

# CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN ESPAÑA

Vicente Ortún Rubio

CE. ESADE, economista, M.Sc. Purdue ScD (candidato) Johns Hopkins

## Resumen

Tras revisar los mecanismos de distribución de recursos sanitarios en España, en la triple dimensión geográfica, por grupo socio-económico, y entre grupos de riesgo y el resto de la población, se repasa el arsenal de criterios existentes para la asignación de recursos sanitarios. Tales criterios se agrupan en tres grandes familias: per cápita, ajustada o no; por acto o servicio sanitario y por caso, ajustado o no. Se acaba sugiriendo los criterios que se estiman más coherentes con nuestra realidad institucional y más consecuentes con lo que se conoce sobre los factores explicativos de las desigualdades en estado de salud.

**Palabras clave:** Política Sanitaria. Asignación de recursos. Indicadores de salud. Presupuestos. Ley General de Sanidad.

## CRITERIA FOR THE DISTRIBUTION OF SANITARY RESOURCES IN SPAIN

### Summary

After checking the mechanisms of distribution of sanitary resources in Spain, in the triple geographic dimension, in socio-economic groups and between risk groups and the rest of the population, we revise the arsenal of criteria for the allocation of sanitary resources. Such criteria are grouped in three big families: per capita, adjusted or not, sanitary action or service and case, adjusted or not. At last we suggest the criteria that are estimated to be the most coherent with our institutional reality and the most consequent with what is known about explanatory factors of the inequalities of the health status.

**Key words:** Health Policy. Allocation of resources. Health indicators. Budgets. General Law of Health.

## Como se distribuyen los recursos sanitarios en España

Tres cuartas partes de los recursos sanitarios (personal, instalaciones, equipo, información, tiempo...) se asignan por las Administraciones Públicas<sup>1</sup>, a través de presupuestos, y una cuarta parte se asigna vía mercado.

Los presupuestos constituyen, para las unidades que prestan los servicios sanitarios, una concreción de los recursos a emplear sin referencia, generalmente, a los productos, ni intermedios ni finales, a obtener.

Los presupuestos sanitarios tal como se elaboran en la actualidad, son fundamentalmente incrementalistas («lo del año pasado más, o menos, un x%»). Los mecanismos incrementalistas penalizan a los que han obtenido la mayor eficiencia de gestión. El recurso, relativamente fácil, a los créditos extraordinarios hace que los presupuestos se asemejen más a un sistema de reembolso de la actividad efectuada que al marco encuadra-

dor de la misma que deberían ser<sup>2</sup>.

La distribución de recursos sanitarios puede analizarse según múltiples dimensiones. En este artículo se consideran las tres dimensiones que la Región Europea de la OMS monitoriza en cuanto a cumplimiento de los objetivos de «salud para todos en el año 2000». Tales dimensiones fueron establecidas por un grupo de trabajo específico encargado de fijar objetivos en el área de la equidad<sup>3</sup>; son: 1. geográfica, 2. según grupos socio-económicos, y 3. entre grupos de riesgo y resto de la población.

### Distribución geográfica

La Constitución, los Estatutos de Autonomía y la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) han formado, durante estos últimos años, el marco legal que encuadraba la distribución geográfica de los recursos sanitarios en España. Tres fueron los mecanismos redistributivos establecidos por la

LOFCA con carácter general: 1. participación de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) en los impuestos estatales no cedidos, 2. garantía de unos servicios mínimos (art. 15 LOFCA) y 3. Fondo de Compensación Interterritorial<sup>4</sup>. De los tres, sólo el primero y el tercero han sido utilizados. Recientemente se ha alcanzado un acuerdo sobre el modelo de financiación definitivo de las CC.AA. que ha de substituir el anterior modelo provisional en el que cada comunidad recibía unos recursos según el coste de los servicios transferidos.

Sanidad, no obstante, dispone ya de un criterio de reparto establecido por la Ley General de Sanidad (Ley 14/86, de 25 de abril de 1986, BOE de 29 de abril). Este criterio es asintóticamente poblacional. Más concretamente, la Ley General de Sanidad dice lo que sigue:

**Art. 81.** «La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario pú-

Correspondencia: Vicente Ortún Rubio. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28014 Madrid.

blico, se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.»

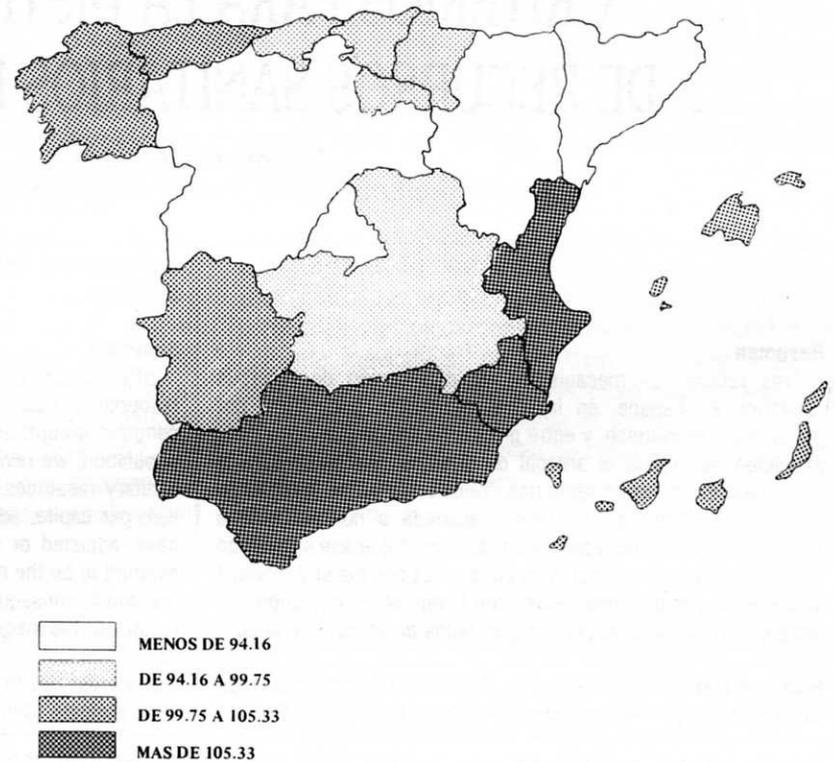
**Art.12.** «Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio nacional, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución».

**Art.82.** «La financiación de los servicios transferidos a las CC.AA. se efectuará a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda.

En el caso de aquellas CC.AA. que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida. No obstante, antes de efectuar el reparto se determinarán, en primer lugar, los gastos presupuestarios necesarios para la atención de los servicios comunes estatales y los relativos a centros especiales que, por su carácter, sea preciso gestionar de forma centralizada. La desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida será anulada en el transcurso de diez años al ritmo de un 10% anual...»

En un trabajo anterior<sup>4</sup> se midió la desigualdad en la distribución geográfica de recursos sanitarios de cuatro formas diferentes: gasto per cápita, acceso per cápita, utilización per cápita e indicadores de salud. Las desigualdades en gasto, acceso y utilización eran considerables, como el conocido desequilibrio regional existente en España podía hacer suponer. Sin embargo, la interpretación de dichas desigualdades choca con la limitación que supone la falta de ajuste por alguna medida de necesidad (días de actividad restringida por ejemplo). Otros trabajos han descrito consis-

Figura 1. Índice de Mortalidad Estandarizada por Comunidades Autónomas. Años 1977 a 1979



Fuente: J. Canela. *Análisis comparativo de la mortalidad por causas en España y otros países durante el período 1977-1979*. Barcelona: Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, 1985. Tesis doctoral.

tamente las desigualdades en la distribución geográfica de los recursos sanitarios en España<sup>5, 6</sup> y las desigualdades en índices de mortalidad<sup>7, 8</sup> (figura 1). Los intentos efectuados para explicar estas diferencias<sup>9, 10</sup> topan con la dificultad, entre otras, de que 17 o 50 unidades, según se trate de CC.AA. o provincias, no proporcionan grados de libertad suficiente para la correcta especificación de un modelo que incluya las variables teóricamente explicativas de las diferencias en mortalidad.

#### Distribución según grupos socio-económicos

La relación inversa entre grupo socio-económico y salud ha sido mostrada de forma reiterada y consistente en numerosos estudios<sup>11</sup>. Nuestro interés inmediato, no obstante, radica en los recursos sanitarios, no en la

salud. La distribución según grupo socio-económico de los recursos sanitarios financiados públicamente no se explicitan. Puede conocerse, en cambio, para los recursos sanitarios financiados privadamente, por medio de la Encuesta de Presupuestos Familiares que realiza el INE<sup>12</sup>: La proporción del gasto total privado que se dedica a gastos sanitarios es prácticamente constante para todos los niveles de renta (el 2,3% del gasto). El dato indica un menor gasto en servicios sanitarios privados por las capas de población de rentas más bajas. El alcance de la redistribución depende de quién soporte realmente la carga fiscal, que sirve para financiar los recursos sanitarios públicos, y de quién utilice éstos.

Algunos estudios realizados en España apuntan una relación inversa entre grupo socio-económico y utilización de recursos sanitarios: mayor

duración de la visita al médico según se sube por la escala social<sup>13</sup> y menor utilización de los cuidados prenatales en las clases sociales más bajas<sup>14</sup>. Otros estudios realizados en España apuntan una relación directa entre grupo socio-económico y utilización de servicios sanitarios: Tendencia al aumento en la proporción de personas visitadas por el médico en las clases sociales más bajas<sup>15</sup>, y tendencia a una mayor utilización de los servicios de asistencia primaria en los grupos de población con un nivel de estudios más bajo<sup>16</sup>. Finalmente, la ausencia de diferencias en utilización según clase social también dispone de algún soporte parcial<sup>13</sup>.

La insuficiente validación de las medidas de clase social o grupo socio-económico y, muy especialmente de nuevo, la falta de un ajuste de la utilización según necesidad (días de cama, por ejemplo) hacen que en lugar de evidencia tengamos indicios no concluyentes.

#### *Distribución entre grupos de riesgo y resto de la población*

Cada país ha de identificar sus grupos de riesgo. Estos pueden ser minorías étnicas (gitanos, por ejemplo) familias de un solo cónyuge, ancianos aislados, disminuidos físicos y mentales, parados, trabajadores inmigrantes, etc. Las vacunaciones recomendadas a niños (difteria, tétanos, tosferina, polio, sarampión, parotiditis y rubeola) y ancianos (gripe), las actuaciones en zonas geográficas con endemias (paludismo en los deltas, bocio en Las Hurdes), la atención sanitaria a ciertos grupos profesionales (mineros) o, más recientemente, las campañas de información a grupos de alto riesgo respecto al SIDA (drogadictos y homosexuales) constituyen ejemplos de actuaciones habidas en España sobre grupos de riesgo. No conocemos datos que permitan cuantificar hasta qué punto se ha producido una concentración de recursos sanitarios en los grupos de riesgo. Nuestra impresión es que no ha sido así.

#### **Criterios de distribución**

Las leyes de oferta y demanda rigen la distribución de aquellos bienes y servicios que se asignan a través del mercado. Con los recursos sanitarios apenas es éste el caso, ya que los países desarrollados parecen haber querido que el acceso a los recursos sanitarios fuera independiente de la capacidad adquisitiva individual. Con tal finalidad, los gobiernos han regulado la producción y consumo de servicios sanitarios de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo el derecho a la salud que numerosas constituciones proclaman. En España, un sistema sanitario basado en la Seguridad Social, que tiende -según la LGS- hacia un servicio nacional de salud, financia públicamente -como ya se ha mencionado- las tres cuartas partes del gasto sanitario<sup>1</sup>. Cabe razonar que si se facilita el acceso al consumo de los servicios sanitarios con independencia de la capacidad adquisitiva individual, y no se facilita, en cambio, el acceso al consumo de muchos otros bienes y servicios, es porque la sociedad considera que los servicios sanitarios tienen una influencia positiva en la salud, influencia positiva de la que se estima ningún ciudadano debe ser privado.

El producto de los programas sanitarios es la mejora de la salud. Esta puede medirse de varias maneras<sup>17</sup>. Primera, en unidades físicas naturales y relevantes al programa que consideramos: casos diagnosticados, días de incapacidad evitados, años de vida ganados... Segunda, pueden medirse los beneficios directos, indirectos e intangibles en pesetas. Tercera, cabe considerar el valor que el individuo, la familia o la sociedad otorga a la mejora de la salud per se, con independencia de las consecuencias económicas de esta mejora. Los años de vida ajustados según calidad (AVAC) pertenecen a este tercer grupo. Medido el producto sólo resta dividirlo por los recursos empleados para disponer ya de una valoración de eficiencia, criterio que, con matizaciones de equidad, puede guiar la asignación de re-

curso sanitarios entre distintos programas.

Los criterios de distribución más usuales de los recursos sanitarios, que se financian públicamente y se asignan a través de presupuestos públicos, pueden agruparse en tres grandes categorías: 1. per cápita, ajustada o no ajustada; 2. por acto o servicio sanitario; y 3. por caso, ajustado o no ajustado.

Estos tres criterios pueden vincularse a las formas de gestión y a la política de incentivos, con lo cual se gana en coherencia al relacionarse, primero, los mecanismos presupuestarios de asignación de recursos, segundo, la utilización de los presupuestos como instrumento de gestión (siguiendo las desviaciones en la relación resultados/recursos entre lo presupuestado y lo realizado en los diferentes centros de responsabilidad que se establezcan), y, tercero, el criterio de pago a los «proveedores» de atención sanitaria.

Los criterios pueden combinarse o alternarse. Se combinan cuando se utiliza más de un criterio simultáneamente, como en el caso de los médicos de cabecera en el Reino Unido, donde una remuneración per cápita, ajustada por edad, se conjuga con un pago por determinados actos (docencia, inmunizaciones, planificación familiar,...). Se alternan cuando se utilizan en estadios diferentes del proceso. Por ejemplo, el reparto geográfico del gasto hospitalario se efectúa según criterio per cápita ajustada y el subreparto por hospitales, en una región determinada, se realiza según el criterio por caso ajustado.

Finalmente, es la configuración institucional y política de un país, y no los discursos sanitarios, la que favorece unos criterios de reparto y remuneración sobre otros. El criterio per cápita parece adaptarse mejor a los sistemas sanitarios tipo servicio nacional de salud al favorecer la atención integrada y los esfuerzos preventivos. En cambio, en los sistemas sanitarios basados en la seguridad social, así como en los sistemas sanitarios benéfico-asistenciales, los criterios acto y caso encajan mejor en la

concepción protectora-aseguradora de un colectivo beneficiario, menor que el conjunto de la población, frente a una serie de riesgos.

#### Criterio per cápita

El criterio per cápita sin ajustar implica un reparto de recursos proporcional al tamaño de la población. Las poblaciones, no obstante, no difieren tan sólo en tamaño. La composición de las mismas por edad y sexo suele ser diferente. El ajuste según edad y sexo parte de la constatación de que necesidad y utilización sanitarias varían ampliamente según estas dos variables. Una posibilidad práctica es la de efectuar este ajuste según utilización observada. Así en el caso de España y tratándose de, por ejemplo, gasto hospitalario, para tener en cuenta que los menores de un año tienen una frecuentación hospitalaria 5,3 veces mayor que los de 5 a 14 años, o que los mayores de 75 años causan 12 veces más estancias hospitalarias que los de 5 a 14 años<sup>18</sup> (tabla 1), aplicaríamos las tasas estatales de utilización hospitalaria, específicas por edad y sexo, a las diferentes pirámides demográficas de cada región para obtener una utilización-objetivo<sup>19</sup>.

Dos poblaciones del mismo tamaño e idéntica composición por edad y sexo pueden muy bien diferir en estructura ocupacional, clima, nivel educativo, prevalencia de factores de riesgo, etc., y ofrecer, por tanto, una necesidad sanitaria relativa distinta. El ajuste de la población según alguna medida de necesidad relativa tiene un gran interés práctico en nuestro país ya que éste tiende, como se ha dicho, hacia el reparto per cápita no ajustado. Un ajuste sensible puede mejorar la eficiencia (maximizar la ganancia en años de vida ajustados según calidad con unos recursos dados, por ejemplo) y la equidad (en términos de igualdad de acceso en función del riesgo, por ejemplo) de la distribución de los recursos sanitarios. Por otra parte, el conocimiento operativo de la necesidad sanitaria -morbilidad, incapacidad...- está en la base de cual-

Tabla 1. Tasas de Hospitalización y de días de hospitalización por grupos de edad. España 1983 (x 1000 habitantes)

	HOSPITALIZACIÓN	DÍAS DE ESTANCIA
1 año	236,58	2,23
1 a 4 años	72,56	0,40
5 a 14 años	44,45	0,29
15 a 24 años	83,71	0,77
25 a 34 años	112,66	0,99
35 a 44 años	82,37	1,08
45 a 54 años	85,27	1,45
55 a 64 años	101,17	1,93
65 a 74 años	129,17	3,03
75 años y más	146,88	3,44
TOTAL	90,32	1,23

Fuente: INE, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 1983. Elaboración propia.

Tabla 2. Definición de Índice de Mortalidad Estandarizada (IME). Índice de Mortalidad Relativa (IMR). Índice de Años de Vida Potenciales Perdidos (IAVPP) e Índice de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (IMIPSE)

$$IME = \frac{\sum m_i P_i}{\sum M_i P_i} = \frac{\sum d_i}{\sum D_i}$$

donde:  
 $m_i$  = tasa de mortalidad específica por edad.  
 $P_i$  = población regional en el grupo de edad  $i$ .  
 $M_i$  = tasa de mortalidad estándar específica por edad.  
 $d_i$  = defunciones observadas en el grupo de edad  $i$ .  
 $D_i$  = defunciones esperables en el grupo de edad  $i$ .

$$IMR = \sum \frac{m_i P_i}{M_i} \times \frac{1}{P}$$

donde:  
 $P$  = población regional total.

$$IAVPP = \frac{\sum m_i P_i (x - I_i)}{\sum M_i P_i (x - I_i)}$$

donde:  
 $x$  = edad «tope» arbitraria (70-75 años)  
 $I_i$  = punto medio del intervalo de edad. Así si 70 se establece como tope,  $(x - I_i)$  será igual a 47,5 años para el intervalo de edad de 20 a 24 años porque se asume una distribución uniforme de las muertes dentro de cada intervalo de edad. En ocasiones conviene tratar separadamente la mortalidad infantil, lo que excluye a las defunciones y población menor de 1 año del cálculo del IAVPP.

quier política sanitaria que cifre sus objetivos en términos de mejorar los niveles de salud. Repasaremos, pues, diversos mecanismos de ajuste de la población total de manera que queda reflejado el distinto grado de necesidad sanitaria. No entraremos en posibles ajustes que podrían derivarse de un diferente nivel de precios entre regiones, de diversas condiciones de accesibilidad geográfica, de la existencia de flujos de pacientes entre regiones, etc., por su mayor sencillez teórica y menor dificultad práctica.

Veremos, en cambio, los ajustes por Índice de Mortalidad Estandarizada, Índice de Mortalidad Relativa, Índice de Años de Vida Potenciales Perdidos, Morbilidad Registrada, Índice de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable, y Medida directa de la salud. En la tabla 2 se formalizan las distinciones pertinentes a estos ajustes.

*Índice de Mortalidad Estandarizada (IME):* Es el ajuste más conocido con el aval de diez años de funcionamien-

to en el Reino Unido<sup>20</sup> y algunas aplicaciones, inspiradas en el mismo, en España<sup>21, 23</sup>. El IME constituye una aproximación a la morbilidad, variable de medida mucho más difícil y que sólo parcialmente se refleja en la utilización, que depende sobre todo, de la oferta existente.

El comité del «Resource Allocation Working Party» (RAWP)<sup>20</sup>, en Inglaterra, se decidió por el IME, en primer lugar por la evidencia de que las estadísticas de morbilidad, aunque imperfectas, mostraban una correlación geográfica positiva con los IME y, en segundo lugar, porque los IME parecían ser el único indicador independiente de la oferta de servicios sanitarios, de elaboración regular, preciso, disponible con suficiente desglose geográfico y con posibilidad de ser calculado por edad, sexo y diagnóstico. Las principales críticas al empleo del IME han sido<sup>24</sup>:

1. En el siglo XIX la mortalidad era una buena aproximación a la morbilidad, pero en la actualidad ya no lo es ya que gran parte de la presión sobre los servicios sanitarios proviene de condiciones crónicas e incapacitantes poco correlacionadas con la mortalidad<sup>25, 26</sup>. Los IME se consideraban asimismo incompletos porque no tomaban explícitamente en consideración los efectos de la privación social de la necesidad sanitaria<sup>27</sup>. Otros estudios, sin embargo, han respaldado la decisión de emplear el IME al haber hallado correlaciones positivas entre las tasas de morbilidad y mortalidad y condiciones sociales<sup>28, 30</sup>.
2. Para la asignación subregional, un reducido número de muertes supone una gran inestabilidad en el IME (el intervalo de confianza aumenta).
3. El IME da mayor peso implícito a la mortalidad en edades altas. Esto es, menor importancia relativa a las edades jóvenes cuyos cambios en mortalidad reflejan mejor cambios en la necesidad

relativa y mayor necesidad de servicios sanitarios. La fiabilidad, por otra parte, de la causa de muerte registrada es menor para las defunciones de personas de avanzada edad<sup>31</sup>.

4. Al ser las tasas de mortalidad indicativas tanto de la necesidad como del resultado de la atención sanitaria, puede darse el caso de que una fórmula que pondere según el IME penalice precisamente a las autoridades sanitarias regionales que han mostrado mayor eficiencia en su política sanitaria y hayan reducido, en consecuencia, el IME.

*Índice de Mortalidad Relativa (IMR):* Es una media ponderada del riesgo relativo de muerte por grupos de edad, en la comunidad, respecto al de la población estándar. El IMR enfatiza los cambios relativos en la mortalidad de los grupos de edad más joven, a diferencia del IME que implícitamente pondera más los cambios en la mortalidad de los grupos de mayor edad<sup>31</sup>. Existen otros índices de mortalidad (Yerushalmy, ratios de mortalidad específicos por edad...). Diversos índices suponen diferentes ponderaciones de la mortalidad a diferentes edades, estimaciones diversas acerca del riesgo de morir, intervalos de confianza también diferentes, etc., pero el pronunciamiento acerca de cuál es el índice de mortalidad más deseable como factor de ajuste para la asignación geográfica de recursos sanitarios depende, fundamentalmente, de dos factores: Primero, cuáles sean las prioridades sanitarias por lo que a grupos de edad se refiere (IME para priorizar las edades avanzadas, IMR o IAVPP -más adelante- para priorizar las edades jóvenes). En ausencia de una ponderación deliberada en función de prioridades de política sanitaria se ha recomendado técnicamente el empleo de un conjunto de ratios de mortalidad específica por edad<sup>32, 33</sup>. Segundo, cuál, de los diversos índices de mortalidad, constituye una mejor aproximación a la necesidad geográfica re-

lativa derivada de la morbilidad. Recordamos que los IME en la fórmula RAWP no tratan simplemente las diferencias en morbilidad, sino las diferencias geográficas en morbilidad que persisten una vez que la población ha sido ajustada por edad y sexo según tasas específicas de utilización.

*Índice de Años de Vida Potenciales Perdidos (IAVPP):* Explicita claramente el mayor valor otorgado a la muerte en edades tempranas. Constituye una forma más sumaria y gráfica de evaluación de la mortalidad prematura que el empleo de tasas de mortalidad según edad y sexo.

La actuación sobre los factores de riesgo, vulnerables, de las causas de muerte que más contribuían a la pérdida de años de vida potenciales constituyó el criterio base de la innovadora política sanitaria canadiense<sup>34</sup>. En nuestro país, los años de vida potenciales perdidos han sido calculados, con resultados muy ilustrativos, para el conjunto español<sup>35</sup>, así como para Catalunya<sup>36</sup>, y el municipio de Barcelona<sup>37</sup>.

*Morbilidad Registrada:* (Bajas, consultas al médico de cabecera, días de actividad restringida, etc.)<sup>26, 38</sup>. Los datos de morbilidad son menos precisos que los de mortalidad, de alcance más reducido que éstos y más caros de obtener si se quiere que sean independientes de la oferta de servicios sanitarios, lo que descarta el empleo de estadísticas de morbilidad registrada (utilización de servicios sanitarios). La utilización de servicios sanitarios viene explicitada por numerosos factores, entre los cuales la oferta existente pesa mucho. No tiene, pues, mucho sentido teórico emplear cifras de utilización (frecuentación hospitalaria, consultas a médicos, consumo de medicamentos...) en decisiones de asignación de recursos, ya que únicamente servirán para reforzar las pautas existentes en la oferta con bastante independencia de la distribución geográfica de la necesidad<sup>39</sup>. Sí tiene sentido práctico, en cambio, emplear cifras de utilización para efectuar decisiones de re-

distribución geográfica en la línea anteriormente expuesta en el ajuste por edad y sexo, donde no se cuestiona la adecuación de la oferta total sino únicamente la homogeneidad de su distribución espacial.

*Índice de Mortalidad Innesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (IMIPSE).* Todos los anteriores criterios de ajuste se aproximan a la necesidad para poder determinar una cantidad de recursos sanitarios en función de la diferente mortalidad, morbilidad, incapacidad,... Todos pueden pecar de la misma inconsecuencia: El plantear la medida de las diferencias en necesidad geográfica relativa de forma válida y fiable y el olvidar que la prescripción exclusiva de servicios sanitarios -proporcional al indicador o indicadores de necesidad- no es siempre la mejor forma de actuar sobre las desigualdades en estado de salud que los indicadores han detectado. de que el IME de la región A, por ejemplo, sea mayor que el IME de la región B no se deduce que los recursos sanitarios para la región A deban ser mayores, especialmente si la mortalidad de esta región estuviese compuesta fundamentalmente por causas escasamente influenciadas por los servicios sanitarios (accidentes, suicidios) y la mortalidad de la región B, en cambio, estuviese principalmente integrada por causas muy influenciadas por los servicios sanitarios (hipertensión arterial, infecciones bacterianas, etc.).

Para reducir las desigualdades en el estado de salud, se precisa una estrategia amplia que vaya más allá del campo estrictamente sanitario y actúe sobre los determinantes de las desigualdades (pobreza, educación, urbanismo,...), en la medida que éstos sean técnica y políticamente vulnerables. En cambio para conseguir igualdad de acceso a los servicios sanitarios en función de la necesidad (la concepción de equidad más usada entre muchas posibles<sup>40</sup> en consonancia, además, con la contenida en la Ley General de Sanidad) cabe pensar, primordialmente, en aquella morbilidad e incapacidad de mayor vulne-

rabilidad a esos recursos sanitarios, cuya distribución es el problema que nos ocupa.

Rutstein et al<sup>41, 42</sup> desarrollaron una relación de causas de enfermedad o incapacidad evitables o de mortalidad innecesariamente prematura. Estas causas se erigen en señal de alarma, algo que si todo hubiera ido correctamente no se hubiera producido.

Las causas de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), originariamente desarrolladas en base al juicio clínico, han sido estadísticamente confirmadas como tales, bien atendiendo a su evolución histórica<sup>43, 44</sup>, bien atendiendo a su dispersión geográfica<sup>45</sup>. Ambos tipos de análisis tienden a respaldar la tesis de que tales causas MIPSE son mucho más sensibles a la intervención sanitaria que el resto de las causas. Ahí está el quid de su atractivo. Atractivo que no se limita al control de calidad o al conocimiento estos eventos MIPSE nos proporcionan tanto del estado de salud como del funcionamiento de los servicios sanitarios en una sociedad determinada, sino que pueden extenderse a su utilización como índice que guíe la asignación de recursos sanitarios.

Para considerar la posible utilización de los eventos MIPSE como factor de ajuste de la población en la distribución geográfica de los recursos sanitarios, hemos analizado la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, en Catalunya, para el período 1975-1985, con el objetivo de explorar la validez, fiabilidad y sensibilidad de la misma como medida del producto de la atención sanitaria y evaluar la viabilidad de su utilización en España, primero, como guía para la asignación de recursos sanitarios (a través de los presupuestos públicos), y, segundo, como indicador de la calidad asistencial. Entendemos por fiabilidad la aptitud para proporcionar unos resultados uniformes del fenómeno objeto de estudio, por validez la aptitud para proporcionar unos resultados que reflejen realmente el fenómeno estudiado y no otro, por sensibilidad la capacidad de detectar cambios.

Los resultados hallados<sup>46</sup> apuntan que las causas MIPSE escogidas (tabla 3) constituyen un indicador válido de la cantidad y la calidad de la atención sanitaria, muy apropiado como señal de alarma de un eventual mal funcionamiento del sistema sanitario (accesibilidad insuficiente, inadecuado reconocimiento de problemas en la atención primaria y el consecuente diagnóstico tardío, no monitorización del grado de cumplimiento con ciertos tratamientos, actuaciones yatrogénicas...) y posible motivo de Encuesta Sanitaria. Las causas MIPSE pueden asimismo orientar las decisiones políticas de asignación de recursos en programas concretos, pero no son suficientemente fiables como para ser automáticamente incorporadas como mecanismo de ajuste en el cálculo de las asignaciones presupuestarias, pues a las limitaciones de todo análisis de la mortalidad en áreas pequeñas<sup>47, 48</sup> añaden, entre otras, el que las causas MIPSE constituyen, en nuestro país, un grupo progresivamente reducido.

*Medida directa de la salud:* Utilizar un índice de salud para comparar el estado de necesidad de las regiones. Es un índice de esperanza de vida ajustado a la salud, que combina mortalidad y diferentes estados de morbilidad, valora los estados mediante una escala cardinal y viene medido en años de vida sanos<sup>49</sup>. Ello requeriría encuestas de población periódicas que recogieran las valoraciones de los individuos de los diferentes estados de salud en el contexto de un sistema de información sanitaria muy desarrollado. Su interés teórico viene compensado por la imposibilidad de su generalización. Cabe, no obstante, irlo introduciendo, al igual que se está haciendo en otros países, en el ámbito de la alta tecnología.

*Criterio por acto o servicio sanitario:* Este criterio, que incluye los conocidos «estancia» y «visita» así como las variaciones sobre el mismo tema empleadas en nuestro país, viene, en gran parte, definido y explicado por la oferta existente<sup>39</sup>. Su utilización para

**Tabla 3. Causas de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable seleccionadas. Catalunya 1975-79, 83-84**

	EDAD	CIE-8	CIE-9	N
Enfermedades hipertensivas	5-64	400-404	401-405	366
Cáncer cuello útero	5-64	180	180	254
Neumonía bronquitis	5-49	480-486 490	480-483 485-486	743
Tuberculosis	5-64	011-019	010-018 490	905
Asma	5-49	493	493	109
Enfermedades reumáticas, crónicas del corazón	5-44	393-398	393-398	269
Infecciones respiratorias agudas	5-49	460-466 470-474	460-466 487	91
Infecciones bacterianas	5-64	004,034 320 381-383 390-392 680-686 710,720	004,034 320,322 381-383 390-392 680-686 711,730	192
Enfermedad de Hodgkin	5-34	201	201	95
Hernia abdominal	5-64	550-553	550-553	65
Colecistitis aguda y crónica	5-64	574-575	574-575	140
Apendicitis	5-64	540-543	540-543	58
Maternas	10-44	630-678	630-676	86
Anemias carenciales	5-64	280-281	280-281	23
<b>TOTAL</b>				<b>3.396</b>

**Fuente:** V. Ortún, R. Gispert. Exploración de la mortalidad prematura como guía política sanitaria e indicador de calidad asistencial.<sup>46</sup>

configurar la oferta futura no hace sino consolidar las desigualdades existentes ya que no presta atención a las diferencias en necesidad relativa, cuya satisfacción -como veíamos la razón de ser de los sistemas sanitarios que hacen el acceso a los servicios sanitarios independiente de la capacidad adquisitiva individual.

Como sistema de remuneración crea condiciones para inducir demanda<sup>50</sup>, contribuye a estimular el número de actos y a aumentar las tasas quirúrgicas<sup>51</sup>, insiste en el «hacer» más que en el «observar y escuchar», y favorece la alta tecnología y los cuidados secundario y terciario<sup>52</sup>.

Curiosamente, sus supuestas virtudes de fomentar la competencia y la productividad no parecen ser suficientes para compensar sus defectos, pues incluso en Estados Unidos donde el mercado juega el mayor papel en la asignación de recursos sanitarios y donde sólo un 42% del gasto sanitario es financiado públicamente, se observan movimientos de salida del paso por acto y tendencias hacia

el pago per cápita. En este contexto, emergen dos estrategias diferentes para hacer mayor uso de las fuerzas del mercado<sup>53</sup>. Una aboga por una mayor participación del usuario en el momento del consumo y mantiene el pago por acto<sup>54</sup>. La otra, en cambio, se basa en aseguradoras en competencia que proporcionan cobertura sanitaria total con facultativos remunerados per cápita además de participación en los beneficios de la aseguradora<sup>55</sup>.

El que el artículo 79 de la Ley General de Sanidad introduzca el ticket moderador o copago, las tasas como forma de financiación de la asistencia prestada puede no contribuir a reducir el consumo sanitario excesivo<sup>56</sup> y sí, en cambio, dar pábulo a la reclamación por parte de algún grupo profesional de «proveedores» sanitarios de ser, consecuentemente, remunerados por acto.

#### *Criterio por caso*

El criterio por caso, proceso o episodio, comparte con el criterio por

acto el inconveniente de que el número y composición de los casos vienen, en gran parte, explicados por la oferta existente. Su utilización, por tanto, para configurar la oferta futura (a través de la asignación presupuestaria de recursos) consolida diferencias y no presta atención a la necesidad.

La muy diferente composición de la patología hace que el caso deba ser ajustado. Los conciertos de asistencia de la Seguridad Social con los hospitales, al establecer tarifas distintas según tipos de hospitales, ajustaban ya, de forma burda, según complejidad, en la hipótesis implícita de que una estructura más sofisticada atendería a una patología más compleja. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico<sup>57</sup> constituyen, en la actualidad, la forma más conocida de ajuste del caso según complejidad de la patología. La consideración de la complejidad de la patología en cualquier decisión de asignación de recursos a hospitales que reclame para sí una cierta racionalidad parece inevitable. Ello, no obstante, no impide que desde el punto de vista de la eficiencia y la equidad, la asignación geográfica según per cápita ajustada y la introducción en la asignación por programas de criterios del estilo de «años de vida ajustados según calidad»<sup>17</sup> tengan mayor prioridad que la distribución de recursos hospitalarios entre hospitales según casos ajustados por complejidad.

#### **Distribución en la comunidad autónoma**

Al principio del artículo señalábamos cómo la distribución geográfica de recursos sanitarios financiados públicamente era, en España, asintóticamente poblacional. En el apartado correspondiente al criterio per cápita hemos considerado diversos ajustes al mismo que pueden hacer el reparto más equitativo y eficiente, de una forma coherente con la motivación del Sistema Nacional de Salud, que independiza, en gran parte, el acceso a los servicios sanitarios de la capaci-

dad adquisitiva individual. Situados, ya, en la comunidad autónoma, los repartos geográficos entre áreas (GEOG), por programas (PROG) y por centros (CENT) admiten seis ordenaciones secuenciales diferentes (GEOG-PROG-CENT, GEOG-CENT-PROG, PROG-GEOG-CENT, PROG-CENT-GEOG, CENT-PROG-GEOG, CENT-GEOG-PROG). De éstas sólo las tres primeras tienen sentido lógico. Dado que corresponde a cada comunidad autónoma cuidar de su propio equilibrio territorial y procurar la realización interna del principio de la solidaridad, parece indicado que la distribución geográfica de recursos en el seno de la propia comunidad autónoma se realice, de nuevo, y por las razones ya expuestas, según el criterio per cápita ajustada.

La Ley General de Sanidad pretende por otra parte, descentralizar la gestión en Areas de Salud y hacer que éstas proporcionen una asistencia integrada. Ello hace deseable que la distribución de recursos entre centros se efectúe en las áreas. Aquí el criterio per cápita ajustada ya no sirve y, en cambio, si parece indicado el criterio por caso ajustado según complejidad de la patología, especialmente para la presupuestación y «concertación» hospitalaria. No se trataría de establecer reembolsos individualizados a los hospitales, caso por caso, en función del Grupo Relacionado con el Diagnóstico, al estilo de los Estados Unidos, sino que lo más coherente podría ser el cálculo de un ajuste global al presupuesto o «concertación» hospitalario en función de un índice de complejidad de la patología atendida.

Cualquier cambio en la forma de distribuir recursos sanitarios en España deberá afrontar problemas de viabilidad administrativa y contemplar, además, la posibilidad de efectos imprevistos. Si la implantación gradual de los cambios no fuera factible, la prudencia científica y política aconsejaría la experimentación, previa a su implantación general, de cualquier nuevo sistema.

#### Bibliografía

1. Coll P. La financiación de los servicios sanitarios. El caso de España. *JANO* 1985; 656-H: 47-59.
2. López Casanovas G. Gasto Público y proceso presupuestario. En *IV Curso de Economía de la Salud*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 1985. (Mimeo).
3. OMS. Health for All Target Setting Group in Equity. Londres: no editado, 1982. Citado y traducido en: Artells J. Notes sobre equitat en la política. Libro de ponencias del IX Congrés AMIEV. Barcelona: AMIEV, 1983: 19-42.
4. Bohigas LI, Ortún V. Distribución de la despesa sanitària pública a Espanya: Anàlisi i propostes. En: *Primeras Jornadas de Economía de la Salud*. Barcelona: Colegio de Economistas de Catalunya, 1980: 317-355. Resumen, en castellano, publicado en *Policlinica* 1982; 16: 8-21.
5. González B. *El capital humano en el sector sanitario: La distribución de médicos en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979.
6. Miguel JM. *Estructura del sector sanitario*. Madrid: Tecnos, 1983.
7. Lopez Abente G., Gervas J., Errazola M. Análisis de las diferencias geográficas de mortalidad en España. *Medicina Clínica* 1985; 84: 264-267.
8. Canela J. *Análisis comparativo de la mortalidad por causas en España y otros países durante el período 1977-79*. Barcelona: Fac. de Medicina, Universidad de Barcelona, 1985. Tesis doctoral.
9. Porta M, Kritchevsky S. Mortalidad, renta per cápita y gasto de medicamentos en 50 provincias españolas. Comunicación al *Primer Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Barcelona: Comité Organizador del I Congreso Nal. de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1985.
10. Saturno P, Porta M, Ramis O, Ortún V. Regional differences in mortality in Spain: Influence of health care services and socioeconomic factors. Presentación a la *114 Reunión de la Asociación Americana de Salud Pública*. Las Vegas: Asociación Americana de S. Pública, 1986.
11. Brenner H. *Estimating the effects of economic change on national health and social well-being*. Washington: Joint Economic Committee, U.S. Gov. Printing Office, 1984.
12. INE. *Encuesta de Presupuestos Familiares 1980-81*. Madrid: INE, 1983.
13. Durán MA. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos, 1983.
14. Artells JJ. *Effectiveness and decision making in health planning context of emasures for the prevention of perinatal mortality and morbidity: the case of outpatient ante-natal care*. Oxford: Universidad de Oxford, 1981. Tesis doctoral.
15. Antó JM, Company A, Domingo A. *Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1985. (Estudis i Recerques; sèrie Salut Pública; 1).
16. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seg. Social. *Enquesta de Morbiditat Altèrbrat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. En prensa.
17. Torrance G. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Economics* 1986; 5: 1-30.
18. INE. *Encuesta de morbilidad hospitalaria 1983*. Madrid: INE, 1985.
19. Castells X, Sanjosé S, Cuervo J. Análisis de la frecuentación hospitalaria por provincias: Efectos de los ajustes por edad y sexo. *Gaseta Sanitària de Barcelona* 1986; 26: 48-56.
20. DHSS. *Sharing resources for health in England. Report of Resource Allocation Working Party*. London: HMSO, 1976.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan de centros de orientación familiar*. Madrid: M. de Sanidad y Consumo, 1984.
22. Perona JL. La distribución geográfica de los recursos sanitarios. En: Comisión de Economistas de la Salud. *Planificación y economía de la salud en las autonomías*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1986: 17-31.
23. García Durán J, Puig P. *La calidad de la vida en España*. Madrid: Moneda y Crédito, 1980: 287.
24. Mays N. *Measuring the need for health service resources. The SMR debate*. Londres: Dept. of Comm. Med. United Medical and Dental Schools of Guy's and St. Thomas Hospitals, 1986.
25. Snaith A. Subregional resource allocations in the National Health Service. *J Epid Comm Health* 1978; 32: 16-21.
26. Forster D. Mortality and resource allocation. *The Lancet* 1977; 1: 997-8.
27. Fox P. Managing health resources: English style. En: McLahlan G. ed. *By guess or by what? Information without design in the NHS*. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1977.
28. Brennan M, Clare P. Association of childhood mortality with housing status and unemployment. *J Epid Comm Health* 1978; 32: 28-33.
29. Brennan M, Clare P. The relationship between mortality and two indicators of morbidity. *J Epid Comm Health* 1980; 34: 134-5.
30. Townsend P, Simpson D, Tibbs N. *Inequalities in health in the city of Bristol: a preliminary review of statistical evidence*. Bristol: Dept. of Social Administration, Univ. de Bristol, 1982.
31. Palmer S, West P, Patrick D. Mortality indices in resource allocation. *Community Medicine* 1979; 1: 257-281.
32. Holland W, Charlton J, Patrick D, West P. *The RAWP Project*. Londres: Dept. Comm. Med. St. Thomas Hosp. Medical School, 1980.
33. Pinder D. Weighting population for their mortality experience. *Community Medicine* 1985; 7: 107-115.
34. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Gov. Printing Office, 1974.
35. García LA, Nolasco A, Bolumar F, Alvarez-Dardet C. Los años de vida perdidos: una forma de evaluar las muertes prematuras. *Medicina Clínica* 1986; 87: 55-57.
36. Generalitat de Catalunya, Gabinet Tècnic Dept. de Sanitat i Seg. Social. *Els anys de vida potencials perduts a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1984. (Mimeo).
37. Company A. *Mortalitat a la ciutat de Barcelona 1984*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1986. (Sèrie Estadístiques de Salut; 2).
38. Dajda R. Self-reported morbidity as an indicator for regional resource requirement. *J Epid Comm Health* 1979; 33: 138-141.