

# El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea

J. Simó Miñana<sup>a</sup>, J. Gervas Camacho<sup>b</sup>, M. Seguí Díaz<sup>c</sup>, R. de Pablo González<sup>d</sup> y J. Domínguez Velázquez<sup>e</sup>

**Objetivo.** Describir la evolución de la distribución de fondos en nuestro sistema sanitario desde el inicio de la reforma de atención primaria hasta 2001, en comparación con la de los países europeos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

**Diseño.** Estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo.

**Emplazamiento.** Países de la OCDE.

**Participantes.** Países europeos de la OCDE.

**Mediciones.** Se utilizan datos de la base Health Data 2003 (OCDE) referidos al período 1985-2001 respecto a variables de gasto sanitario por sectores y de renta. Se comparan los datos españoles con los del conjunto de los 22 países europeos de la OCDE.

**Resultados.** Europa aumentó el gasto ambulatorio público, tanto como porcentaje del gasto sanitario público como del producto interior bruto (PIB). España redujo el gasto ambulatorio público en ambos sentidos. Nuestro gasto hospitalario público recuperó gran parte del retraso respecto a Europa y desde 1995 se encuentra, como parte del PIB, en la media europea y, en términos per cápita, acorde con nuestra renta. Sin embargo, nuestro gasto ambulatorio público como parte del PIB es muy inferior al promedio europeo y, per capita, muy inferior a nuestra renta. Nuestro gasto ambulatorio privado es de los más altos de Europa y, en relación con ella, muy superior a nuestra renta, al contrario que su homónimo público. Nuestro gasto privado hospitalario es de los más bajos de Europa y, en relación con ella, muy inferior a nuestra renta.

**Conclusiones.** Respecto a los recursos públicos comprometidos, la reforma de la atención primaria española no ha servido para aproximarla a Europa, tal y como sí lo ha hecho nuestro nivel hospitalario. La distancia entre España y Europa en el esfuerzo público ambulatorio es incluso mayor que la que había al inicio de la reforma.

**Palabras clave:** Gasto sanitario. OCDE. Servicios sanitarios. Atención primaria.

SPANISH HEALTH CARE EXPENDITURE IN COMPARISON WITH DEVELOPED EUROPE, 1985-2001. THE SPANISH PRIMARY CARE, EUROPEAN CINDERELLA.

**Objective.** To describe the evolution of the funds distribution in our health care system since the start of the primary care reform to 2001, in comparison with the European countries members of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

**Design.** A longitudinal descriptive and retrospective study.

**Participants.** European countries members of the OECD.

**Setting.** Countries members of the OECD.

**Methods.** The data come from the OECD database Health Data 2003. The data refer to period 1985-2001, and to a group of variables of health care expenditure by sectors and of income (Gross Domestic Product [GDP] per capita). We compare Spanish data series with those of the group of 22 European members countries of the OECD.

**Results.** Europe increased public expenditure on out-patient care both as a percentage of public health care expenditure and as a percentage of GDP. Spain reduced public expenditure on out-patient care in both senses. Spanish public expenditure on in-patient care reduced a great part of its difference with Europe so that since 1995 it is found, as a percentage of GDP, in the European average and, as per capita, it is according with the Spanish income. In contrast, public expenditure on out-patient care as a percentage of GDP in Spain is very much lower than the European average and, as *per capita*, is very much lower than the Spanish income. The Spanish private expenditure on out-patient is found among the highest in Europe and, compared with Europe, exceeds very much Spanish income, in contrast with his homonymous public. The Spanish private expenditure on in-patient care is found among the lowest in Europe and, compared with Europe, is very much lower than Spanish income level.

**Conclusions.** With respect to public resources assigned, the reform of primary care in Spain has not been useful to approach Spanish primary health care level to Europe, in contrast with the Spanish hospital level. The difference between Spain and Europe in public expenditure on out-patient care as a percentage of GDP is, even, bigger than the one there was when the reform of Spanish primary care started.

**Key words:** Health expenditure. OECD. Health services. Primary care.

<sup>a</sup>Centro de Salud Altavix. Elche. Alicante. España.

<sup>b</sup>Médico General. Canencia de la Sierra. Madrid. España.

<sup>c</sup>UBS Es Castell. Menorca. Illes Balears. España.

<sup>d</sup>Centro de Salud Arrabal. Zaragoza. España.

<sup>e</sup>Centro de Salud Almozara. Zaragoza. España.

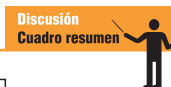
Este trabajo fue financiado por una beca (código: PI-024/2004) de la Conselleria de Sanitat para proyectos de Investigación en programas de salud de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Resolución de 27-04-03 (DOGU n.º 4.753 del 14-05-04).

Correspondencia: Juan Simó Miñana. Urbanización Los Olmos-E. Camino Viejo, 4. 03110 Mutxamel. Alicante, España. Correo electrónico: ju.simom@coma.es

Manuscrito recibido el 6 de febrero de 2004.

Manuscrito aceptado para su publicación el 3 de junio de 2004.

## Introducción



Nuestro sistema sanitario ha sido evaluado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los mejores del mundo, de acuerdo con diversos parámetros que incluyen resultados en salud<sup>1</sup>. La atención primaria española también ha sido comparada con la de otras naciones respecto a estructura, proceso y resultados en salud, y también se incluye entre las mejores del mundo<sup>2</sup>. Sin embargo, la satisfacción de los españoles con su sistema sanitario es sustancialmente inferior a la satisfacción media que los europeos muestran con los suyos<sup>3</sup>. ¿Cómo explicar esta mayor insatisfacción de los ciudadanos españoles con su sistema sanitario? No es la única paradoja, pues ¿cómo explicar la insatisfacción de los profesionales, actores principales de tal éxito mundial?<sup>4</sup> y, ¿cómo explicar el trasvase de población desde el grupo de aseguramiento público exclusivo al grupo de doble aseguramiento (público y privado)?<sup>5</sup>.

Muchos debates sanitarios han girado en torno de si España invierte en sanidad lo suficiente y no es infrecuente que se conteste a las anteriores cuestiones desde la perspectiva de una insuficiente inversión pública sanitaria en España comparada con la de los países de nuestro entorno. Sin embargo, también se argumenta, a partir de análisis transversales (en un año o años determinados), que nuestro gasto sanitario, comparado con el de dichos países, se ajusta a nuestro nivel de renta<sup>6</sup>. El debate centrado en el gasto en atención primaria ha sido menos frecuente<sup>7</sup> y se concluye<sup>8</sup> que la reforma de la atención primaria española supuso un incremento muy moderado del gasto.

En 1984 se inició en España una reforma de nuestro primer nivel asistencial que se desarrolló durante los siguientes años y que hoy, 20 años después, cubre a la inmensa mayoría de la población. Esta reforma prometía hacer de nuestra atención primaria el eje del sistema sanitario y de nuestro médico de familia, su figura fundamental<sup>9,10</sup>. Unos propósitos de estas características explicarían, en buena lógica, que nuestro ámbito sanitario ambulatorio público se hubiera aproximado, desde la perspectiva de los recursos comprometidos, al promedio de los países europeos más desarrollados, precisamente desde el inicio de la reforma o durante los años siguientes.

El gasto sanitario español se ha estudiado desde diferentes perspectivas<sup>11</sup>, pero ningún estudio se ha centrado en el análisis de su evolución, comparada con los países europeos desarrollados, respecto a la distribución por sectores desde el inicio de la reforma de la atención primaria hasta la actualidad. Por ello, el propósito de nuestro trabajo es describir la evolución del gasto sanitario español y compararla con la de dichos países según sectores (hospitalario frente a ambulatorio,

Universo: los 22 países europeos de la OCDE

Muestra: los 22 países europeos de la OCDE

### Variables analizadas

Producto interior bruto (PIB) per capita (pc)  
 Gasto sanitario total como porcentaje (%) del PIB  
 Gasto sanitario total pc  
 Gasto sanitario público % PIB  
 Gasto sanitario público % sanitario total  
 Gasto sanitario público pc  
 Gasto sanitario privado % PIB  
 Gasto sanitario privado % sanitario total  
 Gasto sanitario privado pc  
 Gasto hospitalario total % sanitario total  
 Gasto hospitalario total pc  
 Gasto hospitalario público % sanitario público  
 Gasto hospitalario público % hospitalario total  
 Gasto hospitalario público pc  
 Gasto hospitalario privado % hospitalario total  
 Gasto hospitalario privado pc  
 Gasto hospitalario público % PIB  
 Gasto hospitalario privado % PIB  
 Gasto ambulatorio total % sanitario total  
 Gasto ambulatorio total pc  
 Gasto ambulatorio público % sanitario público  
 Gasto ambulatorio público % ambulatorio total  
 Gasto ambulatorio público pc  
 Gasto ambulatorio privado % ambulatorio total  
 Gasto ambulatorio privado pc  
 Gasto ambulatorio público % PIB  
 Gasto ambulatorio privado % PIB  
 Gasto farmacéutico total % sanitario total  
 Gasto farmacéutico total pc  
 Gasto farmacéutico público % sanitario público  
 Gasto farmacéutico público pc  
 Gasto farmacéutico total % PIB  
 Gasto farmacéutico público % PIB

## Esquema general del estudio

En el presente trabajo se describe la evolución de la distribución de fondos por sectores en nuestro sistema sanitario desde el inicio de la reforma de atención primaria hasta la actualidad en comparación con la ocurrida en el conjunto de países europeos de la OCDE. El objetivo es dar una primera respuesta a la hipótesis de que un bajo gasto en atención primaria podría tener relación con la insatisfacción de los ciudadanos y profesionales y la creciente proporción de población con doble aseguramiento (público y privado).

público frente a privado y farmacéutico público frente a farmacéutico total) desde el inicio de la reforma de la atención primaria hasta 2001.

## Material y método

Hemos utilizado información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), referida al período

**TABLA 1** Relación entre gasto sanitario total, gasto sanitario público y PIBrenta per cápita para cada uno de los 22 países europeos de la OCDE en 2001. Health Data 2003

País	PIB pc	GST pc	GSP pc	PIB pc /PIB pc medio (A)	GST pc/GST pc medio (B)	GSP pc/GSP pc medio (C)	B - A	C - A
Alemania	26.199	2.808	2.104	1,04	1,37	1,36	0,33	0,32
Austria	28.324	2.191	1.489	1,13	1,07	0,96	-0,06	-0,17
Bélgica	27.775	2.490	1.784	1,10	1,21	1,15	0,11	0,05
Dinamarca	29.216	2.503	2.063	1,16	1,22	1,34	0,06	0,18
España	21.294	1.600	1.143	0,85	0,78	0,74	-0,07	-0,11
Finlandia	26.438	1.841	1.392	1,07	0,90	0,90	-0,17	-0,17
Francia	26.879	2.561	1.947	1,07	1,25	1,26	0,18	0,19
Grecia	16.137	1.511	846	0,64	0,74	0,55	0,10	-0,09
Irlanda	30.002	1.935	1.470	1,19	0,94	0,95	-0,25	-0,24
Italia	26.345	2.212	1.666	1,05	1,08	1,08	0,03	0,03
Luxemburgo	48.687	2.719 <sup>a</sup>	2.386 <sup>a</sup>	1,94	1,33	1,54	-0,61	-0,40
Países Bajos	29.391	2.626	1.663	1,17	1,28	1,08	0,11	-0,09
Portugal	17.560	1.613	1.113	0,70	0,79	0,72	0,09	0,02
Reino Unido	26.315	1.992	1.637	1,05	0,97	1,06	-0,08	0,01
Suecia	26.052	2.270	1.935	1,04	1,11	1,25	0,07	0,21
Eslovaquia	12.010	682	609	0,48	0,33	0,39	-0,15	-0,09
Hungría	13.431	911	2.192	0,53	0,44	0,44	-0,09	-0,09
Islandia	28.879	2.643	2.192	1,15	1,29	1,42	0,14	0,27
Noruega	36.462	2.920	2.498	1,45	1,42	1,62	-0,03	0,17
Polonia	9.934	629	452	0,39	0,31	0,29	-0,08	-0,10
República Checa	15.143	1.106	1.010	0,60	0,54	0,65	-0,06	0,05
Suiza	29.876	2.270	1.898	1,19	1,11	1,23	-0,08	0,04
Media	25.107	2.049	1.544	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00

GST: gasto sanitario total; GSP: gasto sanitario público; pc: per capita; PIB: nivel de renta; B - A: diferencial entre GSTpc y PIBpc; C - A: diferencial entre GSPpc y PIBpc.

<sup>a</sup>Datos de 2000.

1985-2001 y publicada en la base de datos OECD Health Data. Esta base se refiere a los países más desarrollados del mundo, se edita anualmente y es muy utilizada en la investigación comparada de servicios sanitarios. Hemos comparado los datos españoles con los del conjunto de los 22 países europeos de la OCDE, listados en la tabla 1. Las variables del estudio, que se relacionan en la tabla 2, proceden de la última edición de la base actualizada en octubre de 2003 (OECD Health Data 2003)<sup>12</sup>; en el anexo se incluye la definición de las variables clave.

Cuando se expresan datos en unidades monetarias per cápita se hace en forma de dólares estadounidenses ponderados por paridad de poder de compra (dólares PPC). El dólar PPC es una unidad monetaria común que tiene en cuenta el diferente poder adquisitivo relativo de las distintas monedas nacionales. Se obtiene mediante la evaluación de los costes de una cesta de bienes y servicios entre los diferentes países para todos los componentes del producto interior bruto (PIB). Como su nombre indica, el dólar PPC(1) iguala efectivamente la capacidad adquisitiva de las monedas entre sí y facilita las comparaciones entre países.

(1) Con el ánimo de simplificar, en este texto empleamos «dólar» por «dólar PPC».

## Resultados

En las tablas se recogen los principales datos de interés. En la tabla 2 se exponen datos que ayudan a comparar a España con el conjunto de los 22 países europeos de la OCDE. El análisis detallado de esta tabla y de las siguientes permite llegar a los siguientes resultados:

1. España es más rica en 2001 que en 1985. Respecto a Europa, es menos pobre pero está más cerca en riqueza que en gasto sanitario. La renta española ha aumentado y con el paso de los años ha disminuido su diferencial con la media europea: ha pasado de representar un 70% de esta media en 1985 a un 85% en 2001 (tabla 2). Nuestro gasto sanitario total per cápita ha reducido su diferencia con Europa, sobre todo entre 1985 y 1995 (pasó de representar el 52% de la media europea al 75%), y llega en 2001 al 78% del promedio europeo (tabla 2). España se aleja más de Europa respecto al gasto sanitario total per cápita que a la

TABLA  
2

Perfil de España respecto de la Europa de la OCDE para el conjunto de variables, en porcentaje respecto a la media europea. Años 1980, 1985, 1990, 1995 y 1996-2001. Health Data 2003

Variables	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PIB pc	73	70	78	82	83	82	83	83	83	85
Gasto sanitario total % PIB	77	77	92	94	94	95	95	94	95	93
Gasto sanitario total pc	55	52	70	75	75	77	78	77	77	78
Gasto sanitario público % PIB	77	80	95	92	90	91	91	90	90	89
Gasto sanitario público % sanitario total	99	103	100	95	96	95	95	95	95	94
Gasto sanitario público pc	57	54	71	72	72	74	75	74	74	74
Gasto sanitario privado % PIB	79	62	87	105	105	105	105	105	105	103
Gasto sanitario privado % sanitario total	104	89	97	114	115	116	114	114	116	118
Gasto sanitario privado pc	61	45	67	85	84	86	87	86	88	91
Gasto hospitalario total % sanitario total	113	121	100	101	100	100	102	103	105	102
Gasto hospitalario total pc	62	60	63	71	70	66	71	72	73	75
Gasto hospitalario público % sanitario público	99	101	101	113	117	112	112	113	111	111
Gasto hospitalario público % hospitalario total	92	92	106	109	110	104	104	103	103	104
Gasto hospitalario público pc	54	56	67	81	83	74	79	80	82	84
Gasto hospitalario privado % hospitalario total	—	—	—	49	49	50	54	58	61	62
Gasto hospitalario privado pc	—	—	—	32	32	34	39	41	40	43
Gasto hospitalario público % PIB	75	81	90	103	107	100	100	100	103	98
Gasto hospitalario privado % PIB	—	—	—	50	50	40	60	60	60	71
Gasto ambulatorio total % sanitario total	—	—	—	94	93	94	100	109	108	106
Gasto ambulatorio total pc	—	—	—	61	63	62	67	78	79	78
Gasto ambulatorio público % sanitario público	101	89	83	72	70	69	63	70	71	72
Gasto ambulatorio público % ambulatorio total	—	—	—	67	67	67	65	64	63	63
Gasto ambulatorio público pc	57	50	52	50	46	46	43	49	51	52
Gasto ambulatorio privado % ambulatorio total	—	—	—	160	160	160	166	175	176	180
Gasto ambulatorio privado pc	—	—	—	110	110	109	116	122	125	127
Gasto ambulatorio público % PIB	82	75	77	64	64	64	60	64	61	52
Gasto ambulatorio privado % PIB	—	—	—	157	137	157	157	157	157	207
Gasto farmacéutico total % sanitario total	159	155	126	116	118	121	—	—	—	—
Gasto farmacéutico total pc	101	88	94	89	91	93	—	—	—	—
Gasto farmacéutico público % sanitario público	160	144	130	132	140	155	154	149	146	128
Gasto farmacéutico público pc	103	89	99	110	115	120	123	124	124	123
Gasto farmacéutico total % PIB	122	122	120	—	—	—	—	—	—	—
Gasto farmacéutico público % PIB	140	116	128	125	137	137	137	150	138	135

PIB: producto interior bruto; pc: per cápita.

renta per cápita. Este alejamiento es mayor cuando consideramos el gasto sanitario público (74% del promedio europeo en 2001) (tabla 2). Así, la distancia entre nuestro gasto sanitario público per cápita y nuestro nivel de renta en 2001 es de 11 puntos: la mayor distancia entre los países europeos de la OCDE con una renta inferior a la media (tabla 1), es decir, entre los relativamente más pobres. 2. España se acerca más a Europa en lo que respecta al gasto sanitario privado. En relación con Europa, nuestros gastos sanitarios per cápita públicos y privados han crecido con distinta intensidad. En 2001, nuestro gasto sanitario

público per cápita representa el 74% de la media europea, mientras que su homónimo privado alcanza el 91%. Algo similar ha ocurrido con estos mismos gastos expresados como porcentaje sobre el PIB. Así, desde mediados los noventa somos mucho más «europeos» en el gasto sanitario privado que en el público (tabla 2).

3. España gasta más en servicios sanitarios, pero ha disminuido la participación pública en el gasto. Con los años hemos ido gastando más dinero en servicios sanitarios, en cantidades absolutas y relativas a nuestra riqueza. Sin embargo, el componente público del gasto sanitario

**TABLA 3** Variación de los gastos públicos hospitalario, ambulatorio y farmacéutico per cápita como porcentaje del gasto sanitario público y del producto interior bruto. España y Europa OCDE. Período 1985-2001. Health Data 2003

	España			Media europea		
	1985	2001	Variación 1985-2001 (%)	1985	2001	Variación 1985-2001 (%)
Gasto hospitalario público pc	207	604	192	372	722	94
Gasto ambulatorio público pc	75	180	140	150	343	129
Gasto farmacéutico público pc	58	251	333	65	204	214
Gasto hospitalario público % GSP	56	53	- 5	55	47	- 14
Gasto ambulatorio público % GSP	20	16	- 22	21	22	6
Gasto farmacéutico público % GSP	16	23	45	11	18	64
Gasto hospitalario público % PIB	2,5	2,8	12	3,1	2,84	-8
Gasto ambulatorio público % PIB	0,9	0,8	- 11	1,1	1,53	39
Gasto farmacéutico público % PIB	0,7	1,2	71	0,6	0,88	46
Renta pc	8.311	21.294	156	11.898	25.107	111

GSP: gasto sanitario público; pc: *per capita*; PIB: producto interior bruto.

total ha ido disminuyendo (especialmente a partir de 1994) desde el 81% de 1985 al 71% de 2001. El gasto sanitario público como proporción del PIB redujo su diferencial con Europa desde el 80% del promedio europeo en 1985 hasta el 95% en 1990. Sin embargo, desde entonces, nuestro esfuerzo público sanitario ha ido separándose de Europa y baja hasta el 89% de la media europea en 2001 (tabla 2).

4. España está más cerca de Europa en el gasto público hospitalario que en el ambulatorio. En términos *per capita*, el gasto público hospitalario se ha aproximado 28 puntos a Europa (56% de la media europea en 1985 y 84% en 2001). Sin embargo, el gasto público ambulatorio, tras 16 años de reforma, apenas ha reducido la distancia que lo separaba de Europa al inicio de ésta (50% de la media europea en 1985 y 52% en 2001) (tabla 2). Como parte del PIB, nuestro gasto público hospitalario ha reducido su diferencial con Europa, de forma que desde 1995 se encuentra en la media europea. Por el contrario, el esfuerzo público español en la atención ambulatoria ha ampliado la diferencia que lo separaba de Europa (del 75% de la media europea en 1985 al 52% en 2001) (tabla 2). Además, durante el período analizado, Europa ha reducido el esfuerzo sanitario público hospitalario en un 8%, mientras que España lo ha aumentado en un 12%. Sin embargo, mientras Europa ha aumentado el esfuerzo sanitario público ambulatorio en un 39%, España lo ha reducido en un 11% (tabla 3).

5. En relación con Europa, España gasta en hospitales públicos según su nivel de renta, pero no lo hace en el ámbito ambulatorio público. El crecimiento del gasto hospitalario público *per capita* ha sido tal que desde 1995 gastamos en hospitales prácticamente lo que nos corresponde por renta. Esto no ocurre con el gasto ambulatorio público, que en 2001 todavía era sustancialmente inferior (en 33 puntos) a nuestro nivel de renta (tabla 2).

6. Respecto a Europa, España dedica un mayor porcentaje del gasto sanitario público a los hospitales, pero el gasto sanitario público ambulatorio es de los más bajos. En 2001, la mayor parte (91,4%) del gasto hospitalario total *per capita* en España es público (media europea, 88%). Como parte del gasto sanitario público, el gasto hospitalario español (en la media europea en 1985) ha crecido hasta superar esta media (11 puntos en 2001) (tabla 2). Sin embargo, la parte ambulatoria del gasto sanitario público no ha aumentado respecto a la media europea desde el inicio de la reforma; todo lo contrario, ha disminuido y nos hemos alejado de Europa durante estos 16 años de implantación y desarrollo del nuevo modelo de atención primaria (89% del promedio europeo en 1985, 72% en 2001) (tabla 2). Además, en Europa, durante estos años ha aumentado un 6% la parte ambulatoria del gasto sanitario público, mientras que en España ha disminuido un 22%. Al mismo tiempo, Europa ha reducido el peso de los hospitales dentro del presupuesto sanitario público en una proporción casi 3 veces superior a España (tabla 3).

7. España gasta en servicios ambulatorios privados mucho más que la media europea (al contrario de lo que ocurre con el gasto hospitalario). El gasto ambulatorio total español tiene un comportamiento distinto del hospitalario, pues su componente público (43%) es más bajo (el más bajo de los países europeos; media europea, 68%). En consecuencia, la parte privada del gasto ambulatorio español es la más alta de estos países, tan alta que sitúa a España en el tercer puesto en el conjunto de toda la OCDE, tras Estados Unidos y México. Ya hemos señalado que, en comparación con Europa, nuestro gasto ambulatorio público es inferior a nuestro nivel de renta. Por el contrario, nuestro gasto ambulatorio privado es mucho mayor (42 puntos) que el que nos correspondería por renta (tabla 2). Gastamos en cuidados ambulatorios privados, incluso en cifras absolutas, más que muchos de los países más ricos de Eu-



**TABLA 4** Variación de los gastos hospitalario y ambulatorio per cápita públicos y privados. España y Europa OCDE. Período 1995-2001. Health Data 2003

	España		Variación (%)	Media europea		Variación (%)
	1995	2001		1995	2001	
Gasto hospitalario público pc	471	604	28	581	722	24
Gasto hospitalario privado pc	40	57	42	127	134	5
Gasto ambulatorio público pc	138	180	30	274	343	25
Gasto ambulatorio privado pc	173	240	39	156	188	20

pc: per cápita.

ropa y del mundo. Así, en 2001 ocupamos el sexto lugar en este aspecto dentro de la OCDE, sólo por detrás de Estados Unidos, Suiza, Austria, Canadá y Australia, lugar que llevamos ocupando desde 1999 (por delante de países con una renta muy superior a la nuestra). En relación con el carácter privado de los gastos per cápita ambulatorios y hospitalarios, Health Data ofrece datos para España desde 1995. En la tabla 4 se recogen las variaciones de estos gastos desde 1995 hasta 2001 y se comparan con las de Europa. Cabe destacar que, mientras en Europa es el componente público el que más crece, en España es el privado. Hasta cierto punto, cabía esperar esta evolución respecto al gasto hospitalario privado, pues en 1995 representaba el 32% del promedio europeo (el 43% en 2001), pero no en el gasto ambulatorio privado, pues en 1995 ya superaba la media europea y, a pesar de ello, crece en una proporción similar al hospitalario y en 2001 alcanza los registros señalados, superando la media europea en 27 puntos (tabla 2).

8. España gasta en medicamentos mucho en porcentaje pero poco en cifras absolutas; asimismo, el componente público de este gasto es mayor que en Europa. El gasto farmacéutico como parte del gasto sanitario total, en relación con la media europea, ha ido disminuyendo con los años. Así, desde 1985 hasta 1997 (último año para el que se ofrecen estos datos para España), nuestro gasto farmacéutico como proporción del gasto sanitario total ha reducido 34 puntos (más de la mitad), el exceso que le separaba de Europa al inicio de la reforma (tabla 2). Por el contrario, nuestro gasto farmacéutico público per cápita, en la media europea hasta 1990, ha ido aumentando desde entonces hasta superar esta media en 23 puntos en 2001 (tabla 2). Durante el período estudiado, y en comparación con Europa, nuestro gasto farmacéutico público per cápita siempre se ha situado por encima de nuestro nivel de renta, más intensamente desde mitad de la década de los noventa (tabla 2). A pesar de todo ello, nuestro gasto farmacéutico total per cápita se ha mantenido durante el período analizado siempre algo por debajo del promedio europeo (tabla 2). Además, desde 1985 hasta 2001, aunque el gasto farmacéutico público español (per cápita y como parte del PIB) haya crecido más que el promedio europeo, el gasto farmacéutico como parte del gasto sanitario público ha crecido más en Europa que en España (tabla 3).

## Discusión

Los datos y resultados presentados dependen de la calidad de una sola fuente, la base Health Data de la OCDE. Se puede aceptar ciertas limitaciones en la comparabilidad de los datos derivadas de las dificultades para construir bases que engloben datos procedentes de diferentes países. Aunque la base recoge series de datos para cada país desde 1960, éstas no abarcan por completo todos los años, pero proporcionan información suficiente para manejarlos en su conjunto, sobre todo durante los últimos 25 años. Por ello, Health Data ha sido ampliamente utilizada por investigadores de reconocido prestigio en todo el mundo<sup>2,13,14</sup> y podemos aceptarla como una buena fuente de datos para el objetivo de nuestro estudio, por más que no podamos superar las limitaciones señaladas.

Nuestra comparación ha sido con Europa, con los 22 países más desarrollados de Europa miembros de la OCDE; esa Europa de la que formamos parte y a la que nos queremos parecer en múltiples aspectos. Si bien hay otros puntos de vista<sup>15</sup>, nosotros no hemos excluido en la comparación a ningún país por el hecho de tener un determinado tipo de sistema sanitario (nacional de salud o de seguridad social). Así, hemos comparado los datos de España con el promedio del grupo de los 22 países europeos de la OCDE (incluida España).

Entre 1985 y 2001, España ha crecido en riqueza y gasto sanitario y se ha aproximado a la media europea en ambos aspectos. En concreto, España ha crecido más que la media europea, tanto en renta per cápita como en gasto sanitario total per cápita, pero el gasto sanitario no lo ha hecho en toda su potencialidad: en 2001 estamos más cerca de Europa en renta que en gasto sanitario total. Además, el mayor acercamiento a Europa no se ha debido a una creciente participación pública en el gasto sanitario, sino que la «convergencia sanitaria» española con Europa conseguida hasta el momento debe mucho a la participación del gasto privado, sobre todo a partir de mediados los noventa. Desde entonces se ha producido una divergencia con Europa en cuanto a la participación pública en el gasto sanitario (divergencia descrita también para otros gastos públicos españoles que, como el sanitario, conforman el gasto social<sup>16</sup>).

Discusión  
Cuadro resumen



### Lo conocido sobre el tema

- Nuestro sistema sanitario y la atención primaria han sido comparados en el contexto internacional y ambos se incluyen entre los mejores del mundo, algo que contrasta con la insatisfacción de los ciudadanos, el desánimo de los profesionales y el trasvase de población desde el grupo de aseguramiento público exclusivo al grupo de doble aseguramiento (público y privado).
- La reforma de la atención primaria iniciada en España en 1984 prometía hacer de ésta el eje del sistema y de nuestro médico de familia, su figura fundamental. Tales propósitos explicarían, en buena lógica, que nuestro ámbito sanitario ambulatorio público se hubiera aproximado, desde la perspectiva de los recursos comprometidos, al promedio de los países europeos más desarrollados, precisamente desde el inicio de la reforma o durante los años siguientes.
- No hay trabajos que comparen la evolución del reparto de fondos por sectores (hospitalario frente a ambulatorio; público frente a privado; farmacéutico público frente a farmacéutico total) en nuestro sistema sanitario desde el inicio de la reforma de la atención primaria, en relación con la Europa desarrollada.

### Qué aporta este estudio

- España muestra un gasto sanitario ambulatorio público, al contrario que el privado, de los más bajos de la Europa desarrollada expresado en dólares per capita y, también, como parte del gasto ambulatorio total y del público total. En relación con Europa, nuestro gasto hospitalario público se ajusta a nuestro nivel de renta, mientras que nuestro gasto público es muy inferior al que nos correspondería por riqueza.
- El reparto de fondos públicos entre la atención hospitalaria y la ambulatoria durante el período analizado (1985-2001) ha sido distinto en España que en Europa: mientras en Europa se aumentaba la parte ambulatoria del gasto sanitario público y el esfuerzo público en la atención ambulatoria, en España se reducían ambos. Mientras Europa reducía el esfuerzo público en la atención hospitalaria, España lo aumentaba.

- En términos per cápita, nuestro primer ámbito público de atención mantiene la diferencia que lo separaba de Europa desde el inicio de la reforma, mientras que el sector público hospitalario español ha recuperado desde entonces gran parte de su retraso. En términos de esfuerzo sobre el PIB, el sector hospitalario se ha aproximado a Europa y se encuentra en la media europea desde 1995, mientras que nuestro gasto ambulatorio como parte del PIB ha ido retrocediendo cada vez más respecto al europeo.

En el desglose, el gasto hospitalario sigue teniendo un importante componente público, y en esta dirección ha crecido pese al recorte público del gasto sanitario, en contraste con Europa. La discrepancia es aguda en el caso del gasto ambulatorio, cuya parte pública (una de las más bajas del mundo desarrollado) no ha crecido en porcentaje (siempre en torno al 44-43% desde 1995, fecha en la que se empieza a conocer datos), mientras que su componente privado se sitúa en la cima en el ámbito mundial, no sólo en Europa. Mientras tanto, el gasto per cápita en medicamentos se mantiene estable, algo por debajo de la media europea, y sólo es alto cuando se expresa como parte del gasto sanitario total (en torno al 18-20%) o, sobre todo, como parte del gasto sanitario público (22% en 2001), tal y como cabe esperar en un país no rico que gasta poco en sanidad. Cuando el gasto farmacéutico se expresa como proporción del total sanitario, o del PIB, a España le ocurre lo que a los países menos ricos de Europa, es decir, que tienen un gasto farmacéutico más alto como proporción del gasto total sanitario o del PIB, a pesar de tener, en su mayoría, un gasto farmacéutico per cápita inferior al de los países más ricos<sup>17,18</sup>.

Ya hemos señalado que nuestro gasto farmacéutico total per cápita se ha mantenido siempre por debajo del promedio europeo y que nuestro gasto farmacéutico público per cápita ha superado la media europea desde 1990. Este gasto ha crecido más en España que en Europa (tabla 3). Cierto es que partíamos de un gasto farmacéutico público *per capita* inferior (tabla 3), pero también podrían haber influido otros factores en el hecho de que nuestro gasto farmacéutico público per cápita haya superado la media europea desde los inicios de los noventa y se sitúe en 2001, y en relación con Europa, bastante por encima de nuestro nivel de renta. Por un lado, los españoles nos encontramos entre los europeos que menos participamos de forma directa (copago) en la financiación de la factura farmacéutica pública<sup>19</sup>. Por otro, los medicamentos de reciente comercialización, principales causantes del incremento del gasto farmacéutico, tienen en España una cuo-

ta de mercado mayor que en los países de nuestro entorno socioeconómico<sup>20,21</sup>.

¿Qué implicaciones tienen estos resultados para la política sanitaria? Al menos, tres:

1. El gasto sanitario ha crecido en España entre 1985 y 2001, pero ya hemos observado que la distancia entre nuestro gasto sanitario público per cápita y nuestro nivel de renta en 2001 es la mayor entre los países europeos menos ricos de la OCDE (tabla 1), lo que deja margen para futuros y necesarios incrementos, pues España no es el país más pobre de la Europa de la OCDE.

2. El gasto sanitario público ha aumentado gracias al mayor presupuesto en los hospitales y al componente público del gasto farmacéutico. Expresado como parte del PIB, nuestro gasto sanitario público no se aproxima al de Europa desde 1990. Ya hemos precisado que, durante el período analizado, España ha crecido más que Europa en riqueza. En una situación de estas características sería posible que nuestro gasto sanitario público per cápita redujera su diferencial con Europa al tiempo que nuestro esfuerzo sanitario público (gasto sanitario público como parte del PIB) no se aproximara o incluso disminuyera respecto al europeo. Esto ha sido así sólo en parte: desde 1990, nuestro esfuerzo sanitario público se reduce respecto al promedio europeo, pero nuestro gasto sanitario público per cápita prácticamente se estanca en relación con el de Europa (tabla 2). Este hecho resulta llamativo pues los últimos años del siglo XX y del inicio del siglo XXI han sido, en la economía española, «época de vacas gordas». Este estancamiento del gasto sanitario público en años de bonanza económica también ha llamado la atención de otros<sup>22</sup>. En buena lógica, cabría esperar y desear un renovado ímpetu público en el gasto sanitario destinado a campos no hospitalarios, especialmente a la atención primaria<sup>23</sup>, mientras que en el aspecto de la financiación del gasto farmacéutico habría que valorar la introducción de un mayor copago y restringir más intensamente la introducción en el vademécum público de los fármacos que aportan poco frente a los ya existentes.

3. La parte ambulatoria del gasto sanitario público español (20,4% en 1985) se ha reducido y lleva estancada desde 1993 en un más que insuficiente 16%. Naturalmente, en cifras absolutas, como en el resto de los países, también se ha incrementado el gasto ambulatorio público en España. Sin embargo, no parece que la implantación y el posterior desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria haya servido para proporcionar los recursos suficientes a este nivel de atención para aproximarlo, desde esta perspectiva, a Europa. En teoría, la reforma afectaba a la atención primaria; en la práctica, la verdadera reforma (en inyección de recursos) afectó al ámbito hospitalario. Durante los primeros 10 años de la reforma de nuestra atención primaria (1985-1995), nuestro gasto hospitalario público per cápita se aproximó 25 puntos al promedio europeo, mientras que nuestro gasto ambulatorio público no se aproximó en abso-

luto. Durante esos mismos 10 años, el esfuerzo sanitario público hospitalario llegó incluso a superar el promedio europeo. Por el contrario, nuestro esfuerzo sanitario público ambulatorio aumentó el diferencial respecto a Europa. Esta regresión respecto de Europa del esfuerzo público en la atención ambulatoria ha ido acentuándose desde 1995, hasta descender al 52% de la media europea en 2001 (tabla 2). Resulta asombroso, casi milagroso (un milagro económico español más) que, precisamente, durante todos estos años se diseñara, iniciara y desarrollara toda una reforma de nuestro primer ámbito asistencial que sembró España de centros de salud y prometió hacer de nuestra atención primaria el eje del sistema sanitario y de nuestros médicos de familia, la figura fundamental<sup>9,10</sup>. Una reforma que, de momento, no ha aproximado nuestro primer nivel asistencial al europeo desde la perspectiva de los recursos comprometidos, por lo que seguimos con el mismo retraso respecto a Europa que en 1985 (en términos per cápita). Este retraso es incluso mayor si consideramos el gasto ambulatorio público como parte del PIB. Si la preferencia por la atención primaria hubiera sido un objetivo cierto, y no teórico, el reparto de fondos entre los ámbitos asistenciales hubiera tenido esa orientación. El propio Consejo Económico y Social, órgano consultivo del Gobierno, en su Memoria de 2002 reconoce que la reforma de la atención primaria no ha implicado un incremento de su importancia en el presupuesto y que los hospitales absorben una parte del presupuesto sanitario público bastante más elevada que la mayoría de los países de nuestro entorno socioeconómico<sup>24</sup>.

No creemos que la distribución de fondos por sectores de nuestra sanidad sea fruto del azar, sino la expresión de una firme y constante decisión política mantenida por los diferentes gobiernos (estatales y regionales) durante los 16 años estudiados. Esta decisión política prefiere la atención especializada a la atención primaria. Por ello, durante estos 16 años, y en relación con Europa, se incrementa progresivamente el esfuerzo presupuestario hospitalario público (per cápita, como porcentaje del PIB y como parte del gasto sanitario público) y se reduce, también de manera gradual, el gasto ambulatorio público (per capita, como porcentaje del PIB y como parte del gasto sanitario público) (tabla 2).

Los españoles, a tenor de las decisiones de sus políticos, se comportan como si prefiriesen gastar el dinero de los impuestos en hospitales y poner de su bolsillo en lo que respecta al uso de la atención ambulatoria. Así, España muestra un gasto sanitario ambulatorio privado elevado, uno de los más altos del mundo desarrollado expresado en dólares per cápita y, también, como parte del gasto ambulatorio total y del privado total. El gasto ambulatorio privado per cápita español se sitúa 27 puntos por encima de la media europea y 42 puntos por encima de nuestra renta (tabla 2). Este gasto es sólo en parte atribuible al incremento del seguro privado, el cual ha crecido en España durante estos años y, según la OCDE, ha pasado de 17 dólares per cápita en 1985 a 64 en 2001. Por tanto, el gasto privado espa-



ñol en la atención ambulatoria (240 dólares per cápita en 2001) habría que atribuirlo, en su mayor parte, al uso de servicios sanitarios ambulatorios privados que los españoles hacen mediante pago directo a los profesionales, sin que intermedie seguro alguno.

Da la impresión de que se está produciendo una progresiva huida o deserción de las clases medias y altas de las consultas de atención ambulatoria pública. Concordaría con ello, el diferente comportamiento mostrado durante los últimos años por los gastos privados hospitalario y ambulatorio en relación con la media europea (expresados como parte del PIB) y nuestro nivel de renta (en términos per cápita) (tabla 2). Este abandono erosiona la cohesión social y contribuye a que lo público y básico, la atención primaria, pierda legitimidad y el progresivo apoyo de los políticos, incluido el financiero-presupuestario, como muestran los resultados de nuestro trabajo. En esta línea, los políticos serían los primeros y más llamativos ausentes de las salas de espera de nuestra atención primaria.

En conclusión, el análisis del gasto sanitario español y su comparación con Europa desde el inicio de la reforma de nuestra atención primaria muestra que el gasto sanitario público ambulatorio en España es de los más bajos de toda la OCDE y el más bajo de Europa. Su estancamiento es tal que, en términos per cápita, no se ha reducido en absoluto la diferencia que lo separaba de Europa desde el inicio de la reforma y, como parte del PIB, ha ido retrocediendo respecto a Europa cada vez más desde 1985. La evolución de la distribución de fondos seguida en nuestro sistema sanitario desde el inicio de la reforma, comparada con la utilizada en Europa, es poco consistente con lo que se escribió<sup>9,10</sup> en relación con nuestra atención primaria, llamada a ser «eje del sistema» con un médico de familia como «figura fundamental».

## Bibliografía

- World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, WHO, June 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/>
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38:831-65.
- Mossialos E. Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Econ* 1997;6: 109-16.
- De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
- Rodríguez M, Stoyanova S. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ* 2004; 13:689-703.
- Bohigas L. El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea. *Papeles Econ Esp* 1998;(76):15-8.
- López Casasnovas G, Planas Miret I. Anàlisi dels models organitzatius europeus en l'àmbit de l'atenció primària. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 2003;37:48-54.
- Minué Lorenzo S, De Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Informe SESPAS 2002: Invertir en salud, prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), 2002; p. 395-437.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE n.º 27 de 1-2-1984.
- Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE n.º 29 de 2-2-1979.
- López Casasnovas G. La financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macroeconómica, territorial y funcional. En: Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica. XX Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud (AES), 2000; p. 57-89.
- Organization for Economic Cooperation and Development: OECD Health Data 2003. A comparative analysis of 30 countries. CD ROM and User's Guide. Paris: OECD-CREDES, 2003.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. Cross-national comparisons of health systems using OECD Data, 1999. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:169-81.
- Huber M. Health expenditure trends in OECD countries, 1970-1997. *Health Care Financ Rev* 1999;21:99-117.
- López Casasnovas G. Nuevos paradigmas en la provisión pública de bienes privados preferentes. El caso de la sanidad. En: López-Casasnovas G, editor. El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, 2003; p. 17-45.
- Navarro V. La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea. Seminario «La Convergencia Social en España con la Unión Europea». Santander: Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, 2003. Disponible en: <http://www.vnavarro.org/publicinfo.htm>
- Simó Miñana J, De Pablo González R, Ramos Maestre MJ, Gaztambide Ganuza M. ¿Gastamos demasiado en medicamentos? El gasto farmacéutico, un bien de primera necesidad entre los países europeos. *Aten Primaria* 2004;33:244-53.
- Simó J, De Pablo R, Gervas J, Seguí M, Domínguez J, Penyarroja D, et al. El mito del despilfarro farmacéutico. *Expansión*, 27 de agosto de 2003, p. 38.
- Larruga Riera J. El sector farmacéutico. Medicamentos y ordenación farmacéutica. En: Cabasés JM, Villalbí JR y Aibar C, editores. Informe SESPAS 2002, Invertir en salud, prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), 2002; p. 257-75.
- Análisis económico de la aplicación de precios de referencia en la financiación pública de medicamentos: ventajas, limitaciones e impacto esperado en España. En: Puig Junoy, López Casasnovas G, editores. Informe técnico de AES. *Boletín Economía y Salud* n.º 32, 1999. Disponible en: <http://www.econ.upf.es/~puig/publicacions/paper36.pdf>.
- López Bastida J, Mossialos E. Pharmaceutical expenditure in Spain: cost and control. *Int J Health Serv* 2000;30:597-616.
- Centella Moyano M. Gasto público en sanidad y estado de bienestar. *Rev Adm Sanit* 2003;1:619-56.
- Seguí Díaz M. ¡Por favor, inviertan en los centros de salud! No especialicen. *Semergen* 2002;28:370-3.
- Memoria sobre la situación económica y laboral de España 2002. Consejo Económico y Social, junio 2003. Disponible en: <http://www.ces.es/publica/0pubydoc1.htm>

**ANEXO**

**Resumen de las definiciones de la OECD Health Data 2003 para las variables clave del estudio**

Gasto en atención hospitalaria: incluye todos los gastos en cuidados curativos, de rehabilitación y de larga duración en pacientes hospitalizados. Paciente hospitalizado es la persona oficialmente ingresada u hospitalizada para recibir tratamiento o cuidados durante un mínimo de una noche en un hospital u otro establecimiento que dispense atención hospitalaria del mismo tipo. Los cuidados hospitalarios son principalmente provistos en hospitales, pero también en otros establecimientos sanitarios (clínicas, casas medicalizadas, penitenciarios, sanatorios, casas de reposo, etc.)

Gasto en atención ambulatoria: incluye los servicios médicos y paramédicos prestados a pacientes ambulatorios. Un paciente ambulatorio es una persona que se presenta en un servicio sanitario para una consulta o un tratamiento y abandona ese servicio a las pocas horas tras el inicio de la consulta. Por ello, se considera como pacientes ambulatorios a todas las personas que recurran a las estructuras de atención ambulatoria sin ser hospitalizadas de día o de noche

Gasto sanitario público: gasto financiado con fondos públicos, tanto estatales como regionales o locales, así como con fondos de la seguridad social

Gasto sanitario privado: es la parte del gasto sanitario total financiada mediante fondos privados. Pago directo a proveedores, medicamentos de venta libre (OTC, de mostrador), seguros privados, etc.

Gasto farmacéutico: incluye el gasto en productos farmacéuticos así como en otros bienes médicos no duraderos, como preparados farmacéuticos, medicamentos de marca o genéricos, especialidades farmacéuticas, sueros, vacunas, vitaminas, oligoelementos, anticonceptivos orales, vendas, medias de contención, pañales y otros artículos para incontinentes, preservativos y otros dispositivos contraceptivos, dispensado todo ello bajo prescripción médica y en pacientes no hospitalizados. El gasto producido en medicamentos de venta libre no se considera gasto farmacéutico, sino que se incluye en el gasto sanitario privado bajo el título de compra de productos farmacéuticos vendidos sin receta