

**En J Amor (ed): Ética y Gestión Sanitaria.  
Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas  
2000, p 95-124  
UTILIZACIÓN DOCENTE**

## **Sistema Sanitario y Estado de Bienestar:**

**¿Todo para todos?**

**Vicente Ortún Rubio**  
Departamento de Economía y Empresa  
CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud  
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona  
e-mail: vicente.ortun@upf.edu  
<http://www.econ.upf.es/~ortun/>

## Guión

### **I.- Problemas en la componente sanitaria del Estado del Bienestar**

Estado del Bienestar: Concepto y evolución

Problemas de futuro en la componente sanitaria del Estado del Bienestar en España:

Problema demográfico

Problema tecnológico

Problema de la globalización de la economía

### **II.- La mejora de la equidad y la eficiencia como objetivos de las reformas de los sistemas de salud**

Conceptos macro y micro de eficiencia

Medidas de eficiencia

Conceptos de equidad

Medidas de equidad en la prestación de servicios

Medidas de equidad en el estado de salud

Contradicciones y concordancias entre eficiencia y equidad: en la Economía y en la Sanidad

Solución teórica de la contradicción entre eficiencia y equidad: funciones de bienestar social

Solución práctica según la forma de establecer prioridades en cada país

### **III.- Prioridades: ¿Todo, para todos, de la mejor calidad, a precio cero?**

Países 'pobres': La salida de la trampa de la pobreza

Países 'ricos': Diversas formas de racionar

¿Servicios sanitarios gratis?

## **I.- Problemas en la componente sanitaria del Estado del Bienestar<sup>(\*)</sup>**

El debate tradicional sobre los límites del Estado del Bienestar se realiza actualmente con unos problemas nuevos y con unos condicionantes diferentes. Los problemas nuevos son los del paro, los desajustes en los mercados del trabajo (con numerosas interrupciones en la vida laboral), y la emergencia de nuevas formas de pobreza y exclusión social. La diferencia en condicionantes estriba en la creciente competencia global entre Europa, Asia y Norteamérica, que hace plantear la cuestión de si la estabilidad política democrática y social que los Estados del Bienestar europeos pueden aportar constituye una mejor garantía de crecimiento de la productividad y del desarrollo humano que la proporcionada por Estados del Bienestar de menor medro.

Los servicios sanitarios representan en España algo más de una quinta parte de los gastos sociales y los problemas de futuro que se han considerando más específicos a la componente sanitaria del Estado del Bienestar en España son tres: el demográfico, el tecnológico y el resultante de la globalización de la economía. Los tres serán brevemente analizados en estas páginas tras esbozar el concepto y la evolución del Estado del Bienestar con particular referencia a España.

### **Estado del Bienestar: Concepto y evolución**

El Estado del Bienestar moderno es una invención europea que parte de la Alemania de Bismarck en 1883 y se extendió por toda Europa durante el período anterior a 1920. El término Estado del Bienestar se acuña tras la Segunda Guerra Mundial y se emplea para recoger las actividades gubernamentales relacionadas con la redistribución de rentas, sanidad, educación y otros servicios asistenciales. El Estado del Bienestar, además de incurrir en los gastos sociales mencionados, desarrolla otras políticas orientadas hacia la reducción de las desigualdades, la garantía de la subsistencia material, la integración social y la eficiencia (eficiencia tanto por su impacto en el resto de la economía como en el funcionamiento del propio Estado del Bienestar). Las políticas monetarias y fiscales dirigidas a la consecución del pleno empleo constituirían un ejemplo de esas otras políticas. También hay que acotar que el avance civilizador que supone el Estado del Bienestar (EB) no impide que el bienestar de los individuos dependa de muchos otros factores no relacionados con el Estado.

Los límites del EB y sus formas de actuación son muy cambiantes entre países. En la actualidad más de 140 países tienen algún tipo de seguridad social, (el más común es el que hace frente a los accidentes laborales), así como programas de pensiones para los ancianos.

Aunque la seguridad social -el núcleo del EB- haya sido la respuesta histórica europea a los problemas surgidos a raíz de la industrialización cuando se rompe la protección social tradicional que proporcionaba la familia y la comunidad local, no todos los

---

<sup>(\*)</sup> Extracto del capítulo del autor en: Catalá F, De Manuel E (eds). Informe Sespas 1998. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1998.

procesos de industrialización han conocido respuestas similares. El Este asiático ha dado un tipo de soluciones políticas diferentes a las europeas. Kuhnle (1997) cita el ejemplo de Singapur, que en 1994 aprobó una ley de manutención de los padres en la que se establece que las familias, en vez del Estado o la comunidad, son responsables del cuidado de los ancianos o enfermos.

En España, la Seguridad Social también constituye el núcleo del Estado del Bienestar. Tal como resume Comín (1996), la crisis del EB en España no surge con la democracia; con la democracia lo que surgió fue el propio Estado de Bienestar universal; antes lo que había era como mucho un Estado que promovía los seguros sociales obligatorios. Estos seguros profesionales vivían de las cuotas de los afiliados y no de transferencias del Estado financiadas con impuestos; el tipo de EB vigente en España entre 1900 y 1976 apenas transfería recursos a los seguros sociales, al igual que el Estado liberal dejó la beneficencia del siglo XIX a los empobrecidos Ayuntamientos, Diputaciones y Cabildos. Cuando los seguros sociales tuvieron excedentes -como en las décadas de los años veinte y los años sesenta- el Estado los utilizó para financiarse o financiar otros organismos públicos, impidiendo que la Seguridad Social constituyese unas reservas para épocas de crisis.

España ha construido su EB con un retraso histórico importante con relación a otros países Europeos.

Se había previsto en el Pacto de Toledo que a partir de 1997 la Sanidad se financiaría exclusivamente con impuestos generales para aliviar la presión sobre las cotizaciones a la Seguridad Social. Esta decisión se ha pospuesto al año 2000, momento en el que la exclusividad de competencias del Estado sobre la sanidad será menor ya que las prestaciones sanitarias no podrán considerarse régimen económico de la Seguridad Social al desaparecer la financiación proveniente de ésta.

El cuadro 1 y el gráfico 1 destacan la evolución del gasto sanitario público en España en porcentaje sobre el PIB desde 1980 hasta 1995. España -1995- gastó en servicios sanitarios cinco billones de pesetas, un 10% por debajo del Reino Unido (per cápita y comparando según paridad de poder adquisitivo). Cuando se ajusta por renta, España gasta lo que de su nivel de renta cabe esperar: un 7'6% del PIB, porcentaje más alto que el del Reino Unido, Dinamarca y Japón. Ahora bien, estos porcentajes de la riqueza producida por un país que se dedican a Sanidad expresan únicamente los recursos que se sacrifican, no lo que se obtiene de ellos.

El gasto sanitario financiado públicamente ha crecido algo más que el gasto sanitario financiado privadamente durante la década de los ochenta, lo que ha supuesto la ganancia de algún punto en el porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente, porcentaje que para 1995 se sitúa en el 81'8%. Para ese mismo año las primas a seguros privados no llegan al 7% del gasto sanitario total.

El déficit en la financiación sanitaria se ha producido tanto por gastar más de lo presupuestado y aprobado por el Parlamento como por presupuestar por debajo de que lo se sabía se iba a gastar. Las autonomías (recogiendo votos pero sin contrapartida de esfuerzo fiscal), los órganos de gobierno (sin miedo a quebrantos económicos, penales o de imagen) y muchos gestores sanitarios (valorados por otros criterios) han corrido su particular carrera hacia el déficit.

En cuanto a los valores sociales que fundamentan la preferencia por la financiación pública debe señalarse que su objetivo es que la utilización responda a necesidad y que la contribución dependa de la capacidad de pago individual. Ahora bien, el cumplimiento de ese objetivo no puede suponerse ya que exige una imposición progresiva - que no se da- y una utilización de servicios sanitarios explicada por necesidad y no por influencias o presión de oferta. Todos los factores que impulsan el gasto continúan presentes y la difícil situación financiera se agravará ya que no cabe esperar un aumento de la consignación presupuestaria para sanidad superior al crecimiento del PIB.

### Problema demográfico

El porcentaje de personas mayores tiende a aumentar y el de jóvenes a disminuir en los países desarrollados y las proyecciones demográficas actuales prevén que esta tendencia se intensificará en el futuro. El envejecimiento no se debe únicamente a la disminución de la fecundidad sino al hecho, generalmente gozoso, de que se vive más tiempo, pese a que en alguna discusión presupuestaria se haya hablado del "preocupante aumento de la esperanza de vida".

Si se mantienen los niveles actuales de mortalidad y fecundidad (España con 1'2 hijos por mujer en los niveles más bajos jamás conocidos en la Unión Europea), España acabará teniendo índices de envejecimiento superiores a los de sus países vecinos.

Las proyecciones demográficas barajan un abanico de hipótesis. Entre las proyecciones realizadas por Fernández Cerdón (1996), la variante media recoge las hipótesis más realistas a corto y medio plazo: una cierta recuperación de la fecundidad y un incremento moderado de la esperanza de vida. En ella, el grupo de edades 0-14 años disminuye al 16'6% en el año 2011 y al 14'9% en el 2050. La proporción de 65 o más alcanza el 17'9% de la población en el 2011 y el 30% en el 2050. Véase cuadro 2 y gráfico 2.

El impacto del envejecimiento sobre el gasto sanitario resulta incuestionable. La OCDE solía manejar el factor 3'3 para relacionar el consumo sanitario de los mayores de 65 años con el del resto de la población. Recientemente sitúa esa cifra en un 3'2 y precisa además que se observa un consumo distinto dentro del colectivo de mayores de 65 años en función de que sus miembros pertenezcan al grupo etario 65-74 (2'27) o al de mayores de 75 años (3'93).

Cifras como las anteriores reflejan situaciones actuales pero no determinan inexorablemente cómo será el futuro. El envejecimiento como fenómeno resulta incuestionable pero el impacto económico sobre el gasto sanitario depende parcialmente de variables controladas, hasta cierto punto, tanto colectivamente como individualmente. Entre estas variables, sin ánimo de exhaustividad, y dejando la tecnología para el epígrafe siguiente, podría citarse:

a/ El estado de salud -mejorado- de los ancianos y una percepción social de la vejez como regla.

b/ La mayor renta, mejor educación y, tal vez, mejores hábitos de vida de los ancianos del futuro que pueden proporcionar menor dependencia de cuidados por terceros a financiar públicamente.

c/ Las redes sociales y el apoyo familiar. Como dice Fernández Cordón a los jóvenes de hoy les espera una vejez con pocos hermanos y pocos hijos y con la perspectiva de que un divorcio les haya alejado de su cónyuge.

d/ La actitud, tal vez menos pasiva, ante el proceso de morir.

e/ El peso político de los ancianos. En el año 2000 el 50% del electorado europeo tendrá más de 50 años. La población española parece estar mayoritariamente a favor de preservar todos los programas públicos de protección social.

f/ Actitudes sociales con relación a responsabilidades individuales/responsabilidades colectivas. Los españoles consideran que el Estado es responsable del bienestar de los individuos, y más de las tres cuartas partes de la población opina que el Estado tiene la obligación de garantizar a sus ciudadanos el derecho a trabajar, a una vivienda digna, a recibir ayuda en situaciones de necesidad y a la educación (Cabiedes y Guillén, 1997).

g/ El número de familias monoparentales.

h/ El creciente número de personas viviendo solas, lo que en principio aumenta la dependencia.

i/ El grado de medicalización de los problemas sociales y de dependencia en los cuidados ligados al envejecimiento.

j/ Las medidas que en esta próxima década puedan tomarse para facilitar la creación de familias jóvenes y las que se adopten para disminuir el coste de oportunidad de tener hijos, sobre todo en las mujeres. A corto plazo puede plantear mayores problemas a España la falta de integración de los jóvenes que el envejecimiento. El 68% de los jóvenes de 20-29 años viven en casa de sus padres y a los 30 años más de la mitad no han alcanzado la autonomía que proporciona un trabajo y una vivienda. Este rasgo compartido con los países del Sur de Europa convierte a la familia en un 'Estado de Bienestar' sui generis, familia que muy probablemente conocerá cambios importantes como consecuencia de la muy positiva incorporación de las mujeres al trabajo remunerado pero sin que se hayan creado las condiciones para mejorar la compatibilidad entre vida familiar y vida laboral.

### Problema tecnológico

El cambio tecnológico explica, aunque sea por descarte de otras variables explicativas, la mayor parte del crecimiento del gasto sanitario (Newhouse, 1993).

Las innovaciones tecnológicas pueden clasificarse como innovaciones en el producto (antibióticos, insulina), en el proceso (cirugía mayor ambulatoria) y en la organización (integración de niveles asistenciales, políticas de salud). Por la importancia de las fuerzas sociales que condicionan los procesos de innovación y difusión tecnológica una distinción muy importante en innovación tecnológica separa la innovación patentable (fármacos, equipos), y apropiable por tanto, de la no patentable (procedimientos y estrategias clínicas), que presenta características económicas de bien público. La innovación tecnológica patentable contribuye a diferenciar el producto dentro del marco de competencia monopolista que mejor caracteriza a los servicios sanitarios. Se da, pues, en el sector sanitario una intensa innovación en producto -en ella basa su estrategia la industria farmacéutica y la suministradora de bienes de equipo-, una menor innovación en proceso derivada de una escasa competencia en precios, y una todavía

menor innovación organizativa porque, en términos generales, el sector sanitario está bastante protegido de la competencia exterior e interior.

La tecnología médica, pese a su indudable efectividad media, presenta con frecuencia una productividad marginal decreciente. El impacto de una tecnología determinada en el bienestar social depende de la comparación favorable entre beneficios adicionales en términos de cantidad y calidad de vida, y costes adicionales que la tecnología supone. El mercado resulta un mecanismo insuficiente en sanidad -por falta de información- para realizar esta comparación por lo que el control de la introducción y aplicación de la tecnología depende también de otras dos instituciones: el Estado y las normas clínicas.

El Estado regula la difusión de la tecnología sanitaria tanto directamente (autorizaciones previas a la comercialización, mapas sanitarios) como actuando sobre los incentivos de los centros sanitarios (formas de pago), los usuarios (copagos) y los clínicos (presupuestos clínicos, guías de buena práctica clínica). El Estado se halla en inmejorable posición para controlar la oferta de profesionales, servicios y tecnología, la palanca de actuación más efectiva para orientar el gasto sanitario. Pero, dado que la comparación entre beneficios y costes de una tecnología suele ser específica para cada persona, resulta imprescindible la participación del clínico. El Estado como mecanismo para la asignación de recursos en sanidad y las normas clínicas como sistema nervioso central de la Medicina que determina quién recibe qué son dos instituciones que se complementan en el control de la difusión de la tecnología sanitaria.

La Medicina Basada en la Evidencia con su creciente énfasis en la efectividad y en la orientación al usuario puede contribuir -acompañada de estímulos a los cambios de comportamiento clínico- a una práctica más adecuada, con menores variaciones en las tasas de utilización aparentemente arbitrarias. Ahora bien, sabido que: primero, la utilización viene determinada en última instancia por la oferta, segundo, la práctica clínica se adapta a la oferta disponible en cada zona, y, tercero, el alcance de la utilización inapropiada es independiente de la tasa media de utilización, no puede fiarse todo a la Medicina Basada en la Evidencia. Los procesos de decisión colectiva han de precisar qué atención sanitaria justifica su costo. En presencia de una productividad marginal decreciente, variable según tipo de servicios sanitarios, y en muchas ocasiones desconocida, el Estado desempeña un papel clave en el control de la oferta tecnológica.

#### Problema de la globalización de la economía.

Los nuevos países industrializados asiáticos, un continente en el que vive el 60% de la población mundial, mantienen desde hace tiempo un crecimiento muy superior al de las economías europeas (un 6% de la población). Tanto económica, como políticamente Europa tiene menor peso en el mundo. ¿Representa ello una amenaza para los Estados del Bienestar en Europa? No necesariamente siempre que: Primero, se acompañe el aumento en los consumos público y privado con las mejoras en la productividad. Segundo, se procure un cierto equilibrio entre las consideraciones de eficiencia económica y equidad social. Tercero, se considere seriamente la efectividad de las políticas sanitarias del EB con una cierta preocupación por el impacto del gasto sanitario en el crecimiento económico.

En cuanto a lo primero, cabe recordar que la competitividad de un país viene dada por la capacidad de sus empresas de producir y vender tanto en mercados nacionales como extranjeros, de mantener y aumentar cuotas de mercado. En el caso de España la existencia de empresas competitivas no depende únicamente de una mayor apertura al exterior y de la eliminación de prácticas proteccionistas sino también de un conjunto de desarrollos institucionales que escapan del ámbito de estas líneas (Salas 1997 para una visión del tema).

Respecto a lo segundo, el equilibrio entre equidad y eficiencia, la sabiduría económica convencional postulaba una relación inversa entre redistribución de la renta y potencial de crecimiento. Recientemente, no obstante, la evidencia señala -al contrario- que en aquellas sociedades con más desigualdad las demandas de redistribución fiscal -con sus efectos distorsionadores- son también más altas, lo que origina una menor tasa de crecimiento. La desigualdad en renta se vincula también con un menor crecimiento a través de la inestabilidad política. Las desigualdades, especialmente si se perciben injustas, alimentan el descontento social y aumentan la inestabilidad política y económica, lo que reduce la inversión.

El tercer punto, el de la efectividad de las políticas sanitarias y el impacto de éstas en el crecimiento económico, recibirá mayor espacio. La buena salud además de ser un objetivo en sí mismo, trae aparejados importantes beneficios económicos para los países en vías de desarrollo. El mejoramiento de la salud y la nutrición aumenta la productividad de los trabajadores, reduce el número de días que se sienten enfermos y prolonga su vida económicamente activa. De la concordancia histórica, y actual en muchos países en vías de desarrollo, entre objetivos de crecimiento económico y objetivos de mejora del estado de salud, se ha pasado a una mayor contradicción entre ambos: Una parte del gasto sanitario no puede considerarse inversión en una economía avanzada. La reducción en las tasas de mortalidad tiende a ser pequeña y se produce fundamentalmente entre los ancianos, que no contribuyen directamente a la producción. Éstos, además, propenden a incrementar su consumo sanitario al perder capacidad y requerir tratamientos cada vez más complejos y costosos. La posibilidad de que la reducción en la incapacidad o en la debilidad física ligadas al gasto sanitario logren aumentar apreciablemente la oferta de horas de trabajo o la productividad laboral media se juzga poco relevante.

Frente al argumento anterior de que el gasto sanitario no constituye una inversión productiva en economías avanzadas cabe argüir que el gasto sanitario, en la población activa podría mejorar la productividad del trabajo al reducir la incapacidad y la debilidad, mitigando la ansiedad, tratando síntomas y proporcionando información diagnóstica. Y en la población jubilada sería un instrumento de mejora del clima social y de suavización del impacto externo que sobre la productividad de la población activa podría tener la asunción del cuidado personal y del coste derivado de tratamientos costosos y de una longevidad creciente.

La evidencia empírica ha de ser en cualquier caso la que dirima la controversia acerca de los efectos sobre el desarrollo del gasto sanitario, en los países avanzados.

González-Páramo aporta evidencia con datos OCDE 1960-1990, sobre la asociación positiva entre gasto sanitario total y crecimiento de la productividad del trabajo y cita



como explicaciones teóricas para el nexo positivo gasto sanitario/crecimiento económico las siguientes:

1/ Papel de la sanidad en la formación del capital humano, como sugieren las teorías del crecimiento endógeno.

2/ Eficiencia de los servicios sanitarios según la relación de éstos con el bienestar social.

3/ Externalidades positivas de la salud sobre la producción.

4/ Externalidades asociadas al consumo sanitario de la población inactiva:

a/ Contribución a la inmunidad comunitaria por disminución de la probabilidad de contagio pese a no estar vacunado, por ejemplo.

b/ Favorecimiento de un clima de cohesión social. Dado que importan más las diferencias relativas en una sociedad que sus cifras absolutas de privación, comprar paz social resta incentivos a la realización de actividades socialmente perjudiciales (robos, secuestros...) lo que aumenta la eficiencia productiva al reducir el riesgo de que los derechos de propiedad sean expropiados.

c/ Los mercados financieros no aceptan a las personas "en prenda" lo que puede llevar a inversiones subóptimas en educación y sanidad: jóvenes que con una tasa de rendimiento esperado de su inversión en educación y sanidad superior al coste de un endeudamiento no podrían conseguir la financiación necesaria ya que las instituciones financieras no aceptan constituir a las personas en garantía "hipotecaria".

La evidencia aportada por González-Páramo (1995) da una importancia parecida a los componentes sanitario y educativo del capital humano, aunque se necesita un mayor desglose para que estas conclusiones se traduzcan en recomendaciones.

Aceptando, provisionalmente con la evidencia existente, que el gasto sanitario produce un efecto sobre el crecimiento sostenido de la renta más modesto que el de la educación o la inversión en infraestructuras, la atención debe desplazarse a la identificación de los componentes efectivos de la inversión sanitaria.

Atendiendo a las cuatro razones teóricas ofrecidas por González-Páramo como explicativas del nexo positivo hallado entre gasto sanitario y crecimiento de la productividad del trabajo en los países de la OCDE la estrategia maximizadora de la eficiencia pasa por identificar las inversiones sanitarias de mayor efectividad en la formación de capital humano (la mortalidad es un excelente indicador negativo de bienestar como Sen afirma y, por otra parte, la efectividad de los servicios constituye un requisito de eficiencia) y con mayores externalidades positivas asociadas al consumo de la población inactiva.

No define, pues, el impacto sobre el desarrollo de una inversión su carácter sanitario sino el tipo de inversión sanitaria que sea. Cuáles son las inversiones sanitarias más convenientes en los países en vías de desarrollo está aceptablemente claro y a ello ha contribuido bastante el trabajo auspiciado por el Banco Mundial (1993). Establecer cuáles son las inversiones sanitarias más convenientes en los países desarrollados resulta algo más difícil pero los avances recientes en el estudio de las variaciones y la efectividad de los servicios sanitarios permiten basar en evidencia científica las recomendaciones de política sanitaria.

## **II.- La mejora de la equidad y la eficiencia como objetivos de las reformas de los sistemas de salud**

### Conceptos de eficiencia

Macro: producir al menor coste social los bienes y servicios que más valore la sociedad. La eficiencia como criterio que trata de maximizar una función de bienestar social ético-axiomática cuya validez depende de la legitimidad del proceso de decisión social que lleva a su establecimiento y del grado en que dicha función refleje valores sociales compartidos.

Micro: eficiencia gestora: abordaje al mínimo coste social de un problema de salud manteniendo la calidad constante.

Suele ser conveniente evitar el empleo del término eficiencia en medios sanitarios, en primer lugar, por el uso economicista que del mismo se ha efectuado, en segundo lugar, porque términos con significado prácticamente equivalente, aunque menos precisos, como el de calidad no provoca reacciones antigénicas.

Medidas de la eficiencia: la muerte como indicador económico (Sen 1998) o el coste social por AVAD.

### Conceptos de equidad

Las teorías libertarias consideran equitativa cualquier distribución final de bienes que resulte del mercado, siempre y cuando las dotaciones iniciales de recursos se hayan obtenido legítimamente. En esta misma corriente de pensamiento es posible encontrar enfoques algo menos radicales. En efecto, algunos autores proponen la existencia de un 'mínimo decente', de tal manera que el Estado debería garantizar que nadie se situara por debajo de un determinado nivel de consumo para ciertos bienes o servicios, como la atención sanitaria.

Las tesis libertarias se basan en planteamientos individualistas cuya aplicación al sector sanitario está muy cuestionada. El primer teorema de la Economía del Bienestar afirma, en efecto, que el mercado es capaz, sin necesidad de intervención pública, de conseguir una situación de óptimo paretiano, siempre que se cumplan los requisitos de un modelo de competencia perfecta: gran número de agentes sin capacidad de influencia en los precios, ausencia de restricciones a la entrada, inexistencia de rendimientos crecientes a escala, información perfecta entre los agentes del mercado y mercados completos. Bajo estas condiciones los agentes tratando de maximizar su bienestar individual maximizan el de la sociedad en su conjunto. Esta afirmación se deriva de la concepción individualista según la cual el individuo es considerado el mejor juez de su propio bienestar...Pero los mercados fallan en sanidad (especialmente en lo que se refiere a una información, imperfecta y asimétrica). López y Ortún, 1998, p 36.

Los utilitaristas definen como objetivo la utilidad total definida como la suma de utilidades individuales. Los recursos sanitarios deberían, pues, asignarse a quien más utilidad pudiera obtener de ellos...no existe preocupación alguna por la justicia del proceso redistributivo...no se plantea explícitamente una teoría de la justicia (en cualquier caso la imposibilidad de las comparaciones interpersonales de utilidad hacen esta teoría poco operativa).

Rawls: maximizar los beneficios de los individuos menos favorecidos. Según Rawls la acción redistributiva del Estado debe centrarse en maximizar los beneficios de los individuos menos favorecido. Aversión extrema a la desigualdad y no admisión de compensaciones entre equidad y eficiencia.

Amartya Sen cree que la redistribución debe guiarse tratando de igualar las capacidades básicas de los individuos, no su consumo de bienes.

LeGrand: Serán justas las distribuciones que sean resultado de decisiones libres (poco operativo).

Concepto práctico de equidad: lo que cada sociedad piensa sobre las diferencias en salud, variable en el espacio y en el tiempo e influido, claro está, por las concepciones teóricas de equidad. Valor social de equidad presenta, pues, dependencia de trayectoria social previa.

*Medidas de equidad:*

- en la prestación de servicios:
  - progresividad/regresividad de la financiación sanitaria
  - utilización sanitaria según necesidad, criterio de igualdad de acceso a igual necesidad
- en el estado de salud: las desigualdades y sus causas

### Contradicciones y concordancias entre eficiencia y equidad

Tradicción económica de insistir en la contradicción entre eficiencia y equidad (en la necesidad de efectuar compensaciones entre ambos criterios, por tanto) con el discurso de que el sesgo igualitario destruye los incentivos, distorsiona los mecanismos de transmisión de información en el mercado y crea individuos irresponsables.

Sin embargo, no siempre existe contradicción entre eficiencia y equidad en sanidad. A veces se produce concordancia.

### *Concordancia entre mejorar la eficiencia y mejorar la equidad*

Cuando la economía no puede hacer nada por la salud, la salud si puede hacer algo por la economía. El mundo en su historia, y muchos países en vías de desarrollo en la actualidad, cuando combatir el paludismo (o la oncocercosis) era bueno para la agricultura y también para la salud de la población.

### *Concordancia: Desigualdad perjudicial para el crecimiento*

Lo que impulsa el desarrollo económico es una productividad creciente. Las mejoras en la productividad son consecuencia del progreso tecnológico que se difunde por inversiones en capital de equipo, capital humano y a través del comercio. Hay datos convincentes que vinculan la productividad a las inversiones en capital humano: educación primaria, atención básica a la salud, nutrición y planificación de la familia.

La buena salud además de ser un objetivo en si misma, trae aparejados importantes beneficios económicos para los países en vías de desarrollo. El mejoramiento de la salud y de la nutrición aumentan la productividad de los trabajadores, reduce el número de días en que se sienten enfermos y prolonga su vida económicamente activa.

En los países en vías de desarrollo, la salud y la nutrición también influyen a largo plazo en la productividad y la producción porque afectan a la capacidad y motivación del niño para aprender. La morbilidad y la malnutrición en los primeros años de vida pueden retrasar el desarrollo mental, y las enfermedades y los episodios de hambre reducen tanto la capacidad del niño como su escolarización.

Sobre una población limitada y enferma no puede construirse un desarrollo económico sostenido, condición a su vez necesaria para mejorar el estado de salud. Por otra parte, las malas condiciones sanitarias restringen el poblamiento en áreas ricas en recursos naturales: la oncocercosis limita los asentamientos humanos, la tripanosomiasis africana impide el desarrollo pecuario, el paludismo dificulta el desarrollo agrícola y turístico. De ahí que en muchos países subdesarrollados exista concordancia entre los objetivos del desarrollo económico y los de mejora del estado de salud de la población a través del saneamiento básico, la prevención y la atención primaria en general.

Como ya se ha comentado en el epígrafe sobre globalización económica, diversos estudios recientes respaldan la hipótesis de que la desigualdad resulta perjudicial para el crecimiento (las desigualdades en renta y salud están estrechamente asociadas). En aquellas sociedades con más desigualdad las demandas de redistribución fiscal -con sus efectos distorsionadores- son también más altas, lo que origina una menor tasa de crecimiento (Persson y Tabellini, 1994). No hay aquí contradicción entre eficiencia y equidad.

También la desigualdad en renta se vincula con un menor crecimiento a través de la inestabilidad política. Las desigualdades, especialmente si se perciben injustas, alimentan el descontento social y aumentan la inestabilidad política y económica lo que reduce la inversión. Esta relación inversa entre desigualdad y crecimiento ha sido contrastada por Alesina y Perotti (1996) para una muestra de 71 países del mundo con datos referidos al período 1960-1985. Dos conexiones adicionales entre reducción de la desigualdad y crecimiento vienen dadas por la mayor educación y por la reducción de las tasas de fertilidad.

*Conflictos que se presentarán entre eficiencia y equidad:*

a/ La eficiencia definida sobre cantidad y calidad de vida supone asignar recursos a las personas que más puedan beneficiarse de ellos. Esto entra fácilmente en contradicción con las nociones socialmente más prevalecientes de equidad donde reina la regla del rescate (obligación sentida de salvar una vida con independencia del coste implicado) y el criterio de asignar los recursos sanitarios a quien esté peor.

b/ En el momento de ordenar prestaciones según coste-efectividad resulta difícil no mezclar de forma prematura e inconsciente los criterios de eficiencia y equidad. Así, la inclusión de los costes indirectos (valor de la producción perdida -dirigida o no al mercado- debido a cese actividad o disminución de la productividad por enfermedad) será rechazada por muchas personas dado que visualizan que perjudica a enfermos mentales y población no activa. De poco serviría argumentar que tanto los costes

directos como los indirectos afectan a la riqueza de la sociedad (y por tanto a sus niveles de salud y a su capacidad de gasto en servicios sanitarios) y que resulta más conveniente introducir el criterio de equidad de forma explícita.

c/ La menor tributación de las rentas de capital en comparación con las rentas del trabajo perjudica la equidad y tiene difícil abordaje sin sacrificio de eficiencia. Las diferencias en movilidad entre capitales y trabajo, particularmente el menos cualificado, ayudan a explicar un hecho que tiende al empeoramiento.

d/ La prevención primaria puede desplazar a la izquierda la distribución de la enfermedad pero no altera esa distribución.

e/ La promoción de la salud puede resultar más efectiva en las capas de población más educadas.

### Solución teórica de la contradicción entre eficiencia y equidad

Existe consenso entre los economistas al concebir la función de bienestar social como una función matemática consecuencia explícita de los postulados ético-axiomáticos adoptados, postulados que forzosamente incorporan juicios acerca de las comparaciones interpersonales de utilidad. La legitimación de tales funciones de bienestar social depende de la participación pública y del grado en que refleje valores sociales compartidos.

La solución teórica a las contradicciones entre eficiencia y equidad viene a través de una función social de bienestar no-lineal que refleje los valores de equidad de la mayoría de la población. Constituye un problema empírico estimar los parámetros requeridos para tal función.

Las soluciones analíticas, tipo estimar parámetros de una función de bienestar social para medir la aversión a la desigualdad, no excluyen a la política: Dado que los parámetros relevantes de una función de bienestar social son inherentemente políticos y muy difíciles de definir y estimar, debe darse mucha importancia a los procesos de formación de valores sociales y de establecimiento de consensos como forma práctica de resolver las contradicciones entre eficiencia y equidad.

El establecimiento de prioridades sanitarias y la determinación de los servicios sanitarios a cubrir públicamente constituyen un terreno donde la formación y expresión de los valores sociales resulta determinante. Ahora bien, existen otras formas para que los ciudadanos consigan mayor soberanía: Posibilitar la elección de servicios respecto a los cuales los usuarios tengan información -y voluntad- suficiente para estimar la calidad, utilizar la disponibilidad a pagar como expresión de preferencias, mejorar la tutela de los derechos, o establecer mecanismos de supervisión de la gestión sanitaria -preferentemente local- más efectivos.

### **III.- Prioridades: ¿Todo, para todos, de la mejor calidad, a precio cero?**

#### Países pobres: La salida de la trampa de la pobreza

Cuanto más elevada es la renta media per cápita en un país, mayores son las probabilidades de que sus habitantes disfruten de una vida larga y saludable. La intensidad del efecto disminuye a medida que los ingresos se elevan. El aumento de la renta tiene mayor repercusión en las poblaciones pobres porque los recursos adicionales se utilizan para adquirir artículos de primera necesidad (alimentos, vivienda) particularmente beneficiosos para la salud. Debido a que la pobreza influye poderosamente en la salud, no sólo el ingreso per cápita es significativo; la distribución del ingreso y el número de personas que viven en la pobreza es igualmente importante.

Pueden distinguirse en el mundo dos familias de políticas que han tenido éxito en la reducción de la mortalidad. Por un lado los *países de crecimiento económico rápido* (Corea del Sur, Hong Kong...), crecimiento orientado al empleo y *que utilizan recursos para mejorar el gasto sanitario* (también ha habido países de rápido crecimiento económico con apenas repercusión en la salud de la población). Por otro lado *países más igualitarios, que han priorizado los servicios sociales* (educación y sanidad, intensivos en mano de obra relativamente barata) y han conseguido espectaculares mejores en los indicadores de salud pese a no haber registrado un gran crecimiento económico (China antes de las reformas, Sri Lanka, Costa Rica, el estado indio de Kerala...).

La salida de la trampa de la pobreza, pobreza que llega a ser dinástica, requiere tanto de un aumento de la riqueza agregada de una economía como de una redistribución de la misma: no necesariamente del capital (redistribución de la tierra) como del producto por la vía de garantizar la nutrición de subsistencia y proporcionar los servicios básicos de salud pública. Aunque algunas recomendaciones enfatizan el crecimiento y otras la redistribución, Dasgupta (1993) con sus modelos de vinculación entre nutrición y productividad muestra que la insistencia exclusiva en crecimiento o redistribución es equivocada. Ambas políticas han de adaptarse para escapar de la trampa de la pobreza.

*Existe una relación positiva y significativa entre aumento de la renta por persona y mejora de la esperanza de vida al nacer, pero esta relación se establece principalmente a través del impacto que tenga el producto nacional de un país en, primero, las rentas de los pobres, y, segundo, el gasto en salud pública* (Sen 1998). Una vez incluídas estas dos variables en la relación entre esperanza de vida y PIB per cápita, la relación se desvanece.

#### Países 'ricos': Diversas formas de racionar

Tres instituciones son relevantes en la determinación de la composición y cuantía de los servicios sanitarios, y en la respuesta a la pregunta de quién recibe qué: el mercado, el Estado y las normas clínicas. El mercado asigna según disposición a pagar y el Estado, que interviene para corregir fallos de mercado y conseguir la mejora de la equidad, pretende que la asignación de recursos sanitarios responda a la necesidad. Bastante se sabe sobre cómo combinar los mecanismos propios del Estado con los mecanismos

propios del mercado en la asignación de recursos en Sanidad. La tercera institución citada, las normas clínicas, ha sido objeto de menor atención que la discusión acerca de los méritos relativos de mercado y Estado como mecanismos para la asignación de recursos en sanidad. Las normas clínicas pueden entenderse como una institución en el sentido de North: conjunto de reglas de juego creadas por el hombre y que articulan su interacción social. Conviene recordar la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios y la obviedad de que son ellos quienes realmente asignan la mayor parte de los recursos sanitarios. Y ese comportamiento profesional está sujeto a una ética -entendida como la serie de comportamientos que una profesión estima aceptables- con su correspondiente sistema de controles por colegas, sus mecanismos sancionadores -recompensas y ostracismos- y su creciente apoyo en la evidencia científica (Del Llano, 1999).

Cierto es también que la discrecionalidad profesional -la libertad clínica- ha disminuido algo en países como EEUU donde la competencia entre organizaciones que integran financiación y producción ha supuesto una notable influencia en la gestión de la utilización por parte de los responsables de las decisiones de compra de servicios sanitarios. La libertad clínica, sin embargo, no parece haber disminuido en Europa.

A todo médico le cabe la satisfacción de resolver problemas, curar a veces, paliar en ocasiones y consolar siempre. El contenido de su trabajo se enriquece con el progreso científico. Quienes publican ganan reconocimiento profesional e incluso quienes descubren o innovan tienen el reconocimiento intelectual de ser los primeros, primicia laureada a veces con eponimia.

Pensar en el Estado y en el mercado como los únicos instrumentos de asignación de recursos en Sanidad resulta, pues, insuficiente. Las profesiones pueden organizarse corporativamente para luchar por sus ingresos y crear barreras de entrada a la profesión en nombre de la calidad, pero también pueden orientarse al usuario, interiorizar los costes de oportunidad, y decidir en el mejor interés de los pacientes con fundamento científico y empatía. Lo relevante es conocer cómo se favorece esta última orientación, hallar las formas organizativas que más favorezcan que lo médicamente atractivo coincida con lo socialmente deseable. A priori, tanto un ejercicio profesional con creciente base científica como la interiorización del coste de oportunidad en decisiones diagnósticas y terapéuticas como -el tercer factor citado- la orientación hacia el usuario, resultan médicamente atractivas y socialmente deseables, pero en la realidad se observa que no se dan en grado suficiente ni tienen por qué darse de forma espontánea. La política sanitaria nunca dictará la práctica clínica pero sí condicionará de forma muy importante la libertad clínica (como ya ha pasado en EEUU).

Se utilizará el término racionamiento como equivalente al de asignación de recursos. La forma que en cada país adopta el racionamiento depende de los pesos relativos de las tres instituciones citadas: mercado (decisiones de mercado), Estado (decisiones políticas) y normas clínicas (decisiones clínicas). En ocasiones se reserva el término racionamiento exclusivamente a las decisiones políticas y a las decisiones clínicas.

En el cuadro 3 se esquematizan las instituciones que configuran la forma de asignar recursos sanitarios -racionar- en cada país, en el cuadro 4 se ofrece una clasificación de las formas más habituales de racionamiento y en el cuadro 5 se presenta una tipología

de las decisiones políticas y las decisiones clínicas con el surtido de mimbres que permiten tejer las distintas políticas de establecimiento de prioridades sanitarias (racionamiento) en el Estado del Bienestar. El problema del racionamiento puede posponerse y minimizarse, pero no negarse. Además de los elementos generales que se recogen en el cuadro 5 la contextualización para cada país de las políticas de establecimiento de prioridades dependerán claramente de factores tales como: grado de desarrollo del Estado del Bienestar, extensión e intensidad de los valores y preferencias sociales con relación a la responsabilidad individual y colectiva, al papel del Estado, a la equidad deseable, etc.

En la práctica prevalece un proceso implícito de establecimiento de prioridades (decidir quién recibe qué) aunque aparecen ya excepciones en países o estados que han establecido prioridades de forma explícita: Holanda, Noruega, Suecia, España, Nueva Zelanda y Oregón. Oregón ha tendido al racionamiento por exclusión (se especifican los servicios cubiertos), Nueva Zelanda al racionamiento mediante guías de buena práctica, sin exclusiones categóricas, que pueden adaptarse a las circunstancias individuales de cada paciente, y Holanda ha mezclado los dos enfoques. Suecia estableció principios en el Parlamento (dignidad humana, necesidad y solidaridad, coste-efectividad) para guiar el establecimiento de prioridades. España sentó el principio de priorización tanto con el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, de financiación selectiva de medicamentos, como con el Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.<sup>1</sup>

El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica: Ambos niveles están comprometidos. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso y el abanico de opciones para enfrentarse a los problemas que el establecimiento de prioridades plantea es bastante amplio (Saltman y Figueras, 1997):

- continuar con el establecimiento implícito de prioridades difuminado entre decisiones clínicas y procedimientos administrativos;
- utilizar listas de espera;
- introducir copagos para servicios de baja prioridad, con las exenciones y techos que sean adecuados;
- limitar la disponibilidad de algunos servicios a través de listas positivas o negativas del estilo de las empleadas para medicamentos;
- concentrar los recursos en servicios de efectividad probada;
- introducir la valoración y regulación de tecnologías;
- desarrollar guías de buena práctica clínica para establecer prelación de acceso;
- proporcionar información a usuarios sobre efectividad y calidad de los servicios, para estimular una utilización adecuada;
- definir un proceso para el establecimiento de prioridades;
- transferir la responsabilidad de algunos servicios sanitarios al sector privado; y/0
- establecer una relación de las prestaciones a financiar públicamente.

### ¿Servicios sanitarios gratis?<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Para una descripción de las experiencias internacionales en el establecimiento de prioridades y paquetes básicos de servicios puede véase Antoñanzas F, Rovira J, Badía X (1999).

<sup>2</sup> De López G, Ortún V. Economía y Salud. Fundamentos y Políticas. Madrid: Ed Encuentro, 1998.



Está claramente establecido que los servicios sanitarios contribuyen a la salud de las poblaciones aunque existen dudas fundamentadas sobre su contribución marginal. A partir de resultados, como los del experimento de la Rand, que detectan una contribución marginal positiva únicamente para los pobres se deriva que el precio monetario cero en el momento del consumo puede suponer una pérdida de bienestar social. Y que debería hallarse un copago, porcentaje o cantidad fija por servicio con techo anual de desembolso, que compensara la pérdida de utilidad derivada de un menor aseguramiento (mayor copago = menor aseguramiento) con las ganancias derivadas de un menor consumo excesivo en sentido económico. Los pobres, para quienes la atención sanitaria sin copago resultó beneficiosa, y los servicios sanitarios efectivos quedarían excluidos del copago.

Del hecho de que en el experimento de la Rand, el copago redujera tanto el consumo de servicios adecuados como el de servicios no adecuados se dedujo que el copago no proporcionaba una mejora selectiva de la efectividad de las prestaciones. Ello no impide un efecto nulo de ciertos servicios sanitarios sobre la salud pueda interpretarse como el resultado de la compensación entre unos servicios sanitarios adecuados -efectivos para el usuario en cuestión- con otros inadecuados (Newhouse, 1993). Y admitir, así, la lógica de la introducción de un copago.

Los argumentos que justifican una atención sanitaria sin copago (externalidades, ignorancia del consumidor) y que se traducen en que los servicios sanitarios sean servicios tutelados o de mérito, con su consumo protegido, se desvanecen, no obstante, si se cuestiona lo que origina la financiación pública de los servicios sanitarios: su impacto en la salud.

En los servicios sanitarios de los países desarrollados las externalidades "egoístas" (a X le interesa que Z sea tratado de SIDA pues así disminuye su posibilidad de contagio) no son las más relevantes. La externalidad paternalista (X quiere que Z use servicios sanitarios para que Z esté sano) no se sostiene sin efectividad. La externalidad altruísta (X quiere que Z esté bien tal como Z entienda lo que es "estar bien") puede prescindir de la efectividad y admitir que los servicios sanitarios proporcionan una utilidad asociada al proceso de prestación: transmisión de información, mitigación de ansiedad, o suministro de una etiqueta que permita al individuo apearse del mundo. Finalmente, también la demanda opcional -X no sabe si en un futuro necesitará una cámara hiperbárica pero está dispuesto a colaborar en su mantenimiento- requiere efectividad a la cámara hiperbárica del ejemplo. No parece, pues, que las externalidades puedan llevar muy lejos en la financiación pública de servicios no efectivos.

Si se consideran los servicios sanitarios como un producto intermedio, factor de la producción de salud, ingrediente del bienestar, la coherencia exige mantener este enfoque al abordar la cuestión de la financiación, y muy particularmente, el si los servicios sanitarios han de tener un precio monetario cero en un país como España.

El copago ha de ser analizado en varias dimensiones diferentes (y comparado siempre con las alternativas disponibles): a/ como instrumento de financiación que proporciona suficiencia e incide en la equidad, b/ por su efecto en la mejora de la eficiencia a través de una actuación selectiva que estimule la prestación de los servicios más efectivos a las

personas indicadas, y como cambio en un precio relativo que puede alentar sustituciones de servicios sanitarios por otro tipo de servicios.

### *El copago como instrumento de financiación que incide en la equidad*

El copago como instrumento de financiación debe compararse con presión fiscal general, impuestos finalistas y primas de seguros complementarios o substitutivos (Canadá prohíbe el seguro privado).

Las dificultades por las que atraviesa la financiación pública del sistema sanitario hace que en España, a igual que en otros países, se estén estudiando fuentes de financiación alternativas a la procedente de los tributos generales. Y es que hacer crecer más la presión fiscal está fuera de agenda de bastantes grupos políticos. Además, las rigideces en otras partidas del gasto público configuran escasos márgenes adicionales para la reubicación del gasto en favor de la financiación sanitaria. Por todo ello, las propuestas de establecer y ampliar copagos afectados a la financiación sanitaria están siendo examinadas por numerosos gobiernos.

No está claro que determinados copagos no sean superiores a sus alternativas: racionamiento indiscriminado por espera o cobertura universal de acceso pero limitada genéricamente en prestaciones. El juego de los copagos en el sistema sanitario requiere estudio particular y no descalificación general, así como, en su caso, imaginación para su implementación sensata (conjugándolos, por ejemplo, a la logística de los gastos fiscales en el IRPF y a la exención de determinados colectivos). Basta recordar para ello que la utilización de servicios sanitarios públicos es prácticamente similar entre clases medias y clases bajas en España: sólo las clases altas consumen muchos menos servicios sanitarios públicos (en torno a un 50% de la media), pero su peso demográfico es escasísimo. Y que si esa utilización se ajustara por necesidad podría resultar incluso regresiva.

Tampoco, hay que dar por supuesto que los impuestos generales sean el mejor modo de financiación de la sanidad, más allá de las cotizaciones sociales. Este tópico puede ser responsable de que prácticamente todos los grupos políticos favorecieran, en el Pacto de Toledo, la eliminación de las cotizaciones sociales y su substitución por la tributación general, en la financiación futura de la sanidad. De nuevo, tomada la decisión, la letra menuda es enormemente compleja. ¿Qué impuestos van a crecer en substitución de las cotizaciones? ¿Será el IRPF, martillo de rentas del trabajo? (las de capital, con dinero electrónico y sede en paraísos fiscales se escapan). ¿Crecerá más aún el tipo marginal impositivo, o se llegará a su máximo actual simplemente con menos renta? (afectando a más contribuyentes 'de los que no pueden evadir'). ¿Se creará con todo ello más incentivo al fraude, en particular a quienes no son trabajadores dependientes, que se verán de nuevo penalizados?

Ningún país en la OCDE sigue en la actualidad la opción de concentrar la presión fiscal en la imposición sobre la renta; más bien bajan los tipos medios y tienden a simplificar su estructura tarifaria linealizando los tramos, para neutralizar el impacto en la equidad por el lado de la elevación del mínimo exento y siendo mucho más selectivo en el establecimiento de las deducciones. Lo que tiende a aumentar si acaso, es la presión fiscal indirecta: los tipos del IVA. Dicha imposición, basada en el consumo resulta claramente regresiva, y por supuesto más inequitativa que las cotizaciones sociales. Las

cotizaciones sociales son poco más que impuestos sobre las nóminas, que si bien es cierto que afectan al trabajo, son más proporcionales que regresivas.

Los pobres, además de estar más enfermos, tienen una mayor elasticidad precio en su consumo sanitario. Las exenciones para pobres y enfermos crónicos pueden tener un indeseable efecto estigmatizador que conviene evitar. El coste de recaudación, en cambio, puede ir disminuyendo en la medida que se generaliza el uso de tarjetas individuales. Medidas como el de un copago con techo pueden implantarse fácilmente, en farmacia por ejemplo, con las actuales tecnologías de tratamiento de la información.

### *Copago, efectividad, y precio relativo de los servicios sanitarios*

El copago mejora la eficiencia por la vía de reducir la pérdida de bienestar social que origina la efectividad subjetiva (productividad marginal subjetiva). Puede introducir la conciencia de coste y propiciar el comportamiento eficiente como consumidor y responsable como ciudadano al permitir el uso de la disponibilidad a pagar como criterio de valoración tanto en comportamientos observados, consumidor y votante, como en valoraciones contingentes.

Si el copago recae en los servicios específicos (un fármaco, un balneario) de efectividad nula o dudosa cuya utilización o impacto dependa de un usuario con elasticidad precio de demanda suficiente, el impacto es favorable. La financiación selectiva de medicamentos puede ser la mejor aplicación de este tipo de copago: Se financia públicamente la totalidad o un porcentaje determinado de la marca más barata de cada denominación común internacional.

Si el copago recae en un tipo genérico de servicios (urgencias, consultas al médico) resulta imprescindible que se reduzca la utilización inadecuada de servicios, lo que requiere que el usuario pueda distinguir entre qué puede ser un motivo de consulta adecuado y un motivo de consulta inadecuado. Esta distinción sobre la base de síntomas resulta difícil incluso para los profesionales, aunque en algún caso parece haber funcionado: Magid et al (1997) no hallaron asociación alguna entre un copago de \$25-\$50 y la dilación en buscar atención urgente tras experimentar los síntomas de un infarto agudo de miocardio.

Existe copago del cien por cien cuando una prestación no se financia públicamente porque ha quedado excluida en un proceso explícito de establecimiento de prioridades. Cuando por inclusión o exclusión se detallan las prestaciones cubiertas por el sistema público. En España, el Real Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, de 1995, pretende tanto delimitar el derecho a la asistencia como racionar vía cantidades y calidad. Se establecen algunas exclusiones explícitas (cirugía estética de tipo cosmético, psicoanálisis o balnearios) pero, sobre todo, se limita la incorporación de nuevos procedimientos y prestaciones a aquéllas de probada eficiencia y, por consiguiente, efectividad y seguridad, sin cuestionarse el nivel actual de prestaciones, que queda garantizado legalmente (Cabasés y Martín, 1997). Este tipo de racionamiento por exclusión funciona cuando puede establecerse la efectividad nula o dudosa en cualquier circunstancia. En cuanto tal efectividad dependa no tanto del procedimiento en sí como del usuario que lo reciba, resulta imprescindible que la

búsqueda de la eficiencia se realice a través de cambios en las normas clínicas: guías de buena práctica que interioricen las consideraciones de eficiencia.

Si el copago recae en servicios establecidos por el médico el impacto dependerá de la capacidad de influencia del paciente en el médico: alta cuando se trate de un fármaco, baja para un reactivo de baja osmolaridad. En cualquier caso está claro que el copago ha de actuar sobre la parte de la demanda que el médico no inicia.

La mejora de la efectividad (posiblemente la clave más importante de la eficiencia en sanidad) por la vía del copago requiere, no obstante, actuaciones previas que implican a las tres instituciones que antes hemos mencionado: el mercado en la medida que se estimule el papel de un comprador informado y con poder negociador, el Estado para regular la introducción y difusión de la tecnología que está originando el crecimiento del gasto sanitario, y las normas clínicas para evolucionar hacia una Medicina de creciente base científica y orientación al usuario.

Cubiertos los servicios sanitarios, se amplía el enfoque a las políticas de salud (medio ambiente, estilos de vida) y a otras políticas públicas que pueden tener tanto un mayor impacto en el bienestar como una superior eficiencia redistributiva que las políticas de servicios sanitarios. La atención familiar, los servicios sanitarios y sociosanitarios, y los servicios sanitarios son ampliamente substitutivos. Tanto el envejecimiento demográfico como el creciente número de personas que viven solas originaran unos considerables gastos de dependencia, que sólo parcialmente deberían ser gastos sanitarios. Una forma de evitar la medicalización indebida de los problemas sociales pasa por fomentar la substitución de los servicios sanitarios por servicios sociales. O, como mínimo, por no fomentar la medicalización de los problemas sociales por la vía de financiar públicamente su manejo a través del sistema sanitario.

### Referencias bibliográficas

- Alesina A, Perotti R (1996). Income distribution, political instability, and investment. *European Economic Review*; 40: 1203-1228.
- Antoñanzas F, Rovira J, Badía X. La definición de la prestación sanitaria pública: ¿Es posible acotar un catálogo de servicios en un sistema como el actual? La experiencia comparada. Madrid: Fundación BBV, 1999. Documento de trabajo del Centro Ciencia, Tecnología y Sociedad de la Fundación BBV.
- Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo económico mundial. Invertir en salud. Washington.
- Cabasés J, Martín J (1997). Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En G López y D Rodríguez. La regulación de los servicios sanitarios en España. Asociación de Economía de la Salud, FEDEA y Ed Civitas, Madrid.
- Cabiedes L, Guillén A (1997). ¿Hacia la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? En L Moreno (compilador): Unión Europea y Estado del Bienestar. Madrid: CSIC, 373-403.
- Coast J (1997). Rationing within the NHS should be explicit. The case against. *BMJ* 314; 1114-1118.
- Comín F (1996). Las formas históricas del Estado del Bienestar: el caso español. En: Dilemas del Estado del Bienestar. Madrid: Fundación Argentaria y Visor Distribuciones, 29-57.
- Dasgupta P (1993). An inquiry into well-being and destitution. Oxford:Clarendon Press.
- Del Llano J. La sanidad en España: la dificultad de todo para todos y gratis. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 496-498.
- Fernández Cordón JA (1996). Demografía, actividad y dependencia en España, Serie Economía Pública. Madrid: Fundación BBV.
- González-Páramo JM (1995). Sanidad, desarrollo y crecimiento económico. En G López Casasnovas (ed): Análisis económico de la sanidad. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- Kuhnle S (1997). La reconstrucción política de los Estados del Bienestar europeos. En L Moreno: Unión Europea y Estado del Bienestar. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 31-65.
- López G, Ortún V. Economía y Salud. Fundamentos y políticas. Madrid: Ed Encuentro, 1998.
- Magid D, Koepsell T, Every N et al (1997). Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. *NEngJMed*; 336: 1722-1729.
- Newhouse J (1992). Medical care costs: How much welfare loss. *Journal of Economic Perspectives*; 6: 3-21. Traducido al castellano en *Ekonomiaz. Revista Vasca de Economía* 1993; nº 23: 231-250.
- Newhouse J and the Insurance Experiment Group (1993). Free for all? Lessons from RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press, Cambridge.
- Persson T, Tabellini G (1994). Is inequality harmful for growth? *American Economic Review*; 84: 600-621.
- Salas V (1997). Fundación Empresa y Ciencia:Competir en Europa . Barcelona: Ariel.
- Saltman R, Figueras J (1997). European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Publications, European Series, nº 72, Copenhagen. Versión española publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1997.

Sen, Amartya (1998). Mortality as an indicator of economic success and failure. *The Economic Journal* 1998; 108 (enero): 1-25. Traducción española de una versión previa de este artículo: Sen A, La vida y la muerte como indicadores económicos. *Investigación y Ciencia*, julio 1993, 6-13.

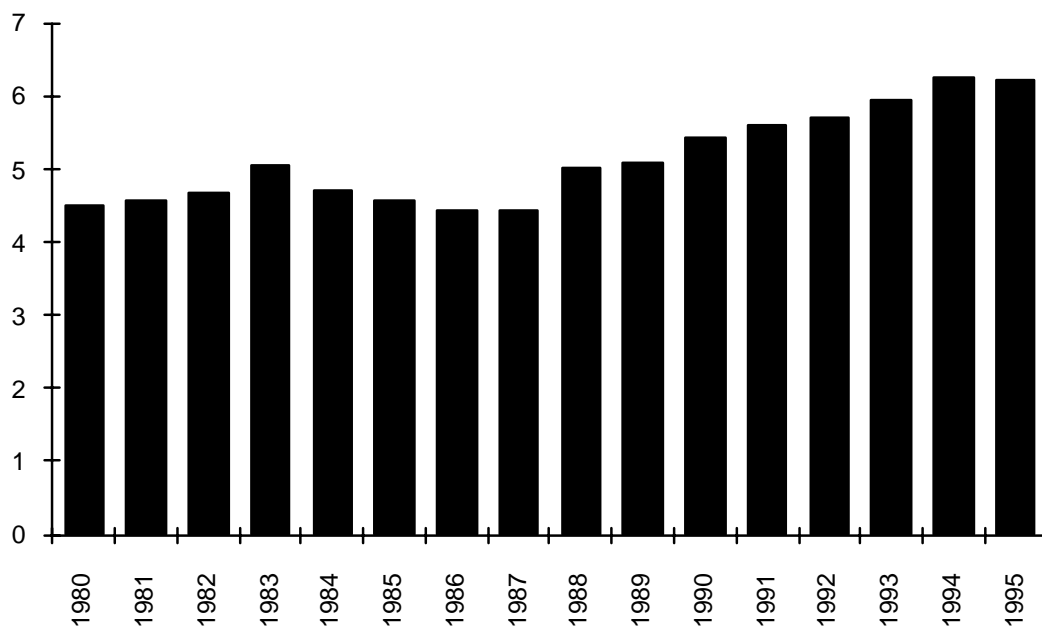
Cuadro 1: Gasto sanitario público como porcentaje del PIB, 1980 a 1995

(pesetas corrientes)

Año	Gasto sanitario público (millones de pesetas corrientes)	Producto Interior Bruto (miles de millones, pesetas corrientes)	Porcentaje gasto sanitario público sobre PIB
1980	686.561	15.168'2	4'53
1981	780.045	17.044'7	4'58
1982	926.741	19.722'4	4'70
1983	1.141.915	22.531'9	5'07
1984	1.202.339	25.520'7	4'71
1985	1.295.412	28.200'4	4'59
1986	1.434.485	32.324'8	4'44
1987	1.615.168	36.144'1	4'47
1988	2.016.706	40.158'8	5'02
1989	2.299.054	45.043'5	5'10
1990	2.730.865	50.145'4	5'45
1991	3.086.730	54.927'2	5'62
1992	3.373.089	59.104'8	5'71
1993	3.643.020	60.934'5	5'98
1994	4.050.210	64.698'7	6'26
1995	4.342.225	69.778'1	6'22

fuentes: Datos de gasto sanitario facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y PIB de INE, 1997.

**Gráfico 1: Gasto sanitario público sobre el PIB, años 1980-1995 (valores corrientes).**



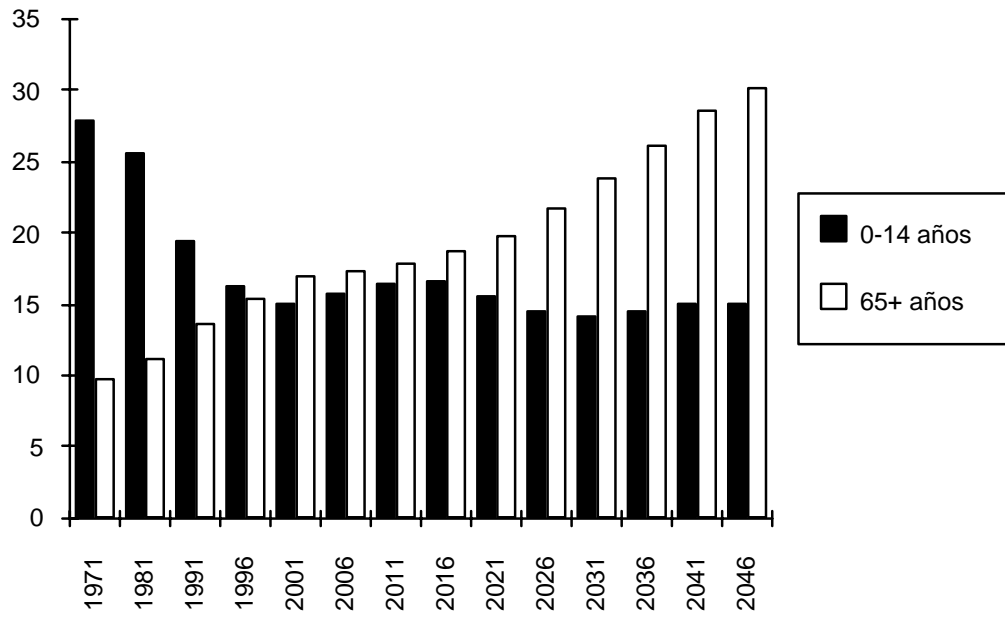


Cuadro 2: Peso relativo de los grupos de edad, porcentaje de la población total española, 1971-2046, en la variante media de proyección

Años	0-14	15-64	65+
1971	27'98	62'29	9'73
1981	25'61	63'17	11'22
1991	19'50	66'75	13'75
1996	16'31	68'24	15'45
2001	15'11	67'93	16'97
2006	15'72	66'91	17'38
2011	16'55	65'51	17'94
2016	16'63	64'52	18'84
2021	15'57	64'54	19'90
2026	14'51	63'78	21'71
2031	14'25	61'78	23'97
2036	14'63	59'09	26'28
2041	15'03	56'36	28'60
2046	15'04	54'75	30'21

fuentes: Fernández Cordón. Fundación BBV, 1996.

**Gráfico 2: Peso relativo de los grupos de edad en la variante media de proyección**



Cuadro 3: Instituciones que configuran la forma de asignar recursos sanitarios -racionar- en cada país

Instituciones	Decisiones	Criterios básicos
MERCADO	De oferta y demanda (más de oferta que de demanda)	Disposición a pagar Oportunidades de beneficio
ESTADO	Políticas	Múltiples y difusos: Acceso, seguridad, efectividad, equidad, mejora de la eficiencia...
NORMAS CLÍNICAS	Decisiones clínicas: Diagnósticas y terapéuticas	Necesidad técnicamente percibida y, secundariamente, beneficio profesional

Organizaciones: Desde el dominio público puro (propiedad y derechos residuales de decisión públicos) al dominio privado puro (propiedad y derechos residuales de decisión privados) pasando por Cooperativas, Entidades sin Finalidad Lucrativa y otras formas organizativas que no encajan en ningún extremo.

#### Cuadro 4: Formas que adopta el racionamiento

¿Todo? ¿ para todos? ¿de la mejor calidad? ¿ y a precio cero?

##### Sobre el Todos

Exclusión de colectivos: los no asegurados en EEUU, Centroamérica y América del Sur, que carezcan además de capacidad de compra de servicios sanitarios

Postergación de la mayoría en presencia de la práctica social de la 'recomendación' y, en general, los tres millones de personas que en España gozan de acceso privilegiado: Muface, Munpal, Mugeju, Isfas, Periodistas, empresas colaboradoras de la Seguridad Social...

##### Sobre el Todo

Control de oferta tanto en la introducción de tecnología como en la adecuación de su empleo (sería la vía europea)

Influencia de mercado en la práctica clínica (vía de EEUU): el comprador respeta la libertad clínica pero no renueva un contrato si el perfil de práctica clínica observado no se adapta a las recomendaciones emitidas por dicho comprador

Redefinición de problemas médicos como problemas sociales (aunque suele prevalecer más la redefinición de problemas sociales como problemas médicos)

Catálogos de prestaciones. Titular de periódico en Europa cuando de forma explícita se niega un tratamiento a una persona

##### Sobre la calidad

Despilfarro de recursos por ineficiencia: por rentas indebidas a proveedores y por mala organización sistémica

Retrasos y listas de espera

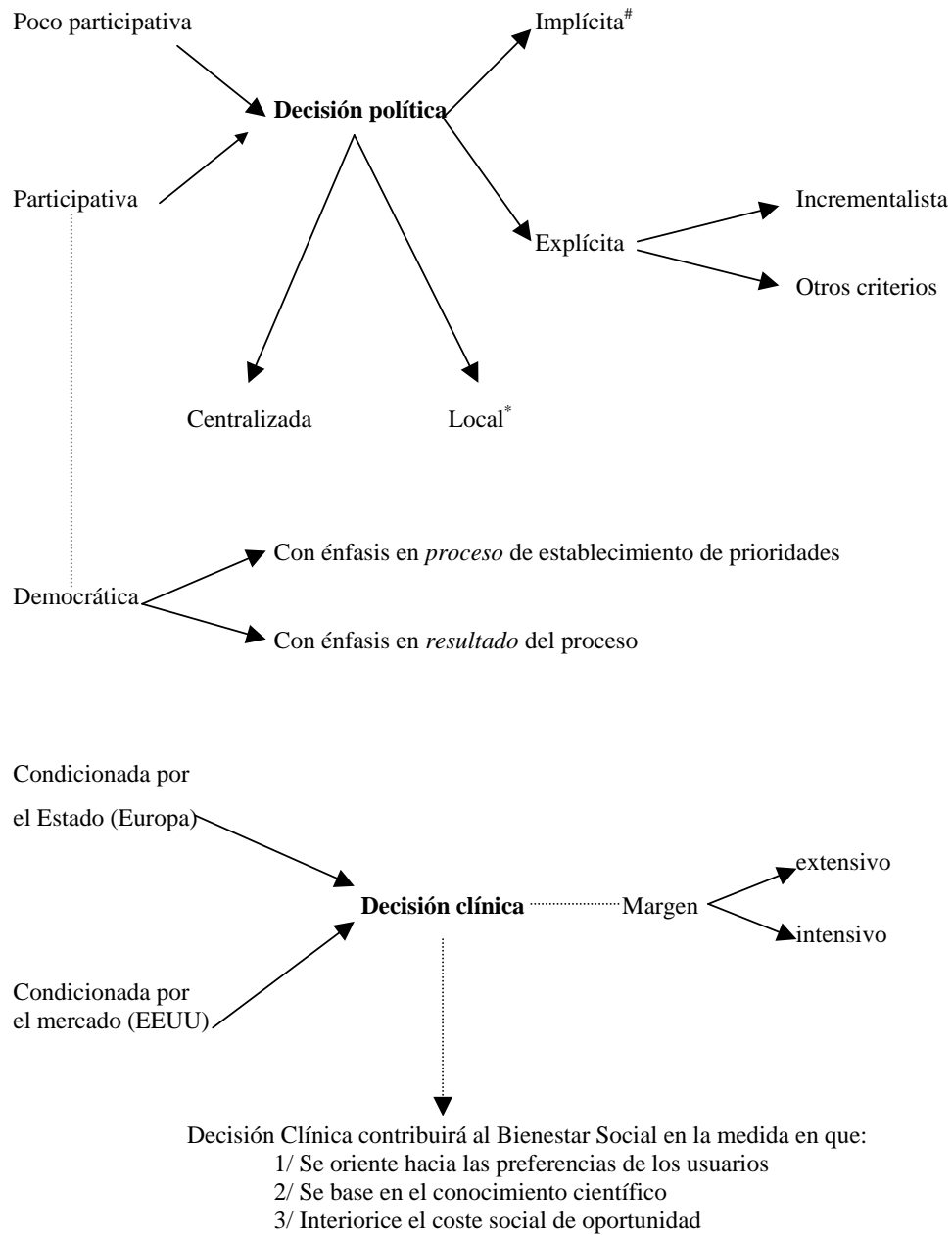
Tratamiento subóptimo (inadecuado, descortés...)

##### Sobre el precio

Precio no monetario: tiempos de espera, barreras de acceso (por ejemplo culturales y de influencia para la atención especializada)

Precio monetario: Copagos o tiquets moderadores, deducibles...

Cuadro 5. Una tipología de las decisiones políticas y de las decisiones clínicas que configuran las distintas políticas de establecimiento de prioridades sanitarias en el Estado del Bienestar (racionamiento)



# La decisión implícita tiene también sus ventajas: Desde las más cínicas de evitar el compromiso previo y la subsecuente rendición de cuentas hasta la de evitar la desutilidad que las negativas explícitas originan tanto en quien las padece como en quien las establece (Coast, 1997).

\* Ejemplo: decisión en Oxfordshire acerca de si incluir el ácido isotretinoico para el tratamiento del acné profundo y persistente. Reseñada en British Medical Journal 1998; 317: 1067-69. Esta revista se ha destacado en el tratamiento de los problemas de racionamiento publicando buenos y variados artículos sobre el asunto, artículos a los que puede accederse gratuitamente en <http://www.bmj.com>