countries?", *Health Affairs*, vol. 23, n° 3, pp. 89-99.
- Martí, J. (2003): "No toda la artroscopia es útil en la gonartrosis", *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 5, n° 3, p. 95. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/>.
- McGlynn, E. *et. al.* (2003): "The quality of health care delivered to adults in the United States", *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, pp. 2635-2645.
- Meneu, R. y Peiró, S. (2004): "Eficiencia y despilfarro en la atención sanitaria. A propósito del infarto de miocardio", *Cuadernos Económicos de ICE*, n° 67, junio, pp. 9-25.

- Nicolau, R. (2006): "Población, salud y actividad", en Carreras, A. y Tafunell, X. (coords.), *Estadísticas históricas de España, siglo XIX y XX*, Fundación BBVA, Madrid, pp. 77-154.
- OECD (2003): *A disease-based comparison of health systems*, OECD, París.
- Ortún, V.; Rodríguez-Artalejo, F. y Peiró, S. et al. (2003): *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, Masson-Elsevier, Barcelona.
- Palomo, L.; Ortún, V.; Benavides F. G. y Márquez, S. (2006): "Informe SES-PAS 2006. Los desajustes de la salud en el mundo desarrollado", *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, monográfico 1.
- Peiró, S. y Bernal, E. (2006): "¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud", *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, monográfico 1, pp. 110-116.
- Puig-Junoy, J.; López-Casasnovas, G. y Ortún, V. (2004): *¿Más recursos para la salud?*, Editorial Masson-Elsevier, Barcelona.
- Puig-Junoy, J. (2004): "La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)", *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 6, n° 4, pp. 133-140. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/>.
- Repullo, J.R. y Oteo L.A. (2005): *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, Ariel, Barcelona.
- Sacristán, J.A.; Oliva, J.; Del Llano, J.; Prieto, L. y Pinto, J.L. (2002): "¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España?", *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, n° 4, pp. 334-43.
- Wagstaff, A. (1991): "QALYs and the equity-efficiency trade-off", *Journal of Health Economics*, vol. 10, n° 1, pp. 21-41.

ABSTRACT

On average, more health care spending seems to be worth it, especially for Spain in the last 30 years. We are rich enough to afford future increases in spending. The problem lies however with the social willingness to pay for publicly financed health services: the desirability of such services. Desirability would improve with more transparency and legitimate decision-making processes as well as by trying to reduce the huge difference between effectiveness (actual achievements) and efficacy (possibility frontiers): dealing with underprovision of care and waste. Rather than paying for the number of medical treatments provided, we should pay for the health improvements those services bring.

Key words: quality chasm, financial sustainability, medical productivity, technological change, health system performance.

