

# LA CONCENTRACIÓN DE LOS COSTES SANITARIOS PER CÁPITA Y EL CONTROL DEL RIESGO

Pere Ibern i Regás  
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

## Resumen

La elevada concentración del gasto sanitario en una proporción de población limitada ha sido objeto de estudio y análisis en el entorno norteamericano. Las limitaciones en las bases de datos disponibles para contrastar este hecho en nuestro país no han permitido hasta la fecha establecer conclusiones al respecto. En este artículo se analiza la concentración de los gastos sanitarios públicos en una mutualidad de asistencia sanitaria financiada públicamente y revisa las implicaciones para la política sanitaria y la investigación en servicios sanitarios. Se observa que para los gastos sanitarios totales, el nivel de concentración es similar al existente en EEUU en los años 70, un 5% de la población consume un 52% del gasto total. Las limitaciones del estudio cabe situarlas en el ámbito de análisis ya que incluye únicamente gasto público en asistencia sanitaria, y sería preferible conocer el gasto sanitario total *per capita*, pero no existen datos disponibles al respecto. La relevancia de las implicaciones para la política y la gestión de los servicios sanitarios que se extraen del artículo obliga a una reflexión profunda sobre la necesidad de una nueva estadística sanitaria que permita conocer mejor los costes, la utilización y el estado de salud individual.

**Palabras clave:** Costes sanitarios. Concentración. Selección de riesgo.

## CONCENTRATION OF SANITARY COSTS PER CAPITA AND RISK CONTROL

### Summary

The high concentration of sanitary expenses in a limited proportion of population has been object of study and analysis in the North-American environment. The limitations in the available data bases to contrast this fact in our country have allowed us to establish conclusions up to the present date about this matter. We analyse in this article the concentration of public sanitary expenses in a mutuality of sanitary assistance financed publicly and revises the implications it has on the sanitary policy and investigations in sanitary services. According to the total sanitary expenses, the level of concentration is similar to the one existing in the United States in the 70s, 5% of the population consumes 52% of the total expense. The limits of this study must be placed in the field of analysis since it only includes public expenses in sanitary assistance, and it should be advisable to know the total sanitary expenses per capita, but no available data have been found. The relevance of the implications for the policy and management of the sanitary expenses which can be extracted from this article makes us think deeply about the need of new sanitary statistics which allow us to know better the costs, use and state of individual health.

**Key words:** Sanitary costs; Concentration; Risk selection.

## Introducción

Desde que Berk, Monheit y Hagan<sup>1</sup> publicaron las primeras estimaciones de la concentración de los gastos sanitarios per cápita en EEUU, ha aumentado el interés en contrastar sus hallazgos en otros países. Sin embargo las dificultades en disponer de bases de datos que incorporen el conjunto de consumos sanitarios ha

limitado en la práctica la preocupación por este análisis. Los resultados de aquel estudio han sido actualizados recientemente<sup>2</sup> y muestran cómo el nivel de concentración en los usuarios de gasto superior ha aumentado para el período 1970-1987 (Tabla 1).

Los datos de la encuesta norteamericana de gasto médico "National Medical Expenditure Survey (NMES)" ofrecen información extensa respecto al

*Correspondencia:* Pere Ibern. Universitat Pompeu Fabra. Balmes 132. 08008 Barcelona.

Este artículo fue recibido el 7 de junio de 1994 y fue aceptado, tras revisión, el 31 de octubre de 1994.

**Tabla 1. Distribución del gasto sanitario individual en Estado Unidos, 1970-1987 según rango**

Porcentaje de población por rango de gasto	1970	1977	1980	1987
1% Superior	26	27	29	30
2% Superior	35	38	39	41
5% Superior	50	55	55	58
10% Superior	66	70	70	72
30% Superior	88	90	90	91
50% Superior	96	97	96	97
50% Restante	4	3	4	3

Fuente: Berk ML, Monheit AC. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs* (Winter 1992): 144-9.

impacto en el coste de las características sociodemográficas de la población y de su nivel de cobertura mediante seguros. En los resultados referidos a 1987 se observa que el 1% de la población consume el 30% del gasto, o que el 5% que más consume acumula el 58% de los gastos totales. En contraposición, después de ordenar el gasto sanitario en orden decreciente, el 50% inferior de población, sólo consume el 3% del gasto. Los usuarios situados en el 1% superior gastaron de media 47.331\$ mientras que el gasto medio por usuario fue de 1.865\$<sup>3</sup>.

Respecto a las personas incluidas en el 1% de grandes consumidores, el 48% tenían más de 65 años, mientras que este grupo de edad solamente representa el 12% de la población norteamericana. La media de gasto para los mayores de 65 años se situó en 4.840\$, mientras que para la población restante se encontraba en 1.420\$, más de tres veces menos. Esta encuesta de gastos médicos americana ofrece información extensa respecto al impacto de los gastos según las características sociodemográficas de la población y nivel de cobertura de riesgo mediante seguros.

Desgraciadamente no disponemos de información equivalente en nuestro país para contrastar estas afirmaciones con datos de encuesta amplia como es el caso norteamericano. Sin embargo, las afirmaciones relativas a la concentración o del impacto de la edad en los gastos sanitarios son argumentos esgrimidos habitualmente en los discursos de política sanitaria. La edad se considera como factor que contribuye al crecimiento del gasto de forma 'inevitable'<sup>4</sup>, y la concentración de gastos limita por ejemplo la extensión del modelo MUFACE al conjunto de la población a causa del impacto de la selección de riesgos<sup>5</sup>.

## Un ejemplo alternativo: datos y resultados

Dado que no disponemos de encuestas de gastos sanitarios totales, ya que la Encuesta de Presupuestos Familiares identifica únicamente los gastos privados a nivel de unidad familiar, la aproximación alternativa sería disponer de información de gastos sanitarios individuales financiados públicamente y observar su concentración. Las limitaciones de esta aproximación se encuentran en el desconocimiento de los gastos privados adicionales que se incurren, pero sabiendo que el gasto sanitario público representa el 78,6% del total y utilizando información del coste farmacéutico sufragado por el usuario en medicamentos subvencionados (7,6% del gasto privado<sup>7</sup>) podríamos acercarnos a explicar en torno al 80% de los gastos sanitarios individuales totales. El ámbito de este estudio se ha limitado al gasto público.

La base de datos del PAMEM (Prestaciones d'Assistència Mèdica al Personal Municipal), mutualidad del Ayuntamiento de Barcelona integrada en el Consorci Sanitari de Barcelona que cubre la asistencia sanitaria mediante financiación pública para sus funcionarios, permite conocer los consumos sanitarios individualizados ya que desde 1987 diseñó un sistema de información innovador<sup>8</sup>. Las prestaciones a las que tienen acceso los afiliados así como su nivel de participación en la financiación de la prestación farmacéutica es equivalente al del Sistema Nacional de Salud.

La base de datos incluye el conjunto de prestaciones y costes relativos a cada usuario, a nivel de hospitalización, visitas ambulatorias, farmacia y otras prestaciones, excepto los gastos ambulatorios de laboratorio. Los datos utilizados se refieren a los consumos sanitarios de 31.813 usuarios del PAMEM durante el año 1992. El número total de prestaciones incorporadas al análisis es de 724.917, de las cuales 2.285 se refieren a hospitalización, 202.915 a visitas ambulatorias, 452.565 a prestaciones farmacéuticas y 67.152 a otros servicios (rehabilitación, exploraciones, transporte sanitario,...). Para cada prestación recibida por usuario se dispone del coste pagado por el PAMEM al proveedor de los servicios. Se han aplicado procedimientos de agregación de los costes a nivel de usuario con el fin de describir posteriormente la concentración del gasto.

La base de datos no incluye gastos administrativos (costes de gestión, financieros y amortizaciones). Los afiliados que no han permanecido el conjunto del año en el PAMEM se incorporaron al análisis ya que el efecto de su exclusión impide

**Tabla 2. Distribución del gasto sanitario público individual en una mutualidad pública 1992 según rango**

Porcentaje de población por rango de gasto	Gasto total	Gasto hospitalización	Gasto ambulatorio	Gasto farmacia
1% Superior	26	55	29	18
2% Superior	36	75	39	28
5% Superior	52	98	55	46
10% Superior*	66	0	70	65
30% Superior*	89	0	90	93
50% Superior*	97	0	96	99
50% Restante*	3	0	4	1

Fuente: Elaboración propia. Base de datos PAMEM-Consorci Sanitari de Barcelona, 1992.

Nota: En la columna gasto hospitalización debe leerse como 94% restante en aquellos valores con\*.

analizar el consumo sanitario en el último año de vida, para aquellos que presentan como motivo de baja la defunción. La adopción de un ajuste para este conjunto de usuarios resulta un tanto complejo ya que la estimación de los esfuerzos para mantener la vida no puede extrapolarse proporcionalmente para el período no cubierto, y además deberían disponerse de datos correspondientes a más años para poder efectuar tal ajuste<sup>9</sup>.

Los detalles referidos a actividad y costes, así como otros aspectos institucionales pueden consultarse en la Memoria anual<sup>10</sup>.

Los resultados confirman los hallazgos previos de Berk y colaboradores referidos a la concentración de los gastos sanitarios individuales. En el PAMEM y para el año 1992, el 5% de los usuarios consume el 52% del total del gasto, o tan sólo el 1% de la población consume el 26% y el 50% que menos consume acumula tan sólo el 3% del gasto. Los demás porcentajes se corresponden con los resultados presentados por Berk y colaboradores para Estados Unidos para el año 1970. En Estados Unidos se ha procedido a una mayor concentración en los 20 años siguientes, hecho que sería de interés analizar en los próximos años en nuestro país.

Resulta de interés conocer además cómo este nivel de concentración no se distribuye de forma similar según áreas de gasto. En la misma tabla 2 se presentan resultados al respecto a los gastos de hospitalización, visitas ambulatorias, farmacia, y otros servicios (exploraciones, terapias y servicios auxiliares).

Los gastos en altas hospitalarias de enfermedades agudas suponen el 28% del gasto total y se reparten en el 5,6% de usuarios. Su nivel de concentración, ordenando el gasto de hospitalización de forma decreciente, resulta en que el 1% de población que más gasta en hospitalización, consume el 55%

de este tipo de gasto. El gasto ambulatorio (visitas y urgencias) representa el 22% del total del gasto y muestra un nivel de concentración más acorde con el gasto total. El 1% de los usuarios consume el 29% del gasto ambulatorio, mientras que el 50% que menos consume acumula el 4% de este gasto.

El gasto farmacéutico representa el 28% del gasto en servicios sanitarios (a efectos de comparar este porcentaje con otras estadísticas, debe recordarse que los gastos de gestión, inversiones y amortizaciones no se han incorporado al análisis). Se observa una importante concentración de gasto, el 1% de la población consume el 18% del gasto, mientras que el 50% que menos consume acumula el 1%. Para este gasto se dispone de la estadística de la misma base de datos referida a 1990<sup>11</sup> y se observa que ha disminuido la intensidad del gasto en los grandes consumidores (el 1% gastaba el 21,4% en 1990 y para los demás grupos también se observa disminución). Bajo el capítulo de otros gastos (22% del total) se han incorporado los costes de las exploraciones diagnósticas, tratamientos (rehabilitación, diálisis, intervenciones ambulatorias,...) y prestaciones complementarias (ortopedia, transporte sanitario,...). A causa de la diversidad de este conjunto de gastos y la difícil comparación con otros sistemas sanitarios distintos del PAMEM, no se presentan los resultados de concentración en la tabla.

### Envejecimiento y gasto sanitario

Para el caso español, en un estudio sobre descomposición del gasto sanitario, Pilar Coll<sup>12</sup> estima que los costes de la asistencia a una persona mayor de 65 años en España son 2,85 veces superiores a una persona menor de esa edad. En el caso del PAMEM, se ha calculado esta proporción y ha resultado ser de 2,95 para el año 1992 (120.781 ptas. anuales de media vs 40.898). Los mayores de 65 años suponen el 21% de los usuarios mientras que consumen el 44% del gasto.

La distribución del gasto sanitario según grupos de edad podemos observarlo en la tabla 3. El coste medio anual cambia considerablemente con el aumento de la edad, y llega al máximo en el grupo de 65 a 79 años, donde el 17% de población consume el 38% del gasto.

Más allá de observar el hecho que se consume más según la edad, algunos autores han tratado de evaluar la importancia del envejecimiento en la expansión del gasto sanitario, es decir fijarse en cuál es su contribución a la tasa de crecimiento de

**Tabla 3. Distribución del gasto sanitario público individual en una mutualidad pública 1992 según edad**

Edades	Usuarios	Porcentaje de población	Porcentaje de gasto	Coste medio anual (Ptas.)
0-14	4.187	13,2%	4,6%	20.275
15-29	6.580	20,7%	7,1%	19.909
30-44	5.843	18,4%	11,1%	35.058
45-64	8.013	25,2%	30,5%	69.951
65-79	5.605	17,6%	37,9%	124.418
>80	1.585	5,0%	8,7%	100.993
Total	31.813	100,0%	100,0%	57.797

Fuente: Elaboración propia. Base de datos PANEM-Consorci Sanitari de Barcelona, 1992.

los gastos. Getzen<sup>13</sup> ha señalado cómo los países de la OCDE han puesto excesivo énfasis en la contribución del envejecimiento al crecimiento del gasto y comenta cómo la consideración de este factor como exógeno libera de responsabilidad en la toma de decisiones políticas, siguiendo la posición de Evans<sup>4</sup>. Si no se consideran otras variables, el envejecimiento se asocia con incremento de gasto sanitario, sin embargo, este efecto según Getzen se debe a una relación secundaria entre envejecimiento, crecimiento de la renta *per capita* y otras variables omitidas. Cuando estos factores son controlados, no puede concluirse ninguna relación entre la estructura de edades y el impacto en el crecimiento de los costes sanitarios. A estos resultados controvertidos se añaden los que se han publicado recientemente en Estados Unidos por Mendelson y Schwartz<sup>14</sup>. Dichos autores exponen que la contribución del envejecimiento al gasto sanitario disminuirá para el período 1990-2005 y señalan cómo la tasa de crecimiento según grupo de edad entre 1977-1987 ha sido más elevada en el caso de los costes hospitalarios para menores de 19 años, mientras que los servicios médicos a los mayores de 65 años suponen menos de un 2% de crecimiento adicional que los jóvenes (12,44% vs 10,55%).

### Implicaciones y aplicaciones

Ante todo se impone una precaución necesaria. El nivel de concentración que se ha mostrado se refiere a una población afiliada a una organización sanitaria pública con acceso a prestaciones similares a las del Sistema Nacional de Salud; sin embargo no puede probarse que este conjunto de población refleje el comportamiento en costes equivalente al

general de la población que recibe sus servicios bajo un sistema de financiación pública.

A pesar de ello y teniendo en cuenta estudios similares, los resultados obtenidos nos permiten establecer una serie de implicaciones a nivel de la investigación en economía de la salud, así como a nivel de la política sanitaria.

### Investigación y Estadística

La importancia de la concentración de los gastos sanitarios y su efecto para la toma de decisiones no puede conocerse mediante las estadísticas disponibles en nuestro país. La necesidad de desarrollar esquemas de Estadística Nacional alternativos en el sector sanitario se ha puesto de relieve por varios autores<sup>15-17</sup>. A los desarrollos en encuestas de salud a los que se han dedicado importantes recursos últimamente, deberían establecerse en paralelo estadísticas de encuestas de gasto sanitario (más allá de la Encuesta de Presupuestos Familiares) y de utilización de servicios. Los ejemplos más conocidos de estos dos últimos aspectos son para el caso norteamericano, el 'National Medical Expenditure Survey' y respecto a la utilización, las encuestas de hospitalización, servicios ambulatorios y de larga estancia del National Center for Health Statistics.

El desarrollo de estudios aplicados de economía de la salud ve restringido su ámbito y potencial por las limitadas bases de datos y estadísticas disponibles. Sólo un ambicioso esfuerzo continuado en el tiempo, de carácter globalizador y no marginal puede aportar solución al respecto<sup>18</sup>. El análisis global de utilización y costes sanitarios individuales junto con información de estado de salud y hábitos de vida puede ofrecer una perspectiva más acorde con las necesidades de la política sanitaria. El estudio interdisciplinar desde esta perspectiva evitaría la parcelación existente entre epidemiología, demografía, sociología y economía. La publicación de estudios recientes en esta dirección avalan su potencialidad<sup>19,20</sup>.

### Gestión

Es obligatorio hacer referencia a las implicaciones de la concentración de los gastos en la gestión. Parece sorprendente la atención limitada que se presta a este hecho y que se podría explicar sólo por desconocimiento efectivo de los datos y por el interés de los proveedores sanitarios en maximizar los ingresos. En otro artículo anterior he argumentado que la inexistencia de la función de compra de servicios, desvinculada del papel de los proveedo-

res, que intente combinar adecuadamente las proporciones y costes de servicios adecuados *per capita* de control del gasto sanitario<sup>21</sup>.

De la observación de la concentración del gasto deberían corresponderse decisiones que trataran una mejor gestión de los usuarios de alto coste, ya que decisiones que aumenten la eficiencia sobre el 5% de los usuarios repercutirían en el 52% del gasto. Mientras las Áreas de Salud se mantengan en el papel de prestadores de servicios de asistencia primaria, en lugar de ser 'las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos' (Art. 56.2 de la Ley General de Sanidad), y mientras no se constituyan en órganos de gestión empresarial de dichas prestaciones y programas respecto a sus afiliados, no cabe esperar innovaciones en la gestión relevante para afrontar las evidencias de la concentración del gasto y una apuesta cierta por la efectividad de los tratamientos. En el marco de un sistema nacional de salud, sólo organizaciones del tipo del PAMEM, que nos ha permitido este análisis, podrían atender a estos objetivos.

#### Racionamiento

En el debate sobre las limitaciones al crecimiento del gasto sanitario ha aparecido la controversia sobre el racionamiento. El experimento de Oregón iniciado en febrero del año anterior ha aumentado la citada controversia sobre quien debe establecer la restricción, cómo y dónde<sup>22-24</sup>. Por su parte, Aaron<sup>25</sup> considera que más que la definición global de prioridades, la limitación en el crecimiento del gasto no puede olvidar el nivel de intensidad creciente en las patologías de alto coste.

La inexistencia de información sobre costes *per capita* impide explicar los costes de aquellos tratamientos que concentran gran volumen de gasto y analizar su nivel de efectividad. En lugar de acciones globales sobre prioridades en el gasto (el experimento de Oregón) resultaría de mayor interés y factibilidad para nuestro entorno limitar la atención a la efectividad de tratamientos de alto coste o alto volumen. En palabras de Rudolf Klein<sup>26</sup>: "deberíamos estar menos preocupados por lo que hay o no en el menú, y más por cómo está gestionado el restaurant. Si la incertidumbre y la información sesgada hace inevitable (y racional) dejar las decisiones a los cocineros -es decir, los médicos- el reto de la política reside en diseñar un sistema de incentivos adecuado".

Elwood<sup>27</sup> y su Outcomes Management Institute ha promovido por ejemplo el que grupos de médicos desarrollen y apliquen protocolos para evaluar los resultados de patologías de alto volumen y/o alto coste, mediante encuestas que valoran el estado de salud, exploraciones fisiológicas estandarizadas y elaboren bases de datos conjuntas que permitan el análisis posterior. Los resultados han empezado a aparecer y permiten entrever la potencialidad del instrumento<sup>28</sup>.

#### Reforma Sanitaria. Riesgo y descentralización organizativa

A nivel político, ante cualquier propuesta de participación de compañías de seguro privado, o 'competencia entre aseguradoras', deberá tenerse en cuenta que sin resolver *a priori* los ajustes necesarios en la fórmula de reembolso que evite selección de riesgos será preferible considerar opciones alternativas o el mantenimiento de la situación actual.

El estudio de Newhouse y colaboradores a partir de datos del 'Rand Health Insurance Experiment' estableció una serie de hallazgos relevantes al respecto. Sin ningún tipo de ajuste por riesgo, suponiendo que una aseguradora pudiera evitar el ingreso de un afiliado del que espera perder dinero y el conjunto de afiliados admitidos es una muestra aleatoria de la población rentable, en torno a la mitad de los ingresos recibidos (55%) sería beneficioso<sup>29</sup>. Si suponemos que se llegara a explicar el 70% de la varianza, nivel que sólo se consigue mediante indicadores de utilización previa, la proporción de beneficio por afiliado se situaría todavía en el 39% de los ingresos. Newhouse señala que la cantidad de beneficios que puede obtener una aseguradora mediante la explotación de su información privada de riesgo es una función no lineal de la citada información (lo que es exactamente contrario a lo que quiere el regulador) y sugiere que las investigaciones futuras al respecto sólo aportararan mejoras modestas. Así pues, los métodos existentes para ajustar riesgo se han mostrado de limitada aplicación a pesar de la amplia literatura al respecto y las propuestas apuntarían hacia pagos mixtos (parte retrospectiva y parte prospectiva)<sup>30</sup>. Algunas propuestas alternativas de carácter innovador que han aparecido en la literatura<sup>31</sup> vienen a corroborar las afirmaciones anteriores, ya que explican mediante 31 indicadores de estado de salud el 13,2% de la varianza de los costes, cuando los mismos autores exploraron la utilización previa como predictor de los costes y llegaron a explicar el 64%<sup>32</sup>.

Enthoven<sup>33</sup> en su esquema de "managed competition" propone la determinación del riesgo relativo entre distintas aseguradoras mediante la

información de las características de la población afiliada que así expresarían los costes esperados relativos entre aseguradoras. Cada aseguradora tendría un índice de riesgo relativo y por ejemplo la que tuviera un 1% superior significaría unos costes esperados medios superiores en la misma proporción. El valor monetario a establecer para dicho porcentaje superior de riesgo no resultaría tarea fácil, Enthoven señala que es una "opción política ya que no hay respuesta matemática correcta". Esta propuesta, así como la del grupo "Jackson Hole"<sup>34</sup> de establecer un proceso de negociación entre aseguradoras y financiador, donde este último desarrollara el papel de mediador experto no resulta convincente a la vista de la teoría económica de la regulación. La asimetría de información entre aseguradoras y regulador no se resuelve con el calificativo de "mediador experto" para este último, sino que se trata más bien de un "aprendiz".

Las entidades aseguradoras también disponen de modelos limitados de gestión de su cartera de riesgos actuales. La necesidad de comprender la heterogeneidad de los colectivos asegurados y los costes implicados ha llevado al desarrollo de nuevas metodologías de "fuzzy insurance"<sup>35</sup> o partición difusa de la heterogeneidad de la cartera<sup>36</sup> de aplicación muy limitada en el sector. Así pues la gestión del riesgo en este sector del seguro debe dotarse de instrumentos de gestión más innovadores que la restricción de las tarifas a los proveedores de servicios, primas según edad o actividades de selección de riesgos o prestaciones.

Si la competencia entre aseguradoras resulta compleja ante la dificultad de dar respuesta al ajuste del riesgo, deberíamos conceder mayor atención a la organización del sistema sanitario en cuanto a la separación de la función de compra de la de provisión. La función de compra (Áreas de Salud o Regiones Sanitarias) se responsabilizaría de la gestión del riesgo ("simulación de aseguradora"), la provisión de servicios quedaría en los hospitales y equipos de atención primaria. La gestión de las Áreas de Salud de acuerdo con la cobertura de riesgos específicos (hospitalización, ambulatorio, farmacia) y mediante la asignación de los fondos financieros correspondientes, podría mejorar la situación actual en la que los presupuestos según naturaleza de gasto son los que dirigen los flujos financieros. Este argumento ya se ha desarrollado con anterioridad en otra publicación<sup>37</sup>.

La configuración de organizaciones descentralizadas públicas como aseguradoras "simuladas" permitiría analizar las ventajas del experimento en términos de gestión (no en términos de elección del usuario) y además permitiría abrir

una transición hacia una posterior conversión en entidades aseguradoras reales (una vez resuelto el ajuste del riesgo) y garantizar elección entre aseguradora a los usuarios, resultando propuesto en el esquema de "managed competition" y semejante al modelo de MUFACE. A veces resulta más complejo definir el proceso de transición que el objetivo final esperado, en este sentido la definición de este camino a seguir debe resultar de una reflexión profunda más que de la toma de decisiones apresuradas a corto plazo para limitar el gasto sanitario.

#### *Salud y asignación de recursos*

El informe de Banco Mundial<sup>38</sup> relativo a 1993 ha propuesto un nuevo horizonte en las prioridades para "Invertir en Salud". El objetivo de los gobiernos respecto a la mejora del gasto público en salud debe conseguirse, entre otros aspectos, mediante la reducción de las intervenciones que aportan escasa mejora de la salud respecto los recursos aplicados. El informe presenta los resultados de la carga de morbilidad o pérdidas de vida saludable para 109 categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (novena revisión), mediante la estimación de los años ajustados por discapacidad. El enfoque equivalente de dirigir recursos hacia el aumento de la esperanza de vida activa resulta prometedor por cuanto evita la perspectiva consumista de los servicios sanitarios por una opción por la salud. Las limitaciones al cálculo de la esperanza de vida activa están siendo superadas en recientes investigaciones<sup>39</sup> y su utilización para organizaciones compradoras de servicios, como las que hemos señalado antes, supondría una innovación considerable para la gestión y asignación de recursos. Un buen ejemplo de la investigación reciente en esta dirección lo ofrece la comparación de los resultados en términos de esperanza de vida activa para distintas poblaciones sometidas a ofertas alternativas de servicios<sup>40</sup>. Sería deseable pues que al lado de información de costes *per capita* pudiéramos disponer en el futuro de la esperanza de vida activa de la población de referencia. De esta manera, la Política Sanitaria dispondría por su parte de un indicador que aportaría nueva información sobre la relación entre asignación de recursos y salud.

---

#### **Agradecimientos**

Este documento forma parte de la investigación sobre "Sistemes d'assignació de recursos en el SCS" en el

marco de la Comisión CADIRESS, del Servei Català de la Salut.

El PAMEM, entidad perteneciente al Consorci Sanitari de Barcelona ha facilitado las bases para este trabajo, y

especialmente el Dr. E. Spagnolo y el Dr. J.M. Picas han ofrecido su colaboración para el desarrollo de la investigación. Laura Pellisé ha colaborado en la elaboración de la base de datos para el análisis.

## Bibliografía

1. Berk ML, Monheit AC, Hagan MN. *How the U.S. spent its health care dollar, 1929-1980*. Health Affairs Fall 1988: 46-60.
2. Berk ML, Monheit AC. *The concentration of health expenditures: an update*. Health Affairs Winter 1992: 145-9.
3. Lefkowitz D, Monheit A. Health insurance, use of health services and health care expenditures (AHCPR Pub No. 92-0017). National Medical Expenditure Survey Research Findings 12, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD: Public Health Service, 1991.
4. Evans RG. Illusion of necessity: evading responsibility for choice in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1985; 10: 439-67.
5. Elola J. Situación actual y perspectivas de la regulación de la sanidad en España. *Información Comercial Española* 1993; 723: 149-57.
6. Barea J y cols. *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de recursos necesarios a medio plazo*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1991.
7. Rodríguez M, Murillo C, Calonge S. Evolución de la cuantía y la naturaleza del gasto privado en la década de los ochenta. *Hacienda Pública* 1993; Monografías 1: 143-53.
8. PAMEM. *Memòria 1987*. Barcelona, 1993.
9. Emanuel EJ, Emanuel LL. The economics of dying. *N Engl J Med* 1994; 330: 540-4.
10. PAMEM. *Memòria anual 1992*. Barcelona, 1993.
11. PAMEM. *Memòria 1990*. Barcelona, 1991.
12. Coll P. La dimensión del sector sanitario español. *Información Comercial Española* (1990) Mayo-Junio 75-87.
13. Getzen TE. Population aging and the growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology* 1992; 47: S98-104.
14. Mendelson DN, Schwarts WB. The effects of aging and population growth on health care costs. *Health Affairs* 1993; Spring: 119-25.
15. Wolfson MC. A system of Health Statistics, toward a new conceptual framework for integration health data. *Review of Income and Wealth* 1991; 37: 81-104.
16. Murillo C. Información estadística: abarca mucho y ¿aprieta poco? *Economía y Salud* 1993; 14: 1-2.
17. Physician Payment Review Commission. *Annual Report to Congress* 1993. Washington, 1994.
18. Office of Science and Data Development, AHCPR. The Feasibility of linking research related data-bases to federal and non-federal administrative data bases: report to Congress. DHSS, PFS, AHCPR, Report # 91-25. Rockville, MD, 1991.
19. Manton KG, Woodbury MA, Stallard E. Statistical and measurement issues in assessing the welfare status of aged individuals and populations. *Journal of Econometrics* 1991; 50: 151-81.
20. Manton KG, Woodbury MA, Stallard E, Corder LS. The use of grade of membership techniques to estimate regression relationships. *Sociological Methodology* 1992: 321-81.
21. Ibern P. Las funciones de financiación, compra y provisión de servicios en los sistemas nacionales de salud. *JANO* 1991; 41: 965: 54-65.
22. Kitzhaber JA. Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience. *Br Med J* 1993; 307: 373-7.
23. Wiener JM. Oregon's Plan for Health Care rationing. *The Brookings Review* 1992; (Winter) 26-31.
24. *The Economist*. Oregon's health experiment. April 23, 1994.
25. Aaron H. *Serious and unstable condition: financing America's health care*. Washington: The Brookings Institution, 1991.
26. Klein R. Can we restrict the health care menu? *Health Policy* 1994; 27: 103-12.
27. Elwood P. Outcomes management, a technology of patient experience. *N Engl J Med* 1988; 318: 1549-56.
28. Steinwachs DM, Wu AW, Skinner EA. Feasibility of outcomes management system implementation by employers and their managed care organizations. Maryland: Health Services Research and Development Center. Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health Baltimore, 1992.
29. Newhouse JP, Manning WG, Keeler EB, Sloss EM. Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization. *Health Care Financing Review* 1989; 10: 41-53.
30. Newhouse JP. Patients at risk: health reform and risk adjustment. *Health Affairs* 1994; (Spring): 132-46.
31. Manton KG, Newcomer R, Vertrees JC, Lowrimore GR, Harrington C. A method for adjusting capitation payments to managed care plans using multivariate patterns of health and functioning: the experience of Social/Health Maintenance Organization. *Medical Care* 1994; 32: 277-97.
32. Manton KG, Tolley HD, Vertrees JC. Controlling risk in capitation payment. *Medical Care* 1989; 27: 259-72.
33. Enthoven AM. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 1993; Supl: 24-48.
34. Elwood PM, Enthoven AM, Etheridge L. The Jackson Hole initiatives for a twenty-first century American health care system. *Health Economics* 1992; 1: 149-68.
35. Lemaire J. Fuzzy insurance. *Astin Bulletin* 1990; 20: 33-55.
36. Tolley HD, Manton KG. A grade of Membership method for partitioning heterogeneity in a collective. *Scor Notes International Actuarial Prize*, 1991: 121.
37. Ibern P. La compra y la producción de servicios sanitarios públicos. *Presupuesto y Gasto Público* 1993; 10: 95-100.
38. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington, 1993.
39. Manton KG, Stallard E, Liu K. Forecasts of active life expectancy: policy and fiscal implications. *Journal of Gerontology* 1993; 48: 11-26.
40. Manton KG, Newcomer R, Lowrimore GR, Vertrees JC, Harrington C. Social/Health Maintenance Organization and Fee-for-Service Health Outcomes over time. *Health Care Financing Review* 1993; 15: 173-202.

