

---

---

# Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España

J. Costa Font

Grup de Recerca en Economia de la Política Social, Universitat de Barcelona.  
LSE Health and Social Care. London School of Economics, Londres. Reino Unido.

*Correspondencia:* Joan Costa Font. Grup de Recerca en Economia de la Política Social. Universitat de Barcelona. Avda. Diagonal, 690. 08034 Barcelona. Correo electrónico: jcosta@eco.ub.es

*Recibido:* 15 de septiembre de 2000.  
*Aceptado:* 22 de marzo de 2001.

(Priority setting, public opinion and health care system in Spain)

---

## Resumen

**Objetivo:** Estudiar los determinantes de la opinión pública sobre algunos «criterios generales» de financiación, provisión y resultado del sistema sanitario en España. En primer lugar, se examina el grado de aceptación de la financiación pública del sistema sanitario, así como la aplicación de un criterio de equidad intergeneracional –basado en la edad del paciente– para guiar el establecimiento de prioridades en la asignación de recursos. En segundo lugar, y para la misma muestra, se analizan los determinantes de la satisfacción percibida de la población con el sistema, entendida como medida de resultado.

**Método:** Se desarrolla un análisis cuantitativo de la encuesta Eurobarómetro 49.1 (1998) para una submuestra de España. El Eurobarómetro es una encuesta de opinión pública que se realiza de forma periódica y es representativa de los Estados de la Unión Europea. Dado que en todos los casos la variable explicativa presentaba una naturaleza categórica –la opinión pública y la satisfacción–, el modelo empírico utilizado para estimar el efecto de determinadas variables socio-económicas y de inclinación política ha sido un modelo probit ordenado.

**Resultados:** Los resultados del estudio muestran que la hipótesis de que el sistema sanitario debe financiar los servicios más allá de lo que la población entiende por «servicios esenciales» sería aceptada por la población. Un 73,5% de la población rechazaría el criterio libertario de asignación de recursos que propugna que la provisión de servicios sanitarios «no esenciales» debe ser responsabilidad de los propios individuos. El perfil de individuo que expresa dicha actitud de rechazo sería el de un hombre cuyas tendencias políticas se situarían en la izquierda política y cuyo nivel educativo es superior a la media. La utilización de la edad como criterio de priorización en la provisión de servicios es rechazada por un 81,5% de la población. Dicha actitud de rechazo está positivamente asociada con la edad, así como a niveles de renta medios y altos. Finalmente, se observa que la población española presenta un nivel de satisfacción hacia el sistema sanitario superior a otros países del sur del Europa, tales como Italia y Grecia si bien aún está lejos de los niveles de países escandinavos y del norte de la Unión Europea. El autopsi-

## Summary

**Objectives:** To examine the determinants of attitudes towards some «general criteria» guiding the financing, provision and satisfaction of the Spanish health system. First we examine the degree of acceptance of a publicly funded health system such as the use of an intergenerational equity criteria for health care rationing based on patient's age. Second, employing the same sample we analyse the determinants of citizen's satisfaction with the health system in order to identify the profile that defines attitudes of Spanish population to their health system.

**Methodology:** We undertake a quantitative analysis of the public opinion survey Eurobarometer 49.1 (1998) for a subsample of the Spanish population. The Eurobarometer is a periodical public opinion survey representative of European Union (EU) citizens. Due to the categorical nature of individual responses to public opinion surveys, the model estimated is an ordered probit. The explanatory variables used refer to socio-economic status and political attitudes.

**Results:** There appears to be a consensus on the criteria that public sector should go a way forward from what the public envisages as «essential health care». 73.5% of the populations rejects a libertarian criteria that sustains that individuals are self responsible for funding non-essential health care. This attitude is especially supported by male with leftists political tendencies and high education achievement. The use of age-related criteria to ration health care (fair innings) is rejected by a 81.5% of the population. However, we find that self interest is the main criteria guiding this attitude since elderly and middle and high income individuals tend reject the use of this criteria more than other groups. Satisfaction with the Spanish health system is higher than other southern EU countries, as Italy and Greece but still far from the levels achieved by Scandinavian and northern EU countries. Political attitudes, age and socio-economic status are positively associated with a higher satisfaction.

**Conclusions:** Health systems reforms that significantly reduce the collective funding of health systems would not be accepted by the majority of the population. As it happens in other EU countries, attitudes on the financing and provision of health care are influenced by political attitudes. Health re-

cionamiento político, así como la edad y nivel educativo explican una mayor satisfacción por el sistema.

**Conclusión:** Reformas sanitarias que redujeran sensiblemente la financiación colectiva de los servicios sanitarios serían mayoritariamente rechazadas por la población. La utilización de la edad como criterio general de asignación de recursos sería entendida como discriminatoria por la mayoría de la población, si bien el «propio interés» sería el criterio que parece explicar dicha actitud. Del análisis de la satisfacción con el sistema, cabe apuntar que España ocupa una posición intermedia, aunque pueden esperarse cambios significativos asociados a variaciones en la composición demográfica de la población así como mejoras del nivel educativo. Finalmente, cabe destacar las limitaciones de este estudio y en general de los estudios basados en la opinión pública, por lo que estos resultados deben interpretarse con precaución, así como complementarse con estudios que utilicen metodologías alternativas (métodos cualitativos y experimentales).

**Palabras clave:** Establecimiento de prioridades. Opinión pública. Sistema sanitario.

forms reducing the extent of health care funding would be rejected by the population. The use of and age-related criteria for health care rationing would be envisaged as discriminatory against the elderly. Health system satisfaction is in an intermediate position and its sensitive to demographic and socio-economic composition of the Spanish population, still far from the levels achieved by Scandinavian and northern EU countries. This results show a particular general criteria when evaluating health systems key elements, and may be expected to vary when applied to the concrete decision making scenario. Finally, it should be noted that quantitative analysis of general surveys is subject to large limitations. Thus, caution should be posed when interpreting these results, always should be seen as complementary of other studies using alternative methodologies (those using qualitative and experimental methodologies).

**Key words:** Priority setting. Public opinion. Health care system.

## Introducción

La necesidad de controlar el gasto en todos los sistemas sanitarios enfrenta a los decisores públicos con la necesidad de establecer prioridades explícitas, ya sea en el ámbito de la financiación o cobertura del sistema (nivel macro) o en la provisión de servicios sanitarios específicos (nivel micro). No obstante, el racionamiento explícito de las prestaciones sanitarias públicas puede limitar sustancialmente el grado de satisfacción hacia el sistema<sup>1</sup> —que puede ser entendida como una medida de resultado—. En consecuencia, el establecimiento de criterios de priorización no solamente está restringido por la necesidad de explicitación de unos criterios, sino que, además, dichos criterios deben ser aceptados por la población. En este sentido, una de las cuestiones más relevantes y quizás aún poco estudiadas radica en el análisis de la aceptación de los criterios de asignación de recursos en los diferentes ámbitos del sistema sanitario. A menudo es difícil el consenso sobre los criterios explícitos que deben guiar el establecimiento de prioridades, por lo que diversos estudios alertan sobre la necesidad de una mayor participación pública en el proceso de decisión colectiva en sanidad, y apuntan como posible solución, la búsqueda de la «aceptación pública» de aquellas decisiones colectivas que pueden originar un conflicto de opiniones<sup>1-3</sup>.

El objetivo de este estudio consiste en analizar cuantitativamente los determinantes —básicamente socio-económicos y de actitud política— de la opinión pública de la población española sobre algunos criterios generales de financiación y provisión de servicios sani-

tarios, así como de los factores explicativos de la satisfacción hacia el sistema. En particular, examinaremos los determinantes de: a) las actitudes hacia una hipotética reducción de la cobertura pública de servicios sanitarios que la población entiende como «no esenciales»; b) las actitudes hacia la utilización de la edad como criterio para la asignación de recursos en la provisión de servicios, y c) los determinantes de la satisfacción de la población española con el sistema sanitario, entendida como una medida de resultado del sistema.

Este estudio ofrece diversos aspectos que pueden ser de interés. En primer lugar, dada la representatividad de la muestra utilizada, este estudio puede interpretarse, aunque restrictivamente, como un estudio de revelación de unas preferencias sociales restringidas a unas cuestiones prediseñadas de decisión pública. Si aceptamos que la formulación de la pregunta es la relevante para la decisión pública, la información que nos ofrece puede ser importante para guiar políticas de reforma en sanidad. En segundo lugar, este estudio puede ser especialmente interesante en el caso español donde los estudios de opinión y actitudes presentan una escasa divulgación y desarrollo cuantitativo en comparación con otros países de la Unión Europea, como el Reino Unido. En tercer lugar, el desarrollo de los planes de salud en España puede constituir un marco de aplicación en el que incorporar al público y contribuir al proceso de establecimiento de prioridades. Por último, dado que el objetivo del trabajo no es meramente descriptivo, ya que pretende identificar los determinantes que explican la opinión pública, tienen cabida aspectos interpretativos sobre las motivaciones de las respuestas con el fin de identificar el perfil de individuo que corresponde a cada actitud.

## Métodos

Se ha utilizado una metodología cuantitativa sobre la base de una encuesta representativa de los 15 países de la Unión Europea —la encuesta Eurobarómetro 49.1—, desarrollada en la primavera de 1998. El análisis descriptivo y comparativo de esta encuesta ha sido previamente desarrollado para el conjunto de los países de la Unión Europea<sup>4</sup> —si bien en este estudio quedaron numerosas cuestiones fuera del análisis para el caso español—, así como para analizar la política sanitaria en el Reino Unido<sup>5</sup>. La encuesta contiene diversas cuestiones generales sobre las actitudes hacia el sistema sanitario de cada país europeo. Las entrevistas desarrolladas para generar los datos fueron personales y dirigidas a unidades familiares tomadas de un diseño de muestra multietápica. Las muestras de cada país de la Unión Europea fueron seleccionadas con una probabilidad proporcional al tamaño y densidad de la población, siendo su tamaño cercano a 1.000 observaciones por país. En caso de ausencia de respuestas, éstas fueron sustituidas por otras observaciones seleccionadas de acuerdo con un proceso de seguimiento aleatorio. Esta encuesta específica contiene información sobre la percepción de satisfacción del sistema sanitario, las actitudes respecto a diversos criterios generales de asignación de recursos, y el establecimiento de prioridades<sup>4</sup>. Las tres cuestiones sobre las que basamos este estudio son las siguientes (las respuestas se exponen en las tablas 1-3):

### 1. Financiación colectiva del sistema sanitario:

¿El gobierno o el sistema de seguro público debería cubrir solamente «servicios sanitarios esenciales» y dejar en manos de los ciudadanos la cobertura de los demás?

### 2. Criterio para el establecimiento de prioridades:

¿El gobierno debería dar prioridad a los pacientes jóvenes sobre los mayores?

### 3. Satisfacción hacia el sistema sanitario:

¿Está muy o algo satisfecho (insatisfecho) con el sistema sanitario?

En cuanto al método de explotación de los datos, se ha optado por un análisis estadístico multivariante con el fin de identificar los determinantes de la opinión pública acerca de las tres cuestiones analizadas. Como la variable dependiente es inobservable (la preferencia por una alternativa o la satisfacción por el sistema), si asumimos que dicha variable puede aproximarse a partir de otra variable latente que aparece reflejando un orden<sup>5</sup>, entonces el modelo empírico a utilizar es un probit ordenado. Este modelo permite captar la naturaleza ordenada de la variable independiente, así como la posibilidad de captar la intensidad de

la variable. La variable dependiente toma en este estudio un valor del 0 al 4 de acuerdo con la intensidad del orden. La ecuación a estimar es:

$$y^* = \beta' x + \varepsilon \quad (1)$$

donde  $y^*$  no se observa, pero es posible identificar  $y$ , de manera que:

$$\begin{aligned} y = 0 &\leftrightarrow y^* \leq 0 \\ y = 1 &\leftrightarrow 0 < y^* \leq \mu_1 \\ y = 2 &\leftrightarrow \mu_1 < y^* \leq \mu_2 \\ y = 3 &\leftrightarrow \mu_2 < y^* \leq \mu_3 \\ y = 4 &\leftrightarrow \mu_3 < y^* \leq \mu_4 \end{aligned} \quad (2)$$

donde  $\mu$  hacen referencia los parámetros asignados a cada orden clasificados del 0 al 4,  $\beta$  corresponde a los coeficientes de los factores que se asume afectan la opinión pública y  $\varepsilon$  al componente aleatorio, que se distribuye normalmente con media cero y variancia unitaria. El supuesto que se encuentra tras el modelo es que la probabilidad de estar satisfecho depende de la combinación lineal de las mismas variables así como de los parámetros de orden establecidos. A diferencia de un modelo probit o logit ordinario, en este caso no es necesario establecer un punto de corte con el que dicotomizar la variable. Por otra parte, la alternativa de un modelo logit multinomial no permitiría recoger la naturaleza ordenada de la variable dependiente. Finalmente, utilizar un modelo de regresión ordinario implicaría realizar el supuesto simplificador de que el cambio de un orden a otro sigue la escala establecida.

Las variables explicativas consideradas se han clasificado en: a) variables de identificación personal ( $X_{ip}$ ); b) variables de posición socioeconómica ( $X_{se}$ ), y c) actitudes políticas ( $X_{ip}$ ). El modelo puede expresarse como:

$$y^* = \beta_0 + \beta_1 X_{ip} + \beta_2 X_{se} + \beta_3 X_{ip} + \varepsilon \quad (3)$$

Las hipótesis realizadas respecto a cada variable son las siguientes:

Las variables de identificación personal incluidas son la edad, el sexo y el número de hijos. La *edad* es relevante, dado que podemos esperar que a mayor edad los individuos presentarán una mayor experiencia en la utilización y financiación —pública o privada— de los servicios sanitarios. Asimismo, si la actitud hacia el establecimiento de un sistema de racionamiento, según un criterio de edad puede venir afectada por el propio interés, es esperable una asociación negativa con la aceptación de este criterio de racionamiento. El *género* se ha incluido para captar posibles diferencias en la utilización de servicios sanitarios. Por último, dado que *a priori* podemos esperar que los individuos con mayores responsabilidades familiares puedan ser más exigentes con el sistema sanitario que el resto de la po-

blación, se ha incluido una variable que recoja la existencia de *hijos*.

Las variables socioeconómicas examinadas son el *nivel educativo* y la *renta*, ambas se han medido utilizando variables categóricas. Estas variables nos permitirán interpretar las motivaciones de determinadas actitudes hacia el sistema sanitario, si bien la precisión de los resultados estará altamente condicionada por la forma con la que se midieron tales variables. Si bien podemos esperar un efecto significativo de ambas en las diferentes cuestiones, el valor del coeficiente carece de una interpretación más allá del signo que presenta y su nivel de significación.

La base de datos utilizada para este estudio cuenta con información sobre el autopoicionamiento político medido por una variable ficticia, donde el definirse de izquierdas toma el valor unitario. De acuerdo con lo que intuitivamente podríamos esperar, los individuos de ideología liberal serán partidarios de una reducción de la intervención pública en sanidad. De la evidencia de otros países podemos establecer como hipótesis que aquellos individuos que se autodefinen políticamente de derechas serían menos sensibles a reformas sanitarias que reduzcan la cobertura pública. La inclusión de variables de autopoicionamiento político está justificada por el nivel de politización de las decisiones sanitarias en Europa. En el Reino Unido se observa que

los individuos que votan al partido conservador tienden a comprar un seguro sanitario<sup>6</sup> y a utilizar menos las prestaciones ofrecidas en el marco del sistema sanitario público.

## Resultados

En la tabla 1 se muestra el porcentaje de individuos que estarían de acuerdo en que la cobertura del Sistema Nacional de Salud se limitara a servicios esenciales. El 54 y el 13,6% de los encuestados expresan estar muy en desacuerdo o en desacuerdo, respectivamente, con esta propuesta, mientras que sólo un 8,2 y un 9,7%, respectivamente, estarían de acuerdo y muy de acuerdo. En la tabla 2 se refleja que la utilización de un criterio de edad con el fin de guiar el establecimiento de prioridades en la provisión de servicios sanitarios sería mayoritariamente rechazada. En este caso un 66,4% y un 13,1% estarían muy en desacuerdo o en desacuerdo con esta propuesta.

En la tabla 3 se presenta una estimación del grado de satisfacción con el sistema sanitario para algunos países de la Unión Europea. De tales resultados cabe destacar tres observaciones. En primer lugar, y de acuerdo con estudios anteriores<sup>7</sup>, se observa una brecha en

**Tabla 1. ¿El gobierno o el sistema de seguro público debería cubrir solamente «servicios sanitarios esenciales» y dejar en manos de los ciudadanos la cobertura de los demás?**

Respuesta	N	Porcentaje
Muy en desacuerdo	540	54,0
Algo en desacuerdo	136	13,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	90	9,0
Algo de acuerdo	97	9,7
Muy de acuerdo	82	8,2
NS/NC	55	5,5

Fuente: Eurobarómetro 49, primavera 1998.

**Tabla 2. ¿El gobierno debería dar prioridad a los pacientes jóvenes antes que a los mayores?**

Respuesta	N	Porcentaje
Muy en desacuerdo	664	66,4
Algo en desacuerdo	131	13,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	107	10,7
Algo de acuerdo	56	5,6
Muy de acuerdo	16	1,6
NS/NC	26	2,6

Fuente: Eurobarómetro 49, primavera 1998.

**Tabla 3. Satisfacción con el sistema sanitario (%) en 1998**

	España	Alemania	Grecia	Italia	Francia	Holanda	Suecia	Reino Unido
Muy satisfecho	7,7	10,8	2,9	1,3	11,8	16,0	20,7	0,8
Algo satisfecho	25,4	48,2	12,6	19,0	53,6	53,6	60,9	15,7
Total satisfecho	33,1	59,0	15,5	20,3	65,4	69,6	81,6	16,5
Ni satisfecho, ni insatisfecho	30,2	16,4	24,8	24,3	18,7	8,1	7,7	16,5
Algo insatisfecho	20,1	15,9	31,4	29,9	11,3	16,9	9,1	26,3
Muy insatisfecho	6,4	7,8	28,0	23,7	4,0	4,7	0,9	39,7
Total insatisfecho	26,5	23,7	59,4	53,6	15,3	21,6	10	66,0
NS/NC	0,5	1,0	0,3	1,8	0,7	0,7	0,8	1,0

Fuente: Eurobarómetro 49, primavera 1998.

términos de satisfacción con el sistema sanitario entre países del norte y de la Europa continental con respecto a los países del sur de Europa. En segundo lugar, se observa que España ocupa un lugar preponderante comparado con países del sur de Europa como Italia y Grecia, y finalmente el del Reino Unido destaca como el sistema con unos menores grados de satisfacción de la Unión Europea.

En la tabla 4 se exponen los resultados de las estimaciones realizadas para medir los determinantes de las tres cuestiones analizadas. Con el fin de analizar la bondad del ajuste se han utilizado dos estadísticos de evaluación: el valor del logaritmo de la función de verosimilitud (*Log-likelihood*) y el valor de la prueba de la  $\chi^2$  de razón de verosimilitud por el que se contrasta la igualdad de parámetros a cero. Los modelos se han estimado con el programa estadístico Stata 6.0. Éste permite obtener los valores robustos de los coeficientes de las variables utilizadas corregidas por la posible presencia de heterocedasticidad. Por último, una de las preocupaciones del análisis con este tipo de datos es la posible presencia de colinealidad entre las diversas variables explicativas. No obstante, el modelo estimado no evidenciaba elevadas correlaciones significativas entre las variables incluidas. En las tres estimaciones realizadas, el término constante es diferente para cada parámetro de orden y prácticamente en todos los casos es positivo y significativo.

En la primera columna de la tabla 4 se presentan los determinantes de la satisfacción con el sistema sanitario. Se observa que la satisfacción se reduce con la edad. Es mayor para individuos que se definen de izquierdas y cuyos niveles de renta son ligeramente superiores a la media. Ello es consistente con estudios anteriores<sup>8</sup> y confirmaría la hipótesis sobre la influencia de variables que aproximan el estatus socioeconómico, como la renta; variables asociadas a una mayor utilización de servicios, como la edad, o variables de actitud política en la satisfacción hacia el sistema. Dado que la satisfacción se puede definir por el ajuste de una experiencia con las expectativas de la población, el nivel de estudios aparece como una variable significativa y negativamente asociada a una mayor satisfacción por el sistema. Individuos con menores niveles de estudios expresaron un mayor grado de satisfacción por el sistema, así como los individuos con niveles de renta ligeramente superiores a la media. Por último, la satisfacción está positivamente asociada con la actitud política, individuos de izquierdas evidencian una mayor satisfacción con el sistema sanitario público.

En la segunda columna de la tabla 4 se exponen los determinantes de la actitud hacia una reducción de la cobertura del sistema sanitario. La variable más relevante en este caso es el autopoicionamiento político, ya que individuos que expresan una ideología de izquierdas expresan un mayor desacuerdo con dicha

propuesta. En la tercera columna de la tabla 4 se presentan los factores significativos y explicativos de un mayor desacuerdo con la utilización de la edad como criterio de racionamiento. La edad aparece como positivamente asociada a un mayor desacuerdo—dado su signo negativo—mientras que el nivel de renta y el educativo están asociados a un mayor acuerdo. Individuos de mayor edad, con niveles de renta altos y mayores

**Tabla 4. Actitudes hacia el sistema sanitario: satisfacción, financiación (cobertura) y prioridades**

	Satisfacción <sup>a</sup>	Cobertura <sup>b</sup>	Prioridades <sup>b</sup>
Edad (años)	-0,09*** (-3,64)	0,03 (1,36)	-0,06** (-2,13)
Género (varón = 1)	0,08 (1,28)	-0,11* (-1,69)	-0,03 (-0,49)
Hijos = 1	0,04 (0,04)	-0,04 (-0,05)	0,09 (1,03)
Variables socioeconómicas (educación y renta)			
Estudios primarios o menos = 1 <sup>c</sup>	0,42*** (3,10)	-0,15 (-1,01)	-0,14 (-0,97)
Estudios secundarios = 1 <sup>c</sup>	0,41*** (3,32)	-0,21** (-2,18)	-0,21* (-1,64)
Estudios universitarios medios = 1 <sup>c</sup>	0,20 (1,57)	-0,22* (1,65)	-0,12 (-0,84)
Renta igual a la media = 1 <sup>d</sup>	0,01 (0,07)	-0,11 (-1,04)	-0,18 (-1,54)
Renta ligeramente superior a la media = 1 <sup>d</sup>	0,18* (1,79)	0,05 (0,50)	0,08 (0,06)
Renta superior a la media = 1 <sup>d</sup>	0,19 (0,20)	-0,09 (-0,09)	-0,20* (-1,84)
Variable de actitud política			
Autopoicionamiento político (izquierda = 1)	0,24** (2,91)	-1,45* (-1,67)	-0,17 (-0,18)
Constante (puntos de corte)			
Corte 1 = 0	0,23	0,15**	0,76**
Corte 2 = 1	1,80**	1,65**	1,56**
Corte 3 = 2	2,31***	2,22***	2,77***
Corte 4 = 3	3,15***	3,05***	3,86***
Estadísticos de evaluación			
<i>Log-likelihood</i>	-1437,7	-1405,8	-1106
$\chi^2_{10}$	26,72	15,97	22,84

Probit ordenado, el estadístico t (entre paréntesis).

\*Significativa al 10%.

\*\*Significativa al 5%.

\*\*\*Significativa al 1%.

<sup>a</sup>La variable explicativa toma el valor 1 si el individuo declara estar muy insatisfecho, hasta el valor 5 si declara estar muy satisfecho.

<sup>b</sup>La variable explicativa toma el valor 1 si el individuo declara estar muy en desacuerdo, hasta el valor 5 si declara estar muy de acuerdo.

<sup>c</sup>La variable omitida es estudios superiores.

<sup>d</sup>La variable omitida es nivel de renta inferior a la media.

niveles educativos estarían más en desacuerdo en la utilización de este criterio.

---

## Discusión

Cuando las decisiones de racionamiento afectan a la cobertura sanitaria de la población o implican elecciones conflictivas entre pacientes, puede argumentarse que la participación pública en las decisiones de asignación de recursos resulta justificada. Si bien un claro argumento en contra de la participación pública predicaría la «no interferencia» de la población en temas que desconoce, ello debe sopesarse con la necesidad de una «aceptación pública» al menos de aquellos criterios de decisión sanitaria que presentan un «alcance general» —tales como el nivel de cobertura mínimo o la discriminación de pacientes en la provisión de servicios—, y que a menudo son objeto de discusión académica y profesional. Por otra parte, el establecimiento de unos criterios aceptados por la opinión pública descarga al decisor médico de la necesidad de decidir. No obstante, algunos estudios ponen de manifiesto cómo el público es más probable que acepte decisiones de los médicos que de políticos y gobernantes<sup>9</sup>. Ello parece indicar que el público tiende a pensar que las decisiones de racionamiento son puramente clínicas, cuando ello no siempre es así. Si bien es cierto que la participación pública en la toma de decisiones colectivas está limitada por la información y la capacidad de razonamiento, el porcentaje de no respuestas no parece sugerir que el público presente problemas cuando se trata de determinar algunos criterios generales sobre asignación de recursos en el marco del sistema sanitario.

Los resultados de este trabajo parecen confirmar que existe un consenso en que el sistema sanitario debe ir más allá de la financiación de servicios esenciales. No obstante, tal como sucede en otros países del entorno de España, la actitud sobre la financiación y la provisión de servicios sanitarios está altamente influenciada por las tendencias políticas<sup>3</sup>. Asimismo, se observa que las respuestas individuales están a menudo guiadas por el propio interés. Se detecta una tendencia de los individuos a apoyar aquellas reformas que les benefician más. Por ejemplo, individuos con mayores niveles de renta aceptan reducciones de la prestación pública, a la vez que la edad ejerce una influencia en el rechazo a un criterio general de racionamiento basado en la misma. Ello puede explicarse porque una reducción de la cobertura pública podría implicar una reducción de las contribuciones a través de impuestos de este colectivo o, sencillamente, por la menor utilización del Sistema Nacional de Salud por su parte.

Las actitudes respecto a la forma de financiar la sanidad están asociadas a la posición económica y la ideología del individuo.

En particular, en la bibliografía destacan dos criterios extremos, el igualitarista y el libertario<sup>15</sup>. Por una parte, el criterio igualitarista establece que el acceso (económico) a los servicios debe ser igualitario independientemente de la renta y la riqueza de los individuos. Si la población aceptara este principio, debería predominar un sistema de financiación pública. Por otra parte, un criterio opuesto, de tipo libertario, defendería que el acceso a los servicios sanitarios es responsabilidad de los propios individuos. En el Reino Unido la mayoría de la población está a favor de un sistema universal de financiación de la sanidad<sup>16</sup> y ésta parece ser también la tendencia en el resto de países europeos<sup>3</sup>, como es el caso de España. También se observa que la aceptación de un criterio libertario estaría altamente asociado a la ideología política y a un menor nivel de estudios. Entre las limitaciones de la respuesta a esta pregunta, está la consideración implícita de que una reducción de la cobertura traería como beneficio una reducción del pago de impuestos, si bien no puede garantizarse que todos los participantes en la encuesta realizaran dicha interpretación, aunque de hecho el nivel de renta no resultó ser una variable significativa.

Uno de los criterios de priorización que han generado más debate académico es el criterio de la edad. La utilización de este criterio en la toma de decisiones médicas ha sido defendida por Alan Williams<sup>17</sup>, bajo un concepto de justicia intergeneracional denominado *fair innings*. Este criterio es muy original, en tanto que supone que hay una cantidad de tiempo de vida (ajustada por calidad) que se supone justo, y que en el caso de superar ese límite ello podría resultar en una inequidad para otras generaciones. Una vez alcanzada una edad (avanzada), el sistema sanitario debe asignar sus recursos a otros individuos para que también alcancen esa edad. Este criterio puede entenderse como la particularización de una idea de equidad definida según las características del paciente, entre las que además de la edad podría extenderse a otras características, como por ejemplo al hecho de ser fumador o tener un nivel de renta bajo, que puede influir sobre el valor social de la ganancia en salud. En el presente estudio se pone de manifiesto que, en España, la edad como criterio general de racionamiento no parece ser aceptado por la población, en contra de la argumentación de Williams —basada en estudios previos— de que este criterio es aceptado. Además de la propuesta de Williams existen otras, como la de Murray y López<sup>18</sup>, en la que la justificación de la edad como criterio de priorización se defiende por la necesidad de tener en cuenta diferencias en los papeles sociales de individuos de edades diferentes. Así, mejoras en salud de individuos de edad avanzada o de niños serían menos valoradas que idénticas mejoras de salud en individuos jóvenes y de edades medias. La cuestión que se examina en este

estudio es la aceptación de la edad como criterio general de priorización. Si el objetivo fuera identificar el valor de la preferencia entre 2 pacientes de edad diferente, sería necesario elaborar una investigación donde se planteara un escenario concreto de elección. El único estudio experimental que existe en España evidencia que la edad del paciente es un factor relevante en la valoración social de los beneficios de un programa sanitario<sup>19</sup>. Esto indica que, si bien la edad no es aceptada como criterio general de racionamiento, quizá aplicada a un caso concreto sí lo sería.

La aceptación de un objetivo de eficiencia —entiéndase como la maximización del número de años de vida ajustados por calidad (AVAC) de forma independiente de quien lo recibe—, nos puede llevar a aceptar la hipótesis que la salud agregada mejoraría si se destinaran los recursos a la población no anciana, ya que la probabilidad de que un individuo de edad avanzada se recupere es siempre menor en términos de AVAC<sup>17</sup>. No obstante, este criterio general de equidad intergeneracional no parece ser aceptado por la población española. A este respecto, cabe apuntar que algunos individuos pueden argumentar que han estado pagando impuestos y manteniendo el sistema sanitario durante años<sup>20</sup>. El hecho que la renta explique la actitud hacia la utilización de un criterio de equidad intergeneracional puede constituir evidencia de ello. Por otra parte, dado que la morbilidad para colectivos más jóvenes es baja, priorizar la juventud implicaría una reestructuración del sistema sanitario, en la que la prevención estaría sobrerrepresentada sobre las necesidades de atención. Por último, este criterio es altamente dependiente a la medición de los beneficios del sistema sanitario en términos de años de vida, ya que conceptos de beneficio que incluyan el bienestar de la población en un sentido amplio (welfarismo) nos llevarían a rechazar este criterio de priorización.

Los resultados obtenidos en este estudio respecto a la cuestión de la edad como criterio de racionamiento, son diferentes a los de algunos estudios previos<sup>21,22</sup>: sin embargo, están en línea con otros estudios aplicados a ámbitos diferentes derivados de la British Social Attitudes Survey, donde se observa cómo el hecho que los desempleados apoyen mejoras en la prestación de desempleo o que los beneficiarios de seguros privados no apoyen reformas en el sistema sanitario es un reflejo de que algunas actitudes individuales están altamente influenciadas por el propio interés<sup>23</sup>. También se observa en el presente estudio que las tendencias políticas evidencian un efecto significativo sobre la actitud hacia una reforma sanitaria. Reformas más ambiciosas en sanidad serían apoyadas por colectivos de renta media, ideología cercana a la izquierda y educación media-alta. Sin embargo, a diferencia de otros estudios<sup>23</sup>, ni la edad ni el hecho de tener hijos resultó tener un efecto en dicha actitud.

España parece evidenciar unos grados de satisfacción superiores a los de países del sur de Europa, como Italia y Grecia. En general, los resultados indican sustanciales diferencias en términos de satisfacción entre grupos de países y, especialmente, se observa cómo la satisfacción con los sistemas de países del sur de Europa es significativamente inferior a la de los sistemas centroeuropeos y nórdicos. Algunos estudios ponen de manifiesto que la mayor satisfacción con el sistema sanitario aparece asociada a la prioridad por un mayor gasto sanitario<sup>8</sup>. Por tanto, reformas sanitarias que lleven a la reducción de la cobertura sanitaria o que discriminen entre pacientes de acuerdo con criterios no aceptados por la población reducirán la satisfacción con el sistema sanitario. No obstante, para contrastar esta hipótesis sería necesario contar con una información temporal, de la que en este momento se carece. Por otra parte, la satisfacción con el sistema sanitario, si bien es una de las medidas de resultado del sistema, está extremadamente ligada a la exigencia de los individuos respecto a su sistema.

El análisis de las actitudes hacia el gasto y las fuentes de financiación del sector público es un ámbito creciente de investigación aplicada en economía<sup>3</sup>. Ello resulta incluso más relevante en ámbitos más específicos, como el de la sanidad o la educación, donde el apoyo colectivo puede limitar el diseño de un modelo de intervención pública<sup>10</sup>. Algunos estudios presentan este tipo de estudios como una metodología de identificación de la demanda de determinadas características de servicios públicos<sup>11,12</sup>. Ya sea como meros estudios de actitudes o como estudios de demanda potencial, la relevancia de este tipo de investigaciones es incuestionable, tanto por la capacidad de influencia en los decisores públicos como por el propio interés académico que generan. En definitiva, se trata de identificar, a través del análisis estadístico multivariante de información individual, el perfil de los individuos que aceptarían determinadas reformas en las que exista un cierto conflicto de opiniones e intereses.

La metodología empleada en este trabajo no está exenta de considerables limitaciones. En primer lugar, siempre existen dudas sobre la posible influencia del formato de la pregunta en la respuesta ofrecida. En segundo lugar, en ocasiones las encuestas de opinión son excesivamente largas y, si bien, como en este caso, se desarrollan a través de entrevistas personales, el cansancio derivado de responder a un elevado número de preguntas puede afectar a la capacidad de dar una respuesta razonada o sencillamente a inducir una no respuesta. En las tablas 1-3 se observan considerables variaciones en el porcentaje de no respuesta (NS/NC), que oscila entre un 5,5% para la cuestión sobre la cobertura del sistema a un 0,5% cuando ésta se refiere a la satisfacción por el sistema. En tercer lugar, la simplicidad de algunas preguntas no abarca aspectos intere-

santes de investigación, lo que quizás podría complementarse con la utilización de métodos cualitativos con el fin de poder interpretar con más detalle los resultados obtenidos. Tal como evidencian algunos estudios, los individuos responden de una forma diferente cuando existe un proceso de discusión previo a las respuestas<sup>13,14</sup>.

Además de las limitaciones propias de la utilización de métodos de encuesta, este estudio está sujeto a otras limitaciones metodológicas. En primer lugar, las respuestas que el público puede ofrecer a las cuestiones analizadas estaban, en todos los casos, asociadas al nivel educativo, lo que puede interpretarse como un indicador de que las respuestas no siempre son el resultado de un razonamiento previo y una opinión formada. En segundo lugar, si bien los resultados son representativos, su interpretación mejoraría significativamente si en investigaciones futuras, se determinaran las motivaciones que se encuentran detrás de deter-

minadas actitudes, quizá a través de métodos cualitativos. En tercer lugar, la formulación de las preguntas puede tener una influencia en los resultados, por ejemplo, cuando se hace referencia a «servicios» esenciales, se podría argumentar que lo esencial puede diferir de un individuo a otro.

---

### Agradecimientos

Agradezco los comentarios recibidos de Elias Mossialos, Derek King y Ricard Ramon, así como la labor de revisión de los dos evaluadores anónimos a versiones anteriores de este artículo, si bien todos los errores y omisiones son responsabilidad única del autor. A su vez, agradecer a Data Achieve, University of Essex la obtención de los datos utilizados aquí. Este estudio se ha financiado a través del proyecto CICYT-SEC99-0698.

---

### Bibliografía

1. Coote A. Direct public and patient involvement in rationing. En: New B, editor. Rationing-talk and action in health care. Londres: King's Fund, 1997; 158-164.
2. Honigsbaum, F, Calltrop J, Ham C, Holmstrom S. Priority setting processes for health care. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1995; 85-87.
3. Dicker A, Armstrong D. Patient's views of priority setting in health care-an interview survey in one practice, Br Med J 1995; 311: 1137-1139.
4. Mossialos E, King D. Citizens and rationing: analysis of a European survey. Health Pol 1999; 49: 75-135.
5. King D, Maynard A. Public opinion and rationing in the United Kingdom. Health Pol 1999; 50: 39-53.
6. Greene WH. Análisis econométrico. Madrid: Prentice Hall, 1999.
7. Beesley T, Hall J, Preston I. Private health insurance and the state of the NHS. IFS commentary. N.º 52. Londres: Institute of Fiscal Studies, 1996.
8. Mossialos E. «Citizens» views on health care systems in the 15 member states of the European Union. Health Econ 1997; 6: 109-116.
9. Jundge K, Mulligan J, New B. The NHS: new prescriptions needed? En: Jowell E et al, editores. British Social Attitudes. Ashgate, 1997.
10. Hunter D. Rationing health care: the political perspective. En: Maxwell R, editor. Rationing health care. Londres: Churchill Livingstone, 1995; 877-884.
11. Hall J, Preston J. Tax price effects on attitudes to hypothesized tax. J Pub Econ, 2000; 75: 417-438.
12. Rubinfeld DL. The economics of the local public sector. En: Auerbach AJ, Feldstein M, editores. Handbook on Public Economics. Vol III. Amsterdam: Elsevier Science, 1987.
13. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on public's views of priority setting in health care: focus group study. Br Med J 1999; 318: 916-919.
14. Dolan P, Cookson R. Public views on health care rationing: a group discussion study. Health Pol 1999; 49: 63-74.
15. Culyer AJ. The political economy of social policy. Oxford. Martin Robertson, 1980.
16. Lindsay B, Preston I, Hall J. What drives support for higher public spending? En: Taylor P, editor. Choice and public policy, the limits to welfare markets. Londres: Mc Millan, 1998.
17. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the «fair innings» argument. Health Econ, 1997; 6: 117-132.
18. Murray CJL, López AD, editores. Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditure and intervention packages. Ginebra: World Health Organization (WHO), 1994.
19. Rodríguez E, Pinto JL. The social value of health programmes: is age a relevant factor? Health Econ, 2000; 9: 611-621.
20. Harris J. QALYfying the value of life. J Med Ethics 1987; 13: 117-123.
21. Evans JG. Rationing health care by age: the case against. Br Med J, 1997; 314: 822-825.
22. Charny MC, Lewis PA, Farrow SC. Choosing who shall not be treated in the NHS. Soc Sci Med, 1989; 28: 1331-1338.
23. Brook L, Hall J, Preston I. What drives support for higher spending? EBB Discussion Paper N.º 16. Social Policy Department, University of Kent (<http://www.ukc.acluk/ERSC/>).