

Los problemas de la financiación sanitaria en España

Guillem LÓPEZ I CASASNOVAS (*)

Preámbulo

Desde hace ya algunos años, un tema recurrente en los debates políticos y académicos europeos viene siendo el relativo a la sostenibilidad de los sistemas de protección social que han venido configurando el denominado Estado del Bienestar. En dicho debate, el futuro de la financiación de la sanidad pública ha sido una de las cuestiones más discutidas por dos motivos: por un lado, el gasto sanitario constituye una de las partidas que mayor atención recibe por parte de la ciudadanía, y por otro lado, dicho gasto ha experimentado un crecimiento espectacular: tanto en la mayoría de países de la OCDE como en España, el peso del gasto sanitario público en la renta española ha visto así aumentar en casi un 50% su participación en la última década.

No obstante, en el caso de los servicios sanitarios públicos, la discusión acerca de su sostenibilidad futura

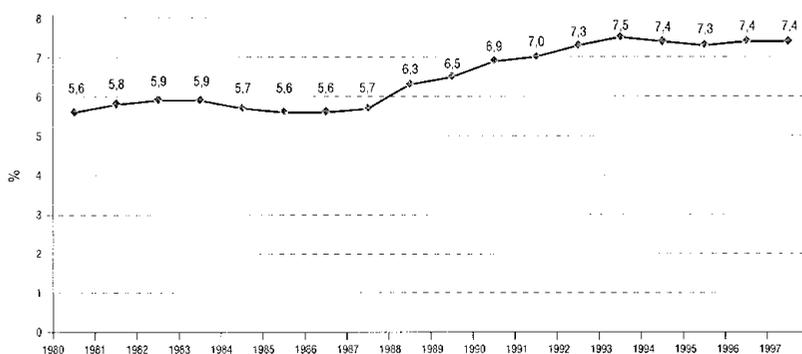
presenta rasgos diferenciales en relación con otras partidas de gasto, tal como analizaremos a continuación, que complican su diagnóstico.

1 Los costes y la financiación sanitaria

1.1. Evolución reciente del gasto sanitario en España y en la UE

El gráfico 1 muestra la evolución española del gasto en sanidad a partir del porcentaje que éste ha representado sobre el PIB en el periodo 1980-1997, último año sobre el que se dispone de la cifra real de gasto sanitario.

Gráfico 1. Gasto total en sanidad en España (%PIB). 1980-1997.



FUENTE: Eco-Sanidad OCDE 1998.

1. El autor desea dejar constancia de que este trabajo se inscribe dentro del proyecto SEC98-0296-C04-02 de la CICYT.

Una primera observación de las cifras revela que a partir de 1988, y tras un periodo que combina una etapa de crecimiento paulatino (1980-1982) con otra de disminución sostenida (1983-1987), el porcentaje de recursos de la economía absorbido por la sanidad pública ha experimentado un aumento continuado e ininterrumpido hasta alcanzar un valor máximo del 7,5% en 1993, cifra que ha permanecido mayormente estable en los años sucesivos, con un más que probable repunte en 1998 y 1999². De modo alternativo, dado que tanto el

PIB como el gasto sanitario público están expresados en valores corrientes, lo que también ponen de manifiesto los datos anteriores es que el comportamiento de las tasas interanuales de crecimiento nominal ha sido distinto para ambas variables según el periodo que se considere. Así, por ejemplo, el ritmo de crecimiento exhibido por el gasto corriente en que ha incurrido la sanidad pública entre los años 1988 y 1993 fue superior al que experimentó, durante ese mismo periodo, el PIB -medido éste también en pesetas corrientes-.

Cuadro 1. DOS DECADAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO PUBLICO 1977-1997 EN LAS ECONOMIAS OCCIDENTALES.

	Gasto sanitario público per cápita en \$ PPA					TVAM			
	1977	1982	1987	1992	1997	1977-82	1982-87	1987-92	1992-97
Canada	394	715	1024	1425	1440	12.67	7.45	6.83	0.21
Dinamarca	358	812	1024	1289	1201	17.82	4.74	4.72	-1.42
Francia	369	696	912	1331	1649	13.53	5.55	7.85	4.38
Alemania	360	614	832	1439	1810	11.3	6.25	11.59	4.7
Italia	282	535	757	1175	1111	13.65	7.17	9.2	-1.12
Noruega	387	641	1014	1429	1491	10.65	9.6	7.1	0.86
Portugal	109	185	247	480	675	11.15	5.95	14.2	7.04
España	190	316	417	767	920	10.76	5.7	12.97	3.7
Suecia	549	942	1143	1304	1440	11.43	3.93	2.67	2.01
Reino Unido	283	472	655	973	1138	10.76	6.78	8.25	3.18
Estados Unidos	319	580	853	1404	1909	12.7	8.04	10.47	6.34

TVAM: tasa anual de variación media del periodo

FUENTE: Eco-Sanidad OCDE 98

Cuadro 2. REGISTRO HISTORICO DEL GASTO SANITARIO TOTAL ESPAÑOL, 1967-1997 en % del PIB

1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
3.0	3.1	3.4	3.7	4.2	4.4	4.3	4.6	4.9	5.3	5.6
1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
5.6	5.5	5.6	5.8	5.9	5.9	5.7	5.6	5.6	5.7	
1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
6.3	6.5	6.9	7	7.3	7.5	7.4	7.3	7.4	7.4	

TVAM (%) tasa anual de variación media española en el periodo 1967-1997: 3.03

FUENTE: Eco-Sanidad OCDE 98

2. Nos atrevemos a pronosticar dicho crecimiento a la vista del incremento del gasto del Insalud entre 1997 y 1998 del 7,18% (frente a un crecimiento del PIB para igual periodo del 6,3%), y de que entre 1998 y 1999, pese a que el gasto sanitario público se preveió creciera al mismo ritmo que el PIB nominal, las desviaciones en el gasto farmacéutico pueden estar dificultando su cumplimiento (a lo que de otro modo debería ayudar la revisión al alza tanto de la previsión de crecimiento económico como del IPC).

Sin embargo, como mencionábamos anteriormente, la cuestión que actualmente preocupa no es tanto la que hace referencia a si el nivel de gasto alcanzado es o no homologable al exhibido por el resto de países de nuestro entorno, sino más bien la relativa al grado en que las actuales tasas de crecimiento del gasto sanitario público resultan o no encajables en los escenarios de ingresos fijados para el sector público español en la convergencia europea. La práctica totalidad de formaciones políticas sostienen que este encaje sólo resulta posible si el gasto sanitario público, a diferencia de lo que ha ocurrido en los últimos tiempos, exhibe en el futuro unos ritmos de crecimiento paralelos a los del PIB nominal. Para pronunciarse sobre cuan plausible resulta dicha posibilidad es necesario, sin embargo, que primero examinemos cuáles han sido los factores determinantes de la evolución registrada por el gasto sanitario público español en los últimos años.

1.2. El gasto sanitario público en España: análisis de sus factores determinantes

La perspectiva más usual para descomponer en una serie de factores el crecimiento del gasto sanitario se

basa en una propuesta formulada a mediados de los ochenta por la OCDE. El método en cuestión postula que los cambios que acontecen en el volumen corriente del gasto sanitario público de un país son producto de: (i) la evolución de la población y de su estructura etaria, (ii) cambios en la tasa de cobertura del sistema, (iii) variaciones en los precios de la prestación sanitaria y (iv) modificaciones en la prestación real media³. Aplicando esta metodología a las cifras de gasto sanitario público para el periodo 1980-1995, López y Casado (1996) confirman la existencia de dos sub-periodos claramente diferenciados. Un primer periodo, que comprende aproximadamente la primera mitad de los 80, en que fue el comportamiento de los precios sanitarios el que en mayor medida determinó la evolución del GSP. Y un segundo, que va de 1987 a 1995, en que el factor determinante de la evolución del gasto pasó a ser la prestación real media. En este punto, la incógnita que surge de modo natural es anticipar cuál pueda ser el comportamiento más probable de dichos factores en el futuro, pues éste comportamiento será el que en gran medida determine si la financiación del gasto sanitario puede o no tener cabida dentro de las previsiones macroeconómicas de crecimiento futuro del PIB.

Tabla 1. DESCOMPOSICION DEL GASTO EN COMPONENTES Y ANALISIS DE SUS ELEMENTOS PROPULSORES

* CANTIDAD/ CALIDAD: CAPACIDADES TERAPEUTICAS DE LA MEDICINA ('MAS Y MEJOR', AUNQUE CON COSTES INCREMENTALES, Y AUMENTO DE LA POBLACION DEPENDIENTE).
CONSIDERACION DE LOS ASPECTOS DE CALIDAD PERCIBIDOS NO VINCULABLES A LA EFECTIVIDAD TECNICA DE LOS SERVICIOS.
* COSTE: COSTE UNITARIO (GESTION, CONTROL DE BENEFICIOS, MARGENES, POLITICA DE PERSONAL)
* ALCANCE: UNIVERSALIDAD DE SERVICIOS, GENERALIZACION DE COLECTIVOS PROTEGIDOS.
SITUACION DE PARTIDA: SOCIEDAD MEDICALIZADA, INFLUENCIA DEL SECTOR SANITARIO INDUSTRIAL, PESO DE LOS PROFESIONALES (IMPACTO EN MEJORAS RETRIBUTIVAS E INDUCCION DE DEMANDA)

1.3. Predicciones acerca de la evolución futura del GSP

Un valoración de la evolución previsible del gasto sanitario en España puede efectuarse, tentativamente, comparándola con el comportamiento que esta variable ha exhibido en otros países de nuestro entorno. En este sentido, cabe referirnos a un trabajo previo en el que analizábamos hasta qué punto el gasto público efectuado por

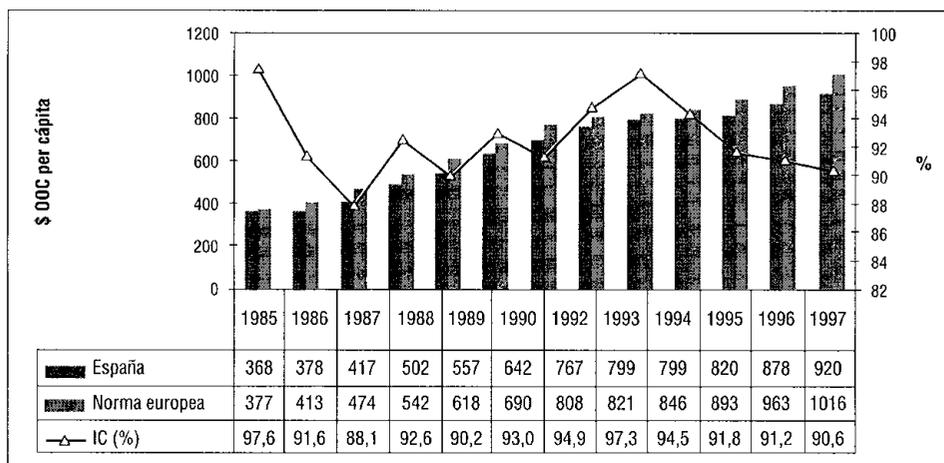
nuestro país durante los últimos años resulta o no equiparable al realizado en otros países de la UE, una vez se han tenido en cuenta los diferenciales de renta que tradicionalmente han existido entre estos países y España (López Casasnovas y Casado, 1999). La metodología empleada en dicho trabajo, que también analizaba otras partidas de gasto (defensa, educación y vivienda), se desarrolló en tres etapas: 1) Empleando datos relativos a 5 países de la UE (Alemania, Italia, Reino Unido, Francia

3. Este último concepto hace referencia a todos aquellos cambios que afectan tanto a la calidad como a la cantidad de los servicios sanitarios prestados por la Administración.

y España), se estimó mediante MCO la relación funcional existente en el periodo 1985-1993 entre el PIB per cápita y el gasto sanitario público, 2) a partir de los resultados obtenidos en la anterior regresión, se calculó lo que coincidimos en llamar “norma europea”: esto es, el valor que adoptaría el gasto público por habitante en el conjunto de los países comunitarios mencionados si sus

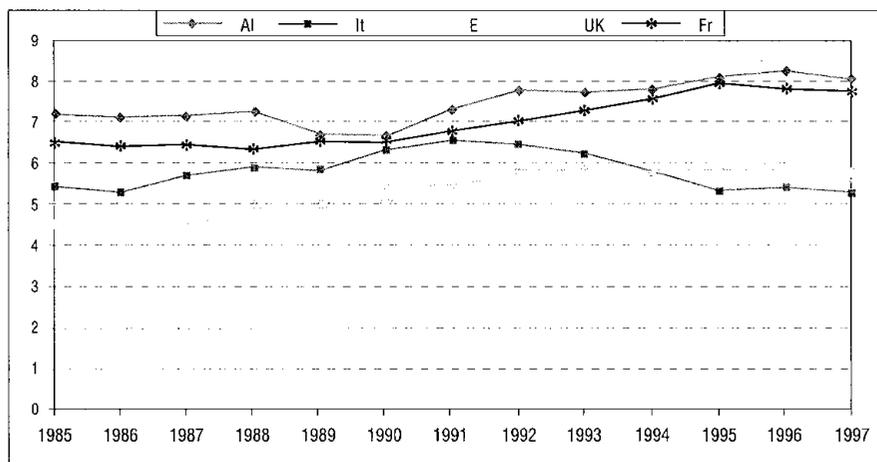
niveles de renta coincidiesen con los observados en España durante el periodo considerado, y 3) tras ello, se calculó el porcentaje que sobre la norma comunitaria anteriormente definida representaba el gasto real observado en España (a dicho porcentaje se le denominó “índice de cobertura”). Los resultados obtenidos se muestran en los dos gráficos que siguen.

Gráfico 2. Gasto público per cápita en sanidad (\$ PPC): España vs. Norma Europea.



FUENTE: Elaboración propia a partir de Health Data File (1998).

Gráfico 3. Convergencia por países.



FUENTE: Elaboración propia a partir de Health Data File (1998).

Así pues, en base a los anteriores resultados, todo parece apuntar a que España cuenta prácticamente con el nivel de gasto que corresponde a su nivel de desarro-

llo. Lo que a su vez quiere decir que en la medida que España continúe aumentando su renta es esperable que, como ha sucedido en aquellos otros países, el gasto sa-

nitario aumente más que proporcionalmente, con lo que se puede acelerar su dinámica de crecimiento. Dicha predicción se puede derivar tanto desde la estimación de la elasticidad renta para el conjunto de países de la OCDE y proyectar sus valores para distintos escenarios de la economía española, como a través de ir calculando el gasto en sanidad correspondiente a algunos de dichos países cuando, en el pasado, se situaban en los niveles de renta de los que hoy dispone España (López y Casado, ob.cit.).

Siendo los precios sanitarios en buena medida endógenos en la sanidad pública (salarios de los profesionales) y las variaciones demográficas predecibles, la cuestión que cabe discutir es la de hasta qué punto la evolución de la utilización media esperada podrá tener cabida en la financiación que permita el crecimiento del PIB nominal. A este respecto, quisiéramos realizar los siguientes comentarios.

Si bien es cierto que la evolución de la prestación real media depende de decisiones del gobierno, de ello no se desprende que aquélla pueda ser fácilmente controlada por éste. Dicha evolución del factor utilización va a depender de una serie de variables (la capacidad de resolución del sistema a través de alternativas asistenciales de menor coste, el nivel de frecuentación de los servicios y la evolución en la intensidad de cuidados asistenciales y/o del grado de 'intensividad' de la tecnología por episodio asistencial), cuyo manejo por parte de la Administración resulta, cuanto menos, complicado. Así, la frontera tecnológica se mueve en sanidad de modo acelerado (los fármacos combinados en el tratamiento del SIDA como nuevo reto), la población envejece, aumenta la esperanza de vida y se aspira a mejoras en la calidad con la que se vive (haciéndose borrosa, en este extremo, la separación entre el gasto sanitario y el gasto social).

En definitiva, no descubrimos nada nuevo si reconocemos que la presión social sobre el gasto sanitario público coloca a su financiación en una situación muy compleja. La influencia de una sociedad cada vez más 'medicalizada', que espera que el sistema sanitario tenga capacidad resolutoria de los distintos problemas de salud, al empuje de las nuevas tecnologías y ante la aparición de nuevas enfermedades obliga a un ejercicio de priorización muy cruel: las posibilidades que favorece el conocimiento sanitario son globales, pero los recursos con los que cada cual las ha de afrontar son locales. De ahí que todo racionamiento se visualice en gran medida como frustración de bienestar colectivo y

que la confrontación política arroje rentas electorales importantes.

La racionalización del gasto sanitario deviene, por tanto, una tarea políticamente muy arriesgada. Está claro que, por un lado, difícilmente podrá el sector público acometer la calidad asistencial que se le exigen sin revisar los viejos modos de producir servicios. Por otro lado, el enquistamiento de intereses en nuestro sistema sanitario parece poner precio a dichas mejoras en el sentido de que nadie desea perder cuota de decisión y nivel de renta, con lo que, como resultado, la financiación incrementalista de dichas reformas puede resultar insostenible.

En primer lugar, el sistema sanitario registra un elevado número de médicos —cifra que compara mal con los países de nuestro entorno—, que a la vista de la carga de trabajo asistencial que asumen, exhiben un nivel de productividad aparente bajo. Pero en contraposición a lo anterior, es cierto, también, que el nivel de remuneración nominal de dichos profesionales compara también mal con países desarrollados, y que hacen falta profesionales de enfermería. En cualquier caso, las políticas de números clausus puestas en práctica y de amortización de plantillas no pueden ofrecer resultados inmediatos.

En segundo lugar, se acostumbra a destacar el elevado peso en el gasto inducido por un importante 'hospitalocentrismo'. Si bien éste no es necesariamente un rasgo en el que España sea claramente 'outlier', no cabe duda que la falta de una mayor capacidad resolutoria de la atención primaria puede estar encareciendo la factura asistencial. Pero dicho esto, cabe constatar también que la reforma de la atención primaria, con la creación de los nuevos centros de salud, pese a disminuir ligeramente el coste farmacéutico, ha supuesto un aumento del gasto público en atención primaria, visto el modelo retributivo ('funcionario') aplicado y su escasa capacidad de sustituir actividad especializada.

Por lo demás, en tercer lugar, España exhibe un elevado gasto farmacéutico, especialmente si se presenta en términos porcentuales en el total del gasto público, no tanto en términos capitativos, que ha sido recientemente objeto tentativo de todas las medidas posibles (listas negativas, precios de referencia, control de precios, introducción de genéricos, transferencias de beneficios por encima de los pactados, reducción de precios por decreto). Dicho esto se ha de remarcar, sin embargo, que los precios de los medicamentos son en España de los más bajos de la Unión

Europea, con lo que el problema del gasto farmacéutico es sobre todo un problema de sobreconsumo y costes de dispensación. Existiendo un importante comercio paralelo, el control del gasto ofrece otros referentes distintos a la únvova negociación sobre los laboratorios directamente implicados: las oficinas de farmacia, los usuarios y sobre todo los prescriptores resultan claves, pese a que ninguna de las medidas comentadas parece plenamente dirigida a dichos protagonistas.

Finalmente, por destacar los rasgos más importantes, el crecimiento de la prestación sanitaria real, agente efecti-

vamente propulsor del gasto sanitario agregado, resulta coetáneo, sino en parte también causado por, la descentralización sanitaria. La escasa responsabilización en el gasto, no se limita tan sólo a profesionales y usuarios, sino también a algunas autoridades sanitarias. Sin embargo, dicho lo anterior, la mayoría de CC.AA. con transferencias está más abocada a buscar aquellas variables que mejor le puedan 'funcionar' en la línea de distribución del gasto central a transferir, que en reclamar espacios de autonomía fiscal, respecto de los que se suele ser reacio bajo el temor de sus potenciales efectos en la su- puesta solidaridad interterritorial.

Tabla 2. CONTEXTO DE REDUCCION DE LAS TASAS DE INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO PUBLICO EXPERIMENTADO EN EL PASADO: ¿DONDE INCIDIR?: LAS POLITICAS

1. DECREMENTO DE COSTES UNITARIOS?

LA ELIMINACION DE ACTIVIDAD SANITARIA SUPERFLUA LOS PUEDE DE HECHO HACER AUMENTAR.

ANTE LA BAJA PRODUCTIVIDAD OBSERVADA LOS AJUSTES DE PLANTILLA DEBIERAN DE SER PREVISIBLES.

AVANZAR POR LA VIA DE LA PRIVATIZACION DE LA GESTION CHOCA CON LOS LIMITES DE LOS CONTROLES LEGALES A LA UTILIZACION DE DINERO PUBLICO POR MANOS PRIVADAS.

2. DESMEDICALIZAR LA SOCIEDAD

DIFICIL 'DEMARKETING' SANITARIO.

ACTUACIONES DESDE FUERA DEL SISTEMA SANITARIO (POLITICAS INTERSECTORIALES QUE INCIDEN SOBRE LA SALUD)

RESPONSABILIZAR EN MAYOR MEDIDA A LOS USUARIOS SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD. CHOQUES CULTURALES Y 'RUIDO' POLITICO DE COPAGOS POSIBLES (INCLUSO PARA SERVICIOS DE BAJA EFECTIVIDAD).

IGNORAR AVANCES TECNOLOGICOS CUANDO EL CONOCIMIENTO RESULTA CADA VEZ MAS UNIVERSAL (PESE A QUE LA RESPUESTA DE CADA SISTEMA SANITARIO SE HA DE BASAR EN SUS RECURSOS DISPONIBLES).

3. PRIORIZAR (CON O SIN INFORMACION SOBRE COSTES)

DEJAR FUERA DE COBERTURA A DETERMINADOS SERVICIOS (EQUIVALE A COPAGO DEL 100%)

COLECTIVOS DESTINATARIOS (FALTA DE CONSENSO SOCIAL ACERCA DEL MAXIMIZANDO DE SALUD APROPIADO).

1.4. Algunas reflexiones adicionales e ineludibles sobre la política sanitaria

Vista la agenda de políticas de intervención pública resumida en la Tabla 2, cabe formular los criterios teóricos desde los que acometer su abordaje⁴.

En el terreno de la política sanitaria, la discusión sobre el rumbo a adoptar por las políticas de reforma de la financiación sanitaria se enraiza en tres elementos cruciales, según se desee dirigir la política pública al objetivo distributivo prevalente, ya sea:

(i) a través de la financiación, a la búsqueda de la combinación deseada entre impuestos, precios y primas de seguro privado,

(ii) por la vía de la gestión y control de la provisión (cantidades producidas de servicios y priorización según tipología de colectivos destinatarios), y

(iii) en cuanto a la función de producción (sostenibilidad de los costes, en atención a la productividad de los inputs y retribución de los factores).

4. Parte de dichas reflexiones se derivan de un texto elaborado para el libro *Las Estructuras del Bienestar*, dirigido por S. Muñoz Machado, J.L. García Delgado y L. González Seara, y editado por Civitas, pendiente de publicación.

En un extremo se situarían los partidarios de

1. una financiación impositiva exclusiva, basada en la tributación sobre la renta y no en la disponibilidad de compra (excluyente incluso la complementariedad procedente, potencialmente, del sector de aseguramiento sanitario privado);
2. con cobertura universal de participación obligatoria (sin posibilitar el ejercicio de optar por salir del sistema en financiación y utilización);
3. con inclusión de todas las prestaciones existentes (en el sentido de conocidas por los propios profesionales en el sistema sanitario);
4. y ejerciendo un control activo de costes, vía retribuciones de proveedores, presupuestos globales para las instituciones, seguimiento de la actividad inapropiada y estableciendo limitaciones sobre la capacidad asistencial y autorizaciones de equipamientos del sistema sanitario.

En el extremo opuesto se situarían los partidarios, aún compartiendo el objetivo redistributivo básico en todo sistema de aseguramiento público:

1. de contribuciones basadas en renta para la financiación de la cobertura pública básica (ya sea esta simplemente la catastrófica o la resultante de una limitada política 'de catálogo', con o sin supuestos explícitos de coste efectividad);
2. el acompañamiento de prestaciones complementarias de la mano del aseguramiento adicional, público o privado, pero financiado exclusivamente con contribuciones sociales no graduadas de acuerdo con los riesgos individuales (es decir, a través de primas comunitarias que pueden diferir entre colectivos -por ejemplo según edad o sexo- pero no dentro de dichos colectivos);
3. manteniendo la obligatoriedad de pertenencia al sistema de cobertura (impidiendo la ruptura de la solidaridad en la financiación), aunque con descentra-

- lización de la función aseguradora bajo las condiciones de registro abierto y traspaso de financiación a partir de primas ajustadas por riesgo, y
4. producción privada bajo provisión (responsabilización) y financiación pública como principal elemento de gestión de servicios.

Nótese que, como no podía ser de otra manera, existen posiciones intermedias y que ambos extremos caben en el mismo terreno de juego de la redistribución social, aunque con despliegue de recursos y estrategia de juego diferentes, por lo que no caben, en principio, descalificaciones ideológicas apriorísticas.

De hecho, acabar optando por una estrategia u otra deviene una cuestión de creencia en la eficacia de los instrumentos (hasta que punto se validan éstos en términos de su éxito en las políticas de lucha contra la desigualdad, hasta que punto la redistribución que provocan es o no un simple trasiego de recursos entre grupos de profesionales y contribuyentes).

2. Las opciones de financiación futura del sistema sanitario

Hemos visto en la sección precedente parte de la problemática asociada a una política de racionalización (racionamiento del gasto sanitario). No es ésta obviamente la única opción posible. En la línea alternativa de adicionar recursos a la financiación del gasto sanitario público, se ofrecen a continuación distintas posibilidades (tabla 3). Respecto a cada una de ellas vamos a destacar puntos fuertes y puntos débiles, en relación con lo que ha de ser la lógica de un sistema sanitario, que se quiere de aseguramiento público, aunque no, entendemos que necesariamente de provisión y producción también públicos exclusivamente.

Tabla 3. LAS POLITICAS DE FINANCIACION

MÁS FINANCIACION PUBLICA (REDISTRIBUCION ENTRE PARTIDAS DE GASTO PUBLICO)

A IGUAL FINANCIACION, CONCENTRAR EL GASTO DE MANERA SELECTIVA HACIA OBJETIVOS SOCIALES

- DEJAR FUERA DE PROTECCION LAS CLASES MAS PUDIENTES

- IDEM SOLO PARA LAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

A IGUAL FINANCIACION, DETERIORO GENERAL DE LA PRESTACION SANITARIA MEDIA (EQUIVALE A AUMENTAR LOS COSTES DE ACCESO)

MAYOR FINANCIACION PRIVADA DONDE NO LLEGUE EL SECTOR PUBLICO, BIEN POR FALTA DE RECURSOS O POR NO SUPERAR LOS SERVICIOS SU TEST DE COSTE EFICIENCIA

EN TODOS LOS SUPUESTOS, NECESIDAD DE CONTROL DEL GASTO A TRAVES DE UNA BUENA GESTION

No comentaremos aquí la estrategia de la mejora de la eficiencia (nuevos sistemas de asignación de recursos, cambios en la consignación de responsabilidades, incentivos a corregir la variación de las prácticas clínicas, etc.) como posible colchón de aumentos futuros del gasto, por cuanto creemos que no se trata de una alternativa, sino de un común denominador a cualquiera de las opciones futuras. Se trata, por lo demás, de un esfuerzo recurrente en el tiempo, que tiene que juzgarse en mayor medida en función de su mantenimiento que de sus posibles éxitos en determinadas coyunturas. Además, la situación financiera requiere medidas de mayor calado que las que previsiblemente permite la mejora de la eficiencia en la gestión del gasto sanitario.

Cuatro son, en este contexto, las opciones posibles para el abordaje de la problemática que vive hoy nuestro sistema sanitario⁵:

- a) Incrementar la financiación sanitaria pública buscando un mejor encaje, a igual presión fiscal, en el presupuesto de las distintas Administraciones Públicas. Ello equivale a sacrificar otras partidas de gasto público, en favor de una mayor suficiencia sanitaria.
- b) Aumentar los ingresos impositivos destinados a la financiación sanitaria pública, a través de variaciones en la presión fiscal, ya sea por la vía de un impuesto finalista, ya sea a través de una mayor imposición general, con o sin acompañamiento de ingresos fiscales autonómicos o locales. Al primero de los temas dedicaremos algunas reflexiones finales.
- c) Favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada, liberando a la primera de la totalidad de la presión para acompañar futuros crecimientos del gasto sanitario público (a través de precios regulados y copagos, y primas de seguro complementarias).

2.1. Análisis de las alternativas contempladas

Examinemos de modo separado algunas de las alternativas anteriormente comentadas con mayor detalle.

1. **El reencajar mejor la financiación sanitaria en el gasto público** cuenta con el punto fuerte de la valoración social relativamente elevada que recibe, en términos generales nuestro sistema sanitario. Desde esta lectura, los problemas de financiación sanitaria no deberían de entenderse como un déficit del Ministerio o Consejería de Sanidad correspondientes, sino del Estado o de la Comunidad Autónoma en su conjunto, ya que en esta misma escala o ámbito se perciben los beneficios. La complicidad del ciudadano para dicho tipo de políticas es esperable (aunque no puede ello justificar una especie de patente de corso en la financiación), y una estrategia de este tipo permite reforzar el papel de la autoridad sanitaria y rehuir una determinada política financiera que negligente o supe dita las políticas sanitarias ante los condicionantes económicos.

El coste de oportunidad de un tipo de opción como el comentado (eliminación de otras partidas de gasto público, y posiblemente de gasto social, dada la importancia de éste en el total) se debería, en coherencia, acompañar del compromiso en favor de una gestión del gasto mucho más transparente que la actual, y más orientada a la calidad percibida de los servicios por parte de los usuarios (libre elección, la financiación sigue a la actividad demandada, etc.).

2. **Un aumento de ingresos totales resultado de un incremento de la presión fiscal.** Como se sabe, dicha política es contraria a los postulados de los principales partidos políticos; y ello no tanto porque sea elevado el nivel relativo de la presión fiscal española comparado con la media de la OCDE o de la Unión Europea, sino que el ritmo de crecimiento experimentado ya en nuestro país en las dos últimas décadas lo convierte en menos probable. Por lo demás, nuevos aumentos tienen, ciertamente, un encaje muy difícil en el escenario de competitividad al que está abocado la economía española.

La financiación adicional selectiva, en su caso, podría conseguirse, sin embargo, mejorando de este modo la corresponsabilización en el gasto, a través de favorecer la aplicación de tramos de financiación local o autonómica adicional por parte de aquellas Comunidades Autónomas que ejercen las competencias sanitarias en el

5. Seguimos aquí en parte el trabajo del mismo autor 'Economía de la Salud' en *La formación de los Profesionales de la Salud*, Fundación BBV Bilbao, 1997, pps 642-646.

marco de la financiación general⁶. Algo similar supondría la instauración de una especie de 'igualdad territorial', a partir de la financiación local en general. Incluso podría incentivarse la aplicación de dicho esfuerzo territorial adicional con políticas de subvención estatal compensatoria, desde una concepción típica del gasto sanitario público como bien de mérito, social o preferente que conviene incentivar a distintos niveles.

En lo que se refiere a la posible aplicación de impuestos afectados, sus ventajas, vinculadas a una mayor visualización de los beneficios, se han de analizar en relación a las rigideces y dependencias que pueda generar; en especial, a la vista de la elasticidad de las bases recaudatorias y de la elasticidad renta de la demanda. Seguir dicha estrategia supone quebrar, sin embargo, el principio de unidad de caja y puede acabar, en caso de generalizarse, por dejar sin financiación aquellos bienes y servicios que tienen una menor concreción en el presupuesto público: precisamente, los de beneficios mayormente indivisibles, como es el caso de buena parte de los bienes públicos.

Cabe reconocer, sin embargo, que los aumentos directos de financiación a partir de las fuentes de tributación existentes, ofrecen márgenes para cambios adicionales bastante estrechos (la bajada quizás del impuesto de renta y el crecimiento relativo de la imposición sobre el valor añadido, siguiendo pautas europeas). Por ello conviene plantearse alternativas algo más creativas, y así, sin duda, más arriesgadas políticamente. Nos referiremos aquí a tres de ellas, que para su tratamiento profundo se requiere algo más de explicación que la que aquí podemos dar.

La primera de las alternativas se centra en la revitalización del impuesto de sucesiones. La evolución de su recaudación no se corresponde posiblemente con lo que ha sido la

evolución de la concentración de la riqueza en nuestro país. Además de incrementos impositivos según el nivel de riqueza a la que acrezca la herencia, convendría eliminar posibilidades de arbitraje en donaciones privadas en vida y favorecerlas en compromisos para fundaciones públicas o parapúblicas. Ello podría resultar particularmente apropiado en la atención sociosanitaria. El grado de individualización de derechos que de ello se derivase se debería contraponer, por lo demás, al posible abuso de su remisión alternativa a un fondo indiferenciado para el conjunto de la población.

Una segunda alternativa podría consistir en la creación del impuesto cupón a las participaciones empresariales, ya en efectivo (equivalente a un gravamen de las rentas de capital en las fuentes), ya en especie (participación accionarial bajo gestión de un 'pool' público, 'a la James Meade')⁷. Una armonización fiscal europea de rentas de capital, en la dirección propuesta bajo el mandato austríaco de la U.E., podría ayudar a su puesta en marcha. Su implantación podría quizás limitarse a algunas empresas de servicios públicos o en régimen de monopolio natural⁸.

Una versión atenuada de la afectación -que adquiere mayor razón de ser cuando se trata de una financiación coyuntural de un gasto que se sabe no va a generar efectos recurrentes- es la de comprometer, parlamentariamente, el esfuerzo fiscal adicional que se exige a la ciudadanía a la financiación del gasto social. Sin embargo, ello no puede entenderse con vinculación distinta a la que supone un compromiso político, y no como autorización legislativa a utilizar una caja con financiación separada para determinada categoría de gasto.

3. La introducción de una política que inicie la **sustitución de ingresos públicos por ingresos privados.**

6. En el plano autonómico, ello equivaldría a una disminución de las transferencias fiscales centrales conjuntamente a la apertura de un 'espacio fiscal' (*fiscal room* la llaman las provincias canadienses) sobre una cesta de impuestos cuyas variaciones recaudatorias quedasen afectadas a la financiación de gasto social (al sanitario y al educativo, en Canadá). A su vez, los municipios podrían completar servicios públicos (algo más explícitamente de lo que lo hacen ahora), siendo éste un mecanismo más redistributivo, al basarse en el conjunto de la financiación local, que el tradicional de las igualas médicas.

7. En su formato en especie (esto es, ante una quita o ampliación de capital correspondiente a la disminución de valor de las acciones), cabría vincular su retribución a un fondo general, que se financiaría sobre la base de sus rentas, y que podría, por ejemplo, 'refundar' parcialmente el sistema de pensiones. Dicha forma de participación en accionariado, no debiera generar derechos de participación activa en dichas empresas por parte de sus propietarios públicos.

8. Una última alternativa de variación de fuentes de presión fiscal se centraría en recuperar como objeto de tributación lo que son ahora exenciones a plusvalías por fusiones empresariales, hoy justificadas por la mejora de la competitividad y precios inferiores, en favor del bienestar de los consumidores, aunque no conocemos estudios que permitan tales afirmaciones y sí constatamos una creciente concentración empresarial con los peligros de oligopolización consiguientes.

En realidad, ésta sería la política más coherente con los escenarios de consolidación fiscal propios de la Unión Europea, aunque no se nos esconde, como veremos, su dificultad. Si se extiende la vinculación general de la financiación del incremento del gasto público al gasto sanitario en particular, al crecimiento del PIB nominal, ello implica renunciar a acompañar con financiación tributaria un gasto que se sabe está influido por el crecimiento de la renta, la educación y a la mayor utilización vinculada al envejecimiento demográfico. Todo ello se acostumbra a expresar en una elasticidad de gasto con respecto a la renta superior a la unidad (categorización como bien de lujo). Lo anterior abre, por tanto, una brecha entre las presiones de incremento del gasto total y el gasto sanitario público. Recuérdese que en las últimas dos décadas, en términos reales y capitativos, ha crecido en España tanto el gasto sanitario público como el privado (y así también en términos de PIB), pero en términos proporcionales, el gasto sanitario público ha ganado participación sobre el total. Con el estado actual de las finanzas públicas, la extrapolación de la evolución anterior es, como vimos antes, difícilmente pensable.

Si se optase por aumentar el peso de la financiación privada en la resolución de problemas hasta ahora afrontados exclusivamente desde el sector público, la tarea exigiría, previsiblemente, gradualismo. Aunque dicho camino lo haya empezado a recorrer ya nuestro sistema de pensiones, bajo el modelo denominado de tres niveles, no parece que dicha vía sea igualmente transitable con facilidad (temores de dualización social) para otras partidas de gasto social, como en el caso que nos ocupa⁹. El copago en farmacia ofrece, en este sentido, un campo exploratorio de menor riesgo, entre otras razones, al ofrecer unos márgenes de financiación complementarios al gasto sanitario importantes¹⁰, con escasos costes de administración. Y quizás no sea dicha solución más inequitativa que una subida de impuestos especiales. Del mismo modo, la necesidad de profundizar en contribuciones de usuarios en renta o patrimonio para la atención geriátrica (en general, los ancianos no son los pobres de éste país si consideramos todos los activos), el desarrollo del mercado de rentas vitalicias y el resurgimiento de las donaciones a las funda-

ciones benéficas asistenciales se nos antoja también conveniente a la vista del 'boom' de demanda que dicho sector puede generar.

2.2. Factores relevantes para el estudio del impacto de las distintas opciones.

Una mayor participación de la **financiación privada no impositiva** puede provenir del pago directo, total o parcial (copago) por determinados servicios, ya sea en forma de precios regulados o primas; y en este último caso, a través de primas comunitarias que otorguen cobertura complementaria por las prestaciones, concurrentes o no, que suscriban los ciudadanos. Para que la primera de las fuentes (*precios y copagos*) tenga importancia recaudatoria, sabemos que debería afectar aquellos bienes de demanda más inelástica y con costes de recaudación bajos. Ello va en contra de lo que es la filosofía de un tiquet moderador, que en la medida en que realmente moderara el consumo no tendría efectos recaudatorios, y de un copago generalizado para todo tipo de prestaciones (por los costes de transacción previsiblemente generados). Antes de apostar por una política de estas características cabría identificar el impacto en la desigualdad que generaría un copago en servicios sanitarios, y qué modulación podría ser posible (el porcentaje del copago), a la vista -si es que ello es factible- de la razón coste/ efectividad social relativa a cada prestación, y de la capacidad del sector público de ejercer coacción en el pago obligatorio postulado. Ambos elementos se nos antojan bastante problemáticos. Sin embargo, dicho lo anterior, como se señala en López y Ortún (1997), no está claro que determinados copagos no sean superiores a sus alternativas: racionamiento indiscriminado por espera o cobertura universal de acceso pero limitada genéricamente en prestaciones. El juego de los copagos en el sistema sanitario requiere, por tanto, un estudio pormenorizado y no una descalificación general, así como, en su caso, imaginación para su implementación sensata (conjugándolos, por ejemplo, a la logística de los gastos fiscales en el IRPF y a la exención de determinados colectivos). Basta recordar para ello que la utilización de servicios sanitarios públicos es prácticamente similar entre cla-

9. Convendría recordar, en cualquier caso, que una elevación de tasas, por ejemplo en educación superior, con una singularización de dichas aportaciones a la vista de la calidad de los 'menús' educativos que ofrezcan las distintas universidades, amén de lógico puede resultar más equitativo que la situación actual.

10. Por ejemplo, previsiblemente superiores a los potenciales ahorros derivables de una financiación selectiva de medicamentos, o posiblemente hoy, de una ley de precios de referencia a la vista de la regulación de patentes vigente.

ses medias y clases bajas en España (Estruch, Bandrés, entre otros): sólo las clases altas consumen muchos menos servicios sanitarios públicos (en torno a un 50% de la media), pero su peso demográfico es escasísimo¹¹.

Por otro lado, adentramos en la incentivación de *primas complementarias*, obliga de nuevo, a lecturas distintas en función de

- (i) si se trata de primas por seguro de prestaciones concurrentes, o no, a las públicas,
 - (ii) si dominan las primas comunitarias y no actuariales -ya que éstas últimas pueden dejar fuera de cobertura a determinados colectivos de alto riesgo-, y (iii) la instrumentación paralela de políticas de aminoración de su potencial impacto regresivo en la desigualdad: por ejemplo,
- a) si se compromete el sector público a cubrir el gasto complementario para determinados colectivos que no superen la prueba de medios,
 - b) si se puede eximir, objetivamente (sin manipulación posible), del pago directo, por los servicios no incluidos, a determinados colectivos -jóvenes, crónicos, sida, etc.-, y
 - c) si resulta factible, de nuevo, recuperar, por la vía de los gastos fiscales, la desigualdad previsiblemente perdida con la introducción de financiación privada, a través de un tratamiento favorable del gasto sanitario privado, limitándolo, si acaso, al realizado por asalariados, con una reñta declarada que no supera un determinado importe, o que resulta, simplemente, de unos servicios asistenciales concretos que se desea incentivar con la deducción.

El hecho de que la mayor parte de la cobertura complementaria se refiera a prestaciones concurrentes, no sólo por falta de voluntad de las entidades de seguro de orientarse hacia otra línea de negocio como del fracaso de

delimitar de una vez por todas el catálogo público de prestaciones, genera incertidumbre sobre el futuro de dicha opción. Resulta claro que, en el futuro, en la medida en que se defina la póliza pública, y a igual gasto fiscal total, deberían recibir un trato más favorable (en deducciones sobre la cuota el gasto) aquellas prestaciones no concurrentes que las concurrentes. Sin embargo, el tratamiento favorable de estas últimas podría legitimarse en la medida en que la suscripción privada restara presión al dispositivo asistencial público, más que no favoreciera una mayor utilización del sistema sanitario en general (tanto público como privado), lo que convendría en cualquier caso analizar. Conviene en todo caso remarcar que las políticas de gastos fiscales están perdiendo peso como instrumento de política pública, tal como ha sucedido en España con la reciente reforma del IRPF.

En este sentido, el nuevo tratamiento fiscal en el IRPF del gasto sanitario ofrece luces y sombras. La situación anterior suponía un incentivo fuerte al sobre consumo (todo el gasto sanitario privado en sentido amplio era deducible al 15%, hasta el límite global establecido sobre la base imponible del contribuyente), y así al 'abuso moral'. El que se hubiera mantenido genéricamente en legislaturas pasadas no deja por ello de sorprender desde un punto de vista político. La reforma actual acota en mejor medida el contenido del gasto deducible (no queda abierto completamente al consumo individual: es la prima y no el gasto lo que se deduce), aunque lo reduce a la suscripción de seguros en acuerdos de empresa. Ello limita el colectivo potencialmente afectado, y deja en manos de la negociación colectiva lo que antes era una decisión individual (aseguramiento y nivel de gasto).

Una combinación, presupuestariamente neutral entre el mantenimiento del sistema anterior, selectivamente para determinados colectivos (de menor renta)¹² y limitado a prestaciones no concurrentes con las públicas (escenario en el que el sector público reconoce que no puede financiar todo para todos), con un subsidio menor para

11. La reducción de la deducción en el gasto farmacéutico (equivalente a la elevación del copago actual) para buena parte de la población, ofrece la posibilidad de explorar la mayoría de las sugerencias anteriores (tratamiento selectivo de beneficiarios, política de deducciones limitadas, etc.) a la vez que aportaría una financiación adicional importante para el sistema sanitario público, introduciendo más competitividad en el sector farmacéutico, y con costes de transacción relativamente bajos. Dicha política debería de acompañarse de un control directo del suministro farmacéutico de los colectivos para los que se mantuviera la exención, y de instrumentos para la recuperación de la posible desigualdad en el gasto sanitario que la política comentada podría comportar en sí misma.

12. No puede ignorarse que la deducción fiscal se ha situado efectivamente, mientras fue vigente, entre la proporcionalidad y la regresividad (véase E. Martínez, 1998 en *Public Finance*).

el aseguramiento voluntario, respetaría mejor, a nuestro entender, la lógica del sistema sanitario público¹³.

En cualquier caso, tal como ya comentamos, nunca es reiterativo destacar que la reforma del gasto sanitario, sus estructuras organizativas o sus instrumentos de financiación, no pueden considerarse un substitutivo de las necesarias mejoras de gestión¹⁴. Es decir, no cabe el pretexto de buscar en las reformas de lo 'macro' una especie de 'placebo' para eludir las reformas más micro. Un primer aspecto de la línea argumental que seguimos es el de que la buena gestión, de igual manera que lo pueda ser la lucha contra el fraude fiscal para la mejora de los ingresos públicos, ha de ser un referente permanente para todo aquél que asuma competencias de provisión.

2.3. Las dificultades asociadas a la gestión de los cambios

Un aspecto clave de la actual dinámica que impregna la evolución del gasto sanitario, y que ofrecemos a la reflexión del lector, tiene que ver con la elevada politización con la que se viven todas las propuestas de reforma. Esta es la razón por la que cualquier tentativa de cambio, más allá de sus dificultades intrínsecas, choca con problemas añadidos. A las complejidades propias de fundamentar correctamente el análisis en términos de objetivos e instrumentos (¿son las medidas adecuadas para los fines anunciados?), la búsqueda partidista de determinadas rentas electorales contamina el proceso de elaboración de opciones.

Los efectos de los cambios potenciales son visualizados con cierta facilidad por todos los ciudadanos, y la esquizofrenia entre consumidor potencial o usuario de los servicios y ciudadano contribuyente, es elevada.

Y es que, efectivamente, en la práctica, cualquier cambio conlleva incertidumbres. El grado de dicotomización, y así de posible pérdida de cohesión social es uno de

ellos: Así, la diferencia que puede introducir una dualización sanitaria futura (entre la sanidad universal y la asistencia complementaria) en particular. Este puede ser particularmente el caso si se opta por dos proveedores (el general y la beneficencia) en vez de por un sólo dispositivo financiado, sólo para quienes carecen de medios, por parte del sector público. De todos modos, la situación de partida no es tan perfecta y cerrada para considerar algunas cosas como pérdidas irreparables. Por ejemplo, es igualmente cuestionable un talante redistributivo que se base en el déficit público para mantener la solidaridad intrageneracional, remitiendo los problemas de financiación a generaciones futuras, vía endeudamiento. De modo similar, quien se acaba beneficiando de los servicios no está claro que sean siempre aquellos colectivos inicialmente postulados como destinatarios. En algunos países, en que se ha calculado dicho efecto¹⁵, se considera que tan sólo entre un tercio y un cuarto del total de la política redistributiva corresponde a un efecto 'Robin Hood', siendo la parte restante puro trasiego de recursos entre idénticos colectivos (clases medias), afectado, por lo demás, previsiblemente, del efecto Okun de los cubos agujereados (Okún, 1975). Replantear la situación, concentrar el componente redistributivo en igual o mayor medida tan sólo en los colectivos prioritarios tiene un gran atractivo de equidad que bien puede valer algunos riesgos.

Resumen

En resumen, opinamos que la incesante ampliación de la frontera de conocimiento sobre las posibilidades de curar y cuidar de nuestros sistemas de salud, complica en gran medida la sostenibilidad de su financiación. Este es el caso en particular en los sistemas públicos, dadas sus particularidades y el peso de la acción colectiva en las políticas de reforma sanitaria. En este sentido, el sector público español difícilmente podrá ofrecer la calidad asistencial pretendida sobre la exclusiva base de una financiación fiscal que sea sostenible sin revisar los viejos modos de organizar y financiar nuestro siste-

13. Piénsese que para quienes pensamos que la desigualdad sanitaria se expresa mejor en la falta de prestaciones públicas no accesibles privadamente para determinados colectivos (salud bucodental, componentes de la enfermedad mental), y no en la prohibición a que se atienda privadamente en centros públicos (lo que el sector público no suministra no se prohíbe efectivamente) el cambio sin duda supone un impacto socialmente regresivo.

14. En este sentido, no pueden existir dudas de que ni rediseñando las estructuras ni añadiendo fuel a la máquina de gasto, se van a poder redirigir los esfuerzos si se gestionan mal los recursos.

15. Véase el monográfico de la Oxford Review of Economic Papers Winter, 1996 dedicado a dicho tema.

ma sanitario. Por lo demás, una de las tesis que deseamos mantener aquí es que la 'devolución' de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto, sin quitismos) a las Comunidades Autónomas puede ser un

buen antídoto para el control del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización (evolución en la prestación media) observada en la última década en nuestro país.

Bibliografía

CULYER, A., VAN DOORSLAER, E. AND WAGSTAFF, A. (1992a), "Utilisation as a Measure of Equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard", *Journal of Health Economics*,"(1), March:93-8.

CULYER, A., VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A. (1992b), "Access, Utilisation and Equity: A Further Comment", *Journal of Health Economics*,"(2), August:207-10.

CULYER, A.J AND WAGSTAFF, A. eds.(1996), *Reforming and Health Care Systems. Experiments with the NHS*. Aldershot, Hants:Edward Elgar Publishing.

INSALUD (1999) *Presupuesto Insalud. Datos y Cifras*. Madrid.

LE GRAND, J. (1996), *Equity, Efficiency and the Rationing of Health Care*, in Culyer and Wagstaff (1996):150-64.

LÓPEZ G Y D. CASADO (1996) La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal, *Presupuesto y Gasto Público*, no 20, IEF, Madrid.

LÓPEZ G Y D. CASADO (1999) 'Análisis prospectivo de la oferta de servicios públicos en España', en *El sector servicios y el empleo en España. Evolución reciente y perspectivas de futuro*, J. Cuadrado Roura. Fundación BB(pps 307-361).

LÓPEZ G. Y V. ORTÚN (1998) *Economía y sanidad. Fundamentos y Políticas* Ed. Encuentro, Madrid.

PELLISÉ L. Y OTROS (1999) Financiación Sanitaria y proceso transferencial, en *Evaluación de las políticas sanitarias en el estado de las autonomías* G.López (dir). Fundación BBV-Institut d'Estudis Autònomic, de próxima publicación.