



La eficiencia agregada del gasto público sanitario en una década partida en dos por la crisis económica

Ignacio Abásolo Alessón

Universidad de La Laguna

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

El concepto de eficiencia depende de los objetivos del sistema sanitario y éstos dependen a su vez de la ideología que lo inspira (Williams 1988, 1989). Bajo una ideología igualitaria (como la que emana de las leyes sanitarias de nuestro país), el objetivo del sistema sanitario es mejorar la salud del conjunto de la población, y eficiencia es sinónimo de conseguir dicho objetivo al menor coste posible.

La minimización de costes no debe entenderse, por tanto, como un fin exclusivo de los agentes con fin de lucro. Si no se minimizan costes, “se estarán utilizando recursos innecesaria o incorrectamente, pudiendo haber sido utilizados para mejorar la salud de alguien sin perjudicar la salud de otros” (Culyer 1991).

El concepto de eficiencia implica una aproximación ‘social’ al problema sanitario. Y la eficiencia del gasto sanitario público, por tanto, requiere poner en la balanza gastos (costes) públicos en sanidad (“cuánto se gasta, “en qué se gasta” y “cómo se gasta”) y resultados en términos de salud.

El “cuánto” (gasto medido en euros, en porcentaje del PIB o per capita) permite conocer el esfuerzo económico destinado a la sanidad pública, que tiene un coste de oportunidad. El “en qué” hace referencia, por ejemplo, a la comparación de los recursos destinados a aten-

ción primaria y especializada o si el nivel de gasto en farmacia o el peso del gasto en salud pública son los apropiados. El “cómo” refleja que hay distintas formas de producir servicios de salud financiados públicamente: hasta qué punto se invierte más en recursos humanos en detrimento de los gastos en capital (inversiones en infraestructuras y tecnología) o en consumos intermedios; o en qué medida se opta por la producción privada (concertos), como alternativa a la producción con medios propios.

Dado que no existe un mercado que valore monetariamente los beneficios del gasto sanitario público, no se puede medir la eficiencia de forma directa, con lo que es preciso buscar indicadores distintos del precio que midan el “outcome” del gasto sanitario. A pesar de las limitaciones que representa, por un lado, la carencia de información precisa sobre calidad de vida relacionada con la salud –especialmente a nivel agregado– y, por otro, que las mejoras de salud no son atribuibles ni única ni principalmente al gasto sanitario (público o total) (por ejemplo, Auster et al. 1972, Cochrane et al. 1978 o Leu 1986), los economistas de la salud no han renunciado a relacionar el gasto sanitario –además de con algunos indicadores de actividad– con alguna medida de la salud. Supondremos que la función de producción de salud es aditiva (Mc.Guire et al. 1992), de manera que, independientemente de que haya otros factores, el impacto del gasto público sanitario sobre la salud es independiente de los demás. A los indicadores de salud más tradicionalmente utilizados como las tasas de mortalidad, añadiremos otros que son más

sensibles al funcionamiento del sistema sanitario, como la mortalidad sanitariamente evitable o las hospitalizaciones potencialmente evitables.

Cuánto se gasta

El gasto sanitario público español en 2013 fue de 1.309€ por habitante y el 5,9% del PIB¹. En lo que sigue, tomaremos como referencia las 17 comunidades autónomas españolas (excluyendo Ceuta y Melilla) a lo largo de la década 2004-2013, distinguiendo dos sub-periodos: el pre-crisis 2004-2008 y el 2009-2013, caracterizado por recortes reactivos a la crisis. Se utilizan los datos del gasto sanitario público del Sistema Nacional de Salud del “Sector Comunidades Autónomas” para garantizar la comparabilidad de los datos de la comunidad canaria con los del conjunto de comunidades. Se excluye, por tanto, el 8% del gasto sanitario público que no está territorializado (Seguridad Social, Mutualidades de Funcionarios, Administración Central y Corporaciones Locales).

El cuadro 1 da respuesta a “cuánto se gasta”. El gasto público sanitario en Canarias ascendió en 2013 a 2.553 mill.€, con un peso del 6,3% del PIB, superior al correspondiente al conjunto español (5,4% del PIB). Aunque gasto sanitario y PIB per capita están positivamente relacionados (recuérdese que

¹. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. Principales resultados. Edición abril 2015. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.

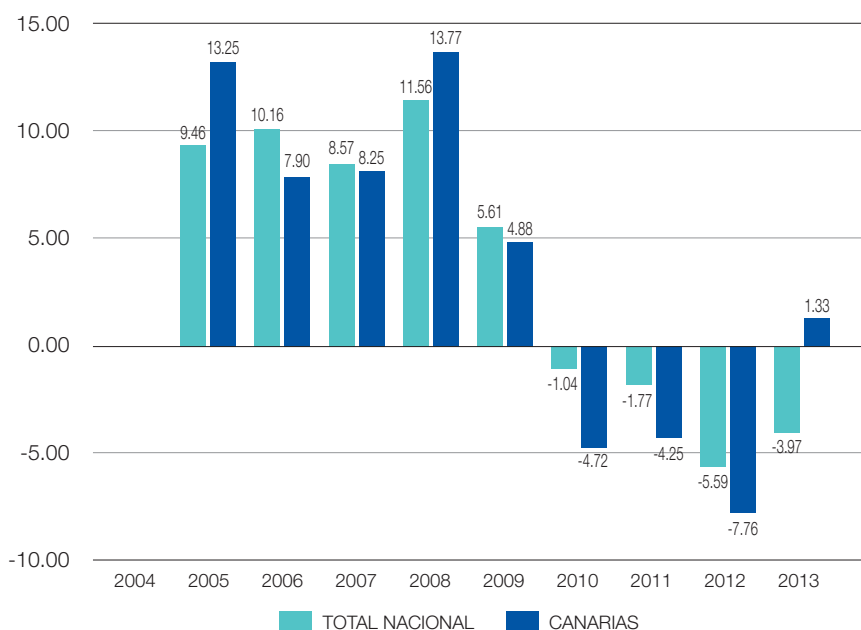


Canarias tiene un PIB per capita relativamente bajo en España), hay que tener en cuenta que parte de la financiación de servicios públicos esenciales de las comunidades autónomas, incluidos los de sanidad, provienen de transferencias de nivelación que persiguen la equidad territorial en el sistema de financiación autonómico. En el período 2004-08, el gasto sanitario público en Canarias creció un 50,5% (4 puntos por encima del conjunto español). La crisis económica empezó a notarse en 2009 con una ralentización del crecimiento del gasto, para pasar a crecimientos negativos a partir de 2010, más intensos en Canarias que en el conjunto estatal (figura 1). Concretamente, en Canarias, en los años 2009 a 2013 el gasto público sanitario se redujo a una media anual del 3,9% (3,1% para el conjunto español)². Nótese que a pesar de los recortes, el gasto sanitario público en Canarias en 2013 es un 34,6% superior al de 2004, en euros corrientes (en España, un 35,9%) y el gasto público per capita aumentó un 20,6% (22,9% en España).

En qué se gasta

La clasificación funcional del gasto da respuesta a “en qué se gasta” (figura 2). En 2013, los tres principales gastos son, por este orden, servicios hospitalarios y especializados, farmacia y servicios de atención primaria, quedando el gasto en salud pública a mucha distancia. Tras un 2004-2008 expansivo, con la crisis, los recortes

FIGURA 1. TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

afectaron a todas las funciones, aunque muy desigualmente: la inversión se desplomó (descenso del 61%), le siguió el gasto en salud pública (descenso del 31,3% hasta situarlo en un precario gasto per capita de 11€/año), a continuación farmacia (descenso del 22,8%), servicios especializados y hospitalarios (del 11,9%) y atención primaria (del 9,2%).

Canarias ha preservado más los recursos económicos destinados a atención primaria (cuyo peso relativo ha ganado terreno) que el conjunto del Estado. Las figuras 3 así lo reflejan:

2. La información del gasto privado en sanidad sólo disponible para el ámbito nacional (Sistema de Cuentas de Salud 2013 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), indica que, pese a la crisis, el gasto privado en sanidad creció en 2009-2013 a una tasa anual media del 2,3% lo que plantea distintas hipótesis (eg. que la desinversión haya llevado a un deterioro de la sanidad pública en términos de tiempos de espera que haya animado la demanda privada de sanidad) que son difícilmente contrastables a nivel autonómico con la información de la que se dispone.

CUADRO 1. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA COMUNIDAD CANARIA Y CONJUNTO ESPAÑOL (MILLONES DE EUROS, %).

Comunidad Canaria	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros	1,897	2,148	2,318	2,509	2,855	2,994	2,852	2,731	2,519	2,553
Porcentaje PIB	5.5	5.8	5.9	6.0	6.7	7.4	6.9	6.6	6.2	6.3
Per capita	1,024	1,131	1,191	1,260	1,409	1,464	1,381	1,309	1,197	1,207
Conjunto Español	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros	41,743	45,693	50,337	54,650	60,965	64,387	63,718	62,593	59,094	56,746
Porcentaje PIB	4.9	4.9	5.0	5.1	5.7	6.2	6.1	5.9	5.6	5.4
Per capita	967	1,042	1,128	1,201	1,323	1,390	1,370	1,342	1,269	1,224

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO) E INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.

comparando con el Estado (base 100), en Canarias, el gasto en atención primaria per capita ha tenido un peso sistemáticamente menor y el de atención especializada mayor, diferencias que se han ido reduciendo, para terminar en 2013 en torno a la media nacional.

A pesar de dicha evolución, nótese que, en 2013, el gasto per capita en atención hospitalaria y especializada sigue cuadruplicando al de atención primaria (figuras 3). La crisis económica no se ha aprovechado (tampoco a nivel nacional) para reducir esta diferencia en un sistema nacional de salud que pocos dudan calificar como hospitalocentrista, especial-

mente teniendo en cuenta que una atención primaria bien dotada y organizada es capaz de resolver hasta el 90% de los casos tratados en el sistema de salud. La caída en el gasto per capita en farmacia en el período 2009-13 tanto en Canarias como en España, responde a sucesivas medidas tomadas desde 2010, primero incidiendo fundamentalmente en precios y a raíz del RDL16/2012 también en cantidades(Puig-Junoy et al., 2014).

Por otro lado, aunque no hay datos oficiales de gasto público en farmacia hospitalaria, los existentes sugieren que es una de las partidas con mayor presión expansiva(López-Casasnovas

y González López-Valcarcel, 2015) en parte por el avance tecnológico y en parte por la deficiente arquitectura institucional de las decisiones de financiación pública, precios y cobertura.

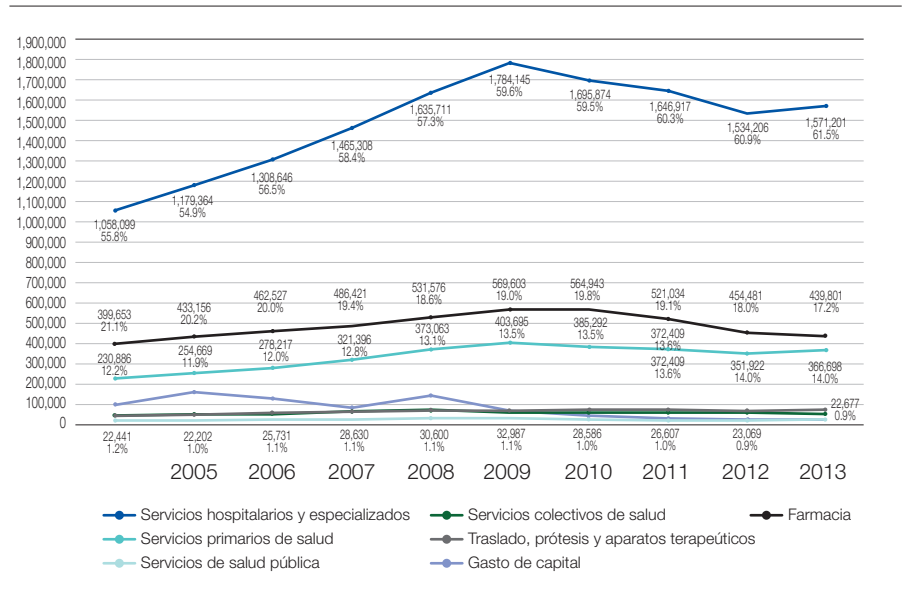
Cómo se gasta

El “cómo se gasta” tiene que ver con la clasificación económica del gasto (figura 4). En 2013, los tres principales capítulos de gasto (excluyendo las transferencias corrientes) son, por este orden, personal, consumos intermedios y conciertos, quedando el gasto en capital a mucha distancia. Al período expansivo del gasto de 2002 a 2008, le siguió una caída en todos los capítulos económicos, siendo las partidas de gasto que han ganado peso en Canarias (por haber disminuido relativamente menos) los conciertos (del 9,6% en 2009 al 10,6% en 2013) y las remuneraciones de personal (del 47,3% al 49,8%), mientras que pierden peso el gasto en capital (del 5,1% en 2008 –este ajuste empezó un año antes- al 1,3%) y los consumos intermedios (del 21,5% al 21,1%).

Outputs Sanitarios (Actividad)

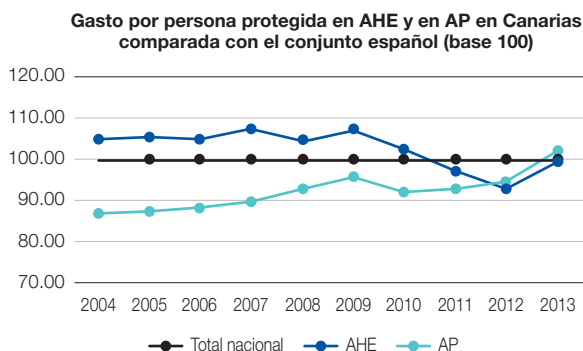
Una primera aproximación al retorno obtenido del gasto sanitario público puede hacerse midiendo algunos indicadores de productividad. Con respecto al nivel primario de atención, el cuadro 2 refleja dos cosas. Por un lado, que comparado con el conjunto español,

FIGURA 2. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS). MILES DE EUROS SOBRE EL TOTAL



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

FIGURAS 3.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

en Canarias hay una mayor carga poblacional por profesional (en promedio, un 8% y un 4% más, respectivamente, en medicina de familia y en enfermería) y una mayor frecuentación en medicina general (en promedio un 6% más) y menor en enfermería (un 16% menos).

Por otro, que entre 2009 y el 2013 ha habido una caída de la frecuentación al médico general en el Estado del 13% (del 9% en Canarias). A ello podría haber contribuido el aumento del desem-

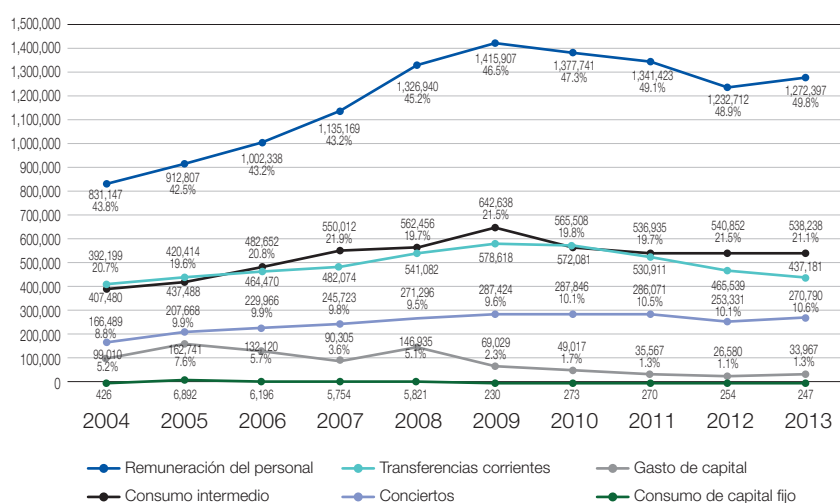
pleo y el cambio en la legislación laboral (eg. menos demanda de consultas para solicitar bajas laborales) o la consolidación de la receta electrónica (eg. menos demanda de consultas para recetas). Si las visitas que se reducen son las burocráticas, ello liberaría tiempo para actividades más generadoras de salud (eg. visitas a domicilio, coordinación del equipo, salud comunitaria, etc.). Ese efecto se vería potenciado, además, por la mayor disponibilidad de horas de tra-

bajo (con la misma plantilla) tras el aumento de la jornada laboral de 35 a 37,5 horas y la suspensión de los días de permiso. De todo esto se deduce que la productividad aparente en atención primaria debería haber caído en los últimos años. En todo caso, especialmente en el margen, más actividad no está necesariamente asociada a más mejoras de salud, sobre todo en las circunstancias económicas tras 2009.

Respecto a la dotación en atención hospitalaria y especializada (cuadro 3), señalar que, en relación con el conjunto español, en Canarias hay una relativa menor dotación por habitante tanto de recursos humanos (en promedio de todo el período, un 15% menos de médicos vinculados y 8% menos enfermeros vinculados, por mil habitantes) como de algunos recursos tecnológicos (un 55% menos de Resonancias Nucleares Magnéticas o un 25% menos de T.A.C., por millón de habitantes), así como del número de camas en funcionamiento (un 9% menos). Además, las diferencias anuales, lejos de mantenerse, han aumentado en el período 2009-13.

La menor dotación de médicos podría explicar, al menos en parte, la relativa menor tasa de consultas por mil habitantes en Canarias para todo el período (un 8% menos en promedio pa-

FIGURA 4. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS). MILES DE EUROS SOBRE EL TOTAL



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

Año	Población por profesional en atención primaria				Frecuentación ajustada atención primaria			
	Medicina de familia		Enfermería		Medicina de familia		Enfermería	
	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España
2004	1,711	1,484	1,855	1,709	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2005	1,679	1,487	1,773	1,698	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2006	1,604	1,441	1,763	1,627	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2007	1,568	1,426	1,635	1,658	5.75	4.91	1.69	1.83
2008	1,519	1,410	1,723	1,663	5.79	5.71	1.90	2.51
2009	1,509	1,411	1,657	1,626	5.73	5.57	1.98	2.51
2010	1,467	1,398	1,678	1,606	5.42	5.26	1.95	2.39
2011	1,452	1,385	1,652	1,577	5.44	5.35	2.05	2.40
2012	1,397	1,356	1,603	1,557	5.35	4.84	2.06	2.32
2013	1,407	1,372	1,614	1,546	5.23	4.84	2.05	2.36
Promedio	1,531	1,417	1,695	1,627	5.53	5.21	1.95	2.33
Diferencia	8.07		4.22		6.11		-16.18	

FUENTE: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (SIAP), DATOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
NOTA: FRECUENTACIÓN AJUSTADA EN A.P. = NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS/POBLACIÓN ASIGNADA (AJUSTADA POR EDAD DE LA FRECUENTACIÓN).

ra todo el período), diferencia que se acentúa desde 2010 (cuadro 4). Algo parecido ocurre con la frecuentación de urgencias hospitalarias, que es estructuralmente menor en Canarias (un 33% menos en promedio para el período). Por otra parte, en Canarias hay (en comparación con el conjunto español) un alto índice de ocupación hospitalaria (en torno a un 83%, superior en

2 puntos a la del Estado) motivado fundamentalmente por una estancia media relativamente alta (un 36% mayor en promedio en Canarias) y no por un alto índice de productividad (un 24% menor en promedio en Canarias). Un estudio previo halló resultados similares a estos últimos para Canarias en los años 90, que no podían ser explicados por diferencias en el case-mix (Abásolo 1998).

Resultados finales (Salud)

En relación con los resultados de salud, hemos considerado, además de la mortalidad por el total de causas (clasificación CIE-10), la mortalidad evitable (Gispert et al. 2006).

La figura 5 muestra que, aunque hay una tendencia decreciente a lo largo de todo el período, la mortalidad por todas las causas es mayor en Canarias que

CUADRO 3.

Año	Dotación de recursos humanos en atención especializada				Dotación de camas y equipos de diagnóstico especializada					
	Médicos/1.000 H.		Enfermeros/1.000 H.		RMN/millón H.		TAC/millón H.		Camas fun./millón H.	
	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España
2004	1.26	1.45	2.23	2.43	1.59	2.97	7.42	8.81	2.47	2.43
2005	1.24	1.46	2.34	2.46	1.55	3.23	7.77	8.71	2.43	2.38
2006	1.26	1.50	2.30	2.52	1.52	3.18	7.6	8.49	2.21	2.36
2007	1.31	1.55	2.47	2.59	1.49	3.57	7.43	9.23	2.18	2.34
2008	1.33	1.61	2.48	2.65	1.46	3.73	7.76	9.61	2.14	2.31
2009	1.36	1.66	2.48	2.70	1.92	4.09	8.15	10.08	2.11	2.28
2010	1.40	1.67	2.68	2.96	2.39	5.58	7.17	10.77	2.07	2.51
2011	1.41	1.68	2.64	2.93	2.37	6.03	7.12	11.30	2.06	2.46
2012	1.37	1.68	2.52	2.87	2.83	6.22	7.07	11.55	2.02	2.41
2013	1.39	1.65	2.60	2.84	2.85	6.33	7.11	11.46	2.02	2.35
Promedio	1.33	1.59	2.47	2.69	2.00	4.49	7.46	10.00	2.17	2.38
Diferencia	-16.21		-8.18		-55.55		-25.41		-8.90	

FUENTE: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. DATOS DE 2004 A 2009 (ESTADÍSTICA DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO EESRI) Y DATOS DE 2010 A 2013 (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SIAE), DATOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

NOTA: SON MÉDICOS Y ENFERMEROS VINULADOS.

CUADRO 4.

Año	Actividad en atención hospitalaria y especializada									
	Consultas/1.000 H.		Índice de productividad		Ocupación		Estancia media		Frecuen. urgencias	
	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España
2004	1,438.85	1,467.85	25.4	36.57	85.61	82.51	12.29	8.24	298.53	450.76
2005	1,401.89	1,452.79	24.9	36.86	86.29	82.81	12.65	8.20	298.26	453.37
2006	1,359.46	1,457.34	27.7	37.03	84.37	81.88	11.12	8.07	300.22	460.48
2007	1,343.68	1,484.23	27.7	37.31	82.74	82.25	10.89	8.05	319.25	464.86
2008	1,364.81	1,498.39	28.8	37.59	82.27	81.47	10.43	7.91	314.83	457.25
2009	1,551.02	1,524.97	28.9	37.63	82.43	80.33	10.39	7.79	315.34	461.96
2010	1,396.23	1,613.47	28.8	35.06	81.08	79.79	10.28	8.31	300.68	454.93
2011	1,436.17	1,636.16	28.3	35.28	80.52	78.69	10.39	8.14	296.18	455.51
2012	1,436.95	1,632.56	28.0	35.81	81.44	79.15	10.62	8.07	285.55	438.77
2013	1,474.86	1,666.58	28.2	36.35	80.01	79.22	10.37	7.95	278.25	440.38
Promedio	1,420.39	1,543.38	27.67	36.55	82.67	80.81	10.94	8.07	300.71	453.83
Diferencia	-7.97		-24.30		2.31		35.58		-33.74	

FUENTE: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. DATOS DE 2004 A 2009 (ESTADÍSTICA DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO EESRI) Y DATOS DE 2010 A 2013 (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SIAE)

NOTA: ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD = Nº ALTAS ANUALES/Nº CAMAS EN FUNCIONAMIENTO. OCUPACIÓN = Nº ESTANCIAS ANUALES/Nº DÍAS DE CAMA DISPONIBLE ANUALES. ESTANCIA MEDIA = Nº ESTANCIAS ANUALES/Nº ALTAS ANUALES. FRECUENTACIÓN URGENCIAS = Nº VISITAS ANUALES X 1.000/POBLACIÓN CENSADA.

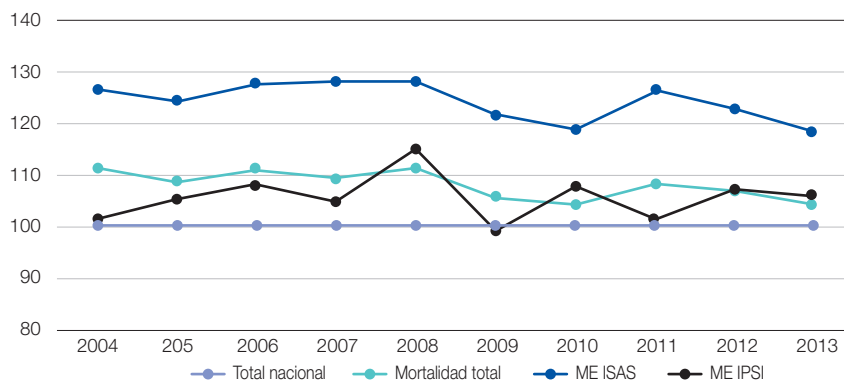


en el conjunto español. Respecto a la mortalidad evitable por causas IPSI (relacionadas con las políticas intersectoriales) las tasas –con mayor variabilidad interanual que las otras tasas de mortalidad- están cercanas a las del conjunto nacional (aunque se mantienen sensiblemente por encima). Sin embargo, las tasas de mortalidad evitable por causas ISAS (relacionadas con el sistema sanitario) son significativamente mayores en Canarias a lo largo de todo el período analizado, lo que indicaría que hay mejoras potenciales de eficiencia que deben ser investigadas.

Otro indicador de la eficiencia del sistema sanitario público (y en particular del desempeño del nivel de atención primaria) basado en “outcomes” es el de las hospitalizaciones potencialmente evitables, es decir, por patologías de larga evolución que precisan de tratamiento principalmente en el ámbito de la atención primaria, de manera que su tasa de hospitalización sería un indicador indirecto de la efectividad de la provisión de los servicios en dicho nivel de atención. Estas tasas son sistemáticamente menores en Canarias (figuras 6). Por causas, este patrón se repite en enfermedad pulmonar, en insuficiencia cardíaca, en neumonía y en infección del tracto urinario. Sólo en hipertensión los resultados son similares a los del conjunto nacional. Esta evidencia puede indicar una efectividad relativamente mayor de la atención primaria en Canarias respecto al sistema nacional de salud. Además, la relativa menor dotación económica y de inputs de la Comunidad Canaria durante la mayor parte de esta década no hace más que reforzar esta conclusión.

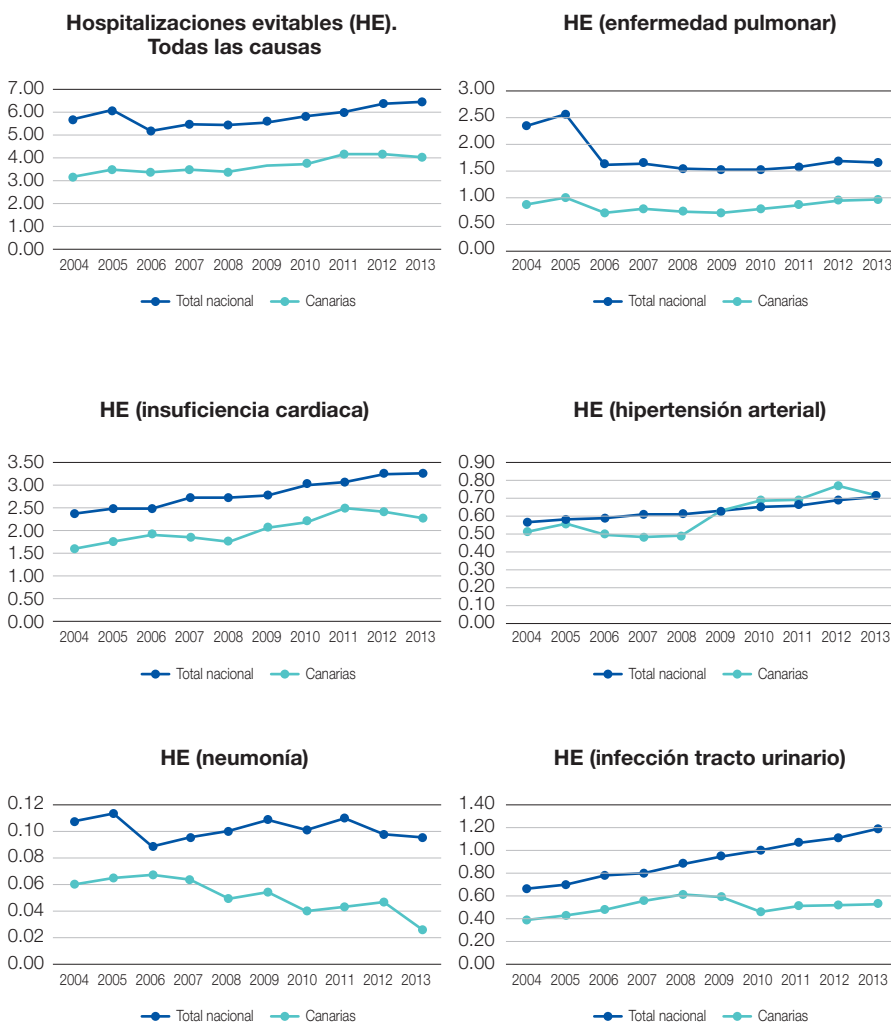
Respecto al nivel de atención especializada, un indicador de salud disponible es la tasa de mortalidad hospitalaria (el inconveniente es que depende en buena medida del grado de adecuación de los ingresos –a mayor adecuación, mayor mortalidad-), que está en torno a la media nacional. Otros indicadores de calidad de la atención hospitalaria relacionados con la salud muestran resultados dispares: las tasas de reingresos en

FIGURA 5. MORTALIDAD Y MORTALIDAD EVITABLE EN CANARIAS COMPARADO CON EL CONJUNTO ESPAÑOL (BASE 100)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, MORTALIDAD TOTAL. (TASAS DE MORTALIDAD AJUSTADAS POR EDAD CIE-10) Y MORTALIDAD EVITABLE, CALCULADAS CON DICHAS TASAS DE MORTALIDAD, SELECCIONANDO LAS CAUSAS ISAS E IPSI DEFINIDAS EN GISPERT ET AL. 2006).

FIGURAS 6.



NOTA: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. INDICADORES Y EJES DE ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL SNS (2004-2013).



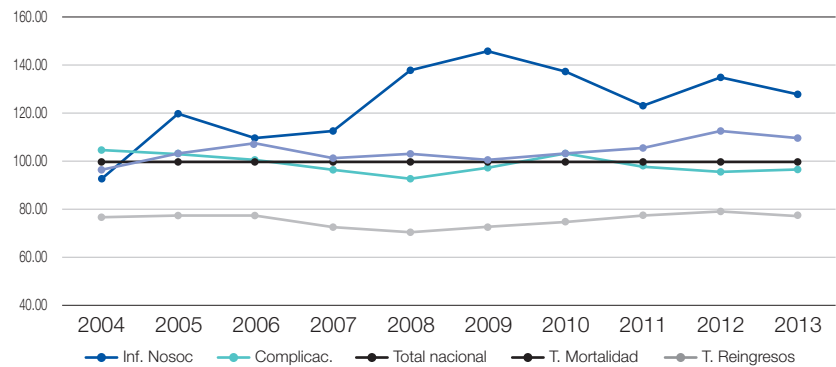
Canarias son significativamente menores que en el conjunto español, las tasas de complicaciones son parecidas a las de la media estatal, mientras que las tasas de infección nosocomial son notablemente superiores en Canarias (figura 7). Hay que señalar que la tasa de infección nosocomial es muy sensible al mix de tipos de pacientes ingresados, pues son los quirúrgicos los que tienen mayor riesgo de infección.

Limitaciones a tener en cuenta

Primero, la ya de por sí débil relación positiva entre gasto sanitario y salud puede esconder relaciones de ambos factores con terceras variables (estilos de vida, nivel socioeconómico, área de residencia, etc.). Segundo, aunque hemos utilizado indicadores de salud, en cierto grado relacionados con el desempeño del sistema sanitario, debe recordarse que no son sensibles a la eficacia de muchos servicios sanitarios sino más bien a la difusión de nuevas tecnologías. Además, el output del gasto sanitario no es únicamente salvar vidas sino también mejorar la calidad de las mismas (que no se ha cuantificado en esta aportación) hecho que adquiere especial relevancia cuando la incidencia de la morbilidad en las últimas décadas está dando un giro hacia las enfermedades crónicas. Por tanto, la cuestión sobre si mayores niveles de gasto sanitario mejorarían la salud de los ciudadanos no puede ser contestada sin medidas más refinadas de los resultados y más desagregadas de los costes.

En el otro lado de la balanza, hay que decir que los estudios de este tipo (con unidades de análisis agregadas –como el gasto sanitario, sus principales componentes o los indicadores poblacionales de salud–) también ofrecen una valiosa información ya que detectan patrones o tendencias regionales, especialmente en períodos con cambios bruscos en el entorno económico, como la década que hemos analizado, y permiten formular hipótesis y abrir nuevas líneas de investigación. ◆

FIGURA 7. INDICADORES DE CALIDAD HOSPITALARIA EN CANARIAS EN COMPARACIÓN CON EL CONJUNTO NACIONAL (BASE=100).



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. INDICADORES Y EJES DE ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL SNS (2004-2013).

NOTAS: TASA DE MORTALIDAD=% ALTAS POR FALLECIMIENTO. TASA DE REINGRESOS=% INGRESOS QUE SE PRODUCEN EN UN PERIODO DE TIEMPO DELIMITADO DESPUÉS DE UN ALTA PREVIA. TASA DE COMPLICACIONES=ALTAS QUE HAN CURSADO DURANTE SU INGRESO CON AL MENOS UNA COMPLICACIÓN.

REFERENCIAS

- ABÁSOLO I. 1998.** La economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria 1989
- 1993.** Editado por el Servicio Canario de la Salud del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.
- AUSTER R. ET AL. 1972.** The production of health: an exploratory study” en Essays in the economics of health and medical care, Fuchs V. ed. NBER.
- COCHRANE A. ET AL. 1978.** Health service input and mortality output in developed countries” *Journal of Epidemiology and Community Health*; 32: 200-205.
- CULYER A.J. 1991.** The promise of a reformed N.H.S.: an economist angle, *British Medical Journal*, 302: 1253-56.
- GISPERT R., ARÁN BARÉS M., PUIGDEFÀBREGAS A.** y el Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable. 2006. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España, *Gaceta Sanitaria*, 20(3): 184-93.
- LEU R. 1986.** The public-private mix and international health care costs, en Culyer A.J. and Jönsson B. (eds.) Public and private health services, Basil Blackwell. Oxford.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. & GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. 2015.** El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer. *Papeles de Economía Española*, 147.
- MC GUIRE A., HENDERSON J. Y MOONEY G. 1988.** The Economics of Health Care International Library of Economics. London.
- PUIG-JUNOY, J., RODRÍGUEZ-FEIJOO, S. & LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. G. 2014.** Paying for Formerly Free Medicines in Spain After 1 Year of Co-Payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions. *Appl Health Econ Health Policy*.
- WILLIAMS A. 1988.** Priority-setting in public and private health care systems: a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*, 7: 173-183.
- WILLIAMS A. 1989.** Creating a health care market: Ideology, efficiency, ethics and clinical freedom. *NHS White Paper. Occasional Papers*, 5, March. Centre for Health Economics, York.