

**Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario.
A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable
y lo sostenible**

Jaume Puig-Junoy

Universitat Pompeu Fabra (UPF)
Departament d'Economia i Empresa
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
www.econ.upf.edu/~puig

*Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario.
A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible*

© Jaume Puig-Junoy

Gener de 2007

La reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol procediment, compresos la reprografia i el tractament informàtic, resta rigorosament prohibida sense l'autorització expressa dels titulars del copyright, i estarà sotmesa a les sancions establertes per la lei.

© d'aquesta edició: *Fundació Rafael Campalans*

Via Laietana, 38, pral.

08003 Barcelona

Tel. 93 319 54 12 - Fax. 93 319 98 44

fundacio@fcampalans.cat

Impressió: Espai Gràfic Anagrac, S.L. - Tel. 93 372 32 62

ISSN: 1138-4514

Dipòsit legal: B-47.542-97

Índice

1	Introducción	7
2	¿Cuál es la posición relativa del SNS español en recursos y resultados dentro de la OCDE?	11
3	¿Es el envejecimiento la principal causa del crecimiento acelerado del gasto sanitario público español?	17
4	¿Es previsible que la proporción del PIB destinada a gasto sanitario público en España siga creciendo en el futuro?	25
5	¿Cuánto deberíamos gastar en servicios de salud financiados por el sector público en España?	37
6	¿Es sostenible para las finanzas públicas el aumento esperable del gasto sanitario público?	49
7	¿Qué razones existen para justificar la necesidad de aumentar el nivel de corresponsabilidad financiera del paciente?	53
8	¿Por qué el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas tiene dificultades para encajar la tendencia creciente del gasto sanitario?	59
	Referencias bibliográficas	77

RESUMEN

El objetivo de este trabajo consiste en presentar de forma selectiva, y desde la perspectiva económica de la asignación óptima de recursos, una aproximación al estado del conocimiento sobre algunos elementos centrales para un debate más informado sobre los puntos fuertes y débiles de la situación actual y las perspectivas de futuro de la financiación del descentralizado SNS español.

Para desarrollar el objetivo de este trabajo se tratan las cuestiones siguientes:

- ¿Cuál es la posición relativa del SNS español en recursos y resultados dentro de la OCDE?
- ¿Es el envejecimiento la principal causa del crecimiento acelerado del gasto sanitario público español?
- ¿Es previsible que la proporción del PIB destinada a gasto sanitario público en España siga creciendo en el futuro?
- ¿Cuánto deberíamos gastar en servicios de salud financiados por el sector público en España?
- ¿Es sostenible para las finanzas públicas el aumento esperable del gasto sanitario público?
- ¿Qué razones existen para justificar la necesidad de aumentar el nivel de corresponsabilidad financiera del paciente?
- ¿Por qué el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas tiene dificultades para encajar la tendencia creciente del gasto sanitario?

© 2006 Jaume Puig-Junoy

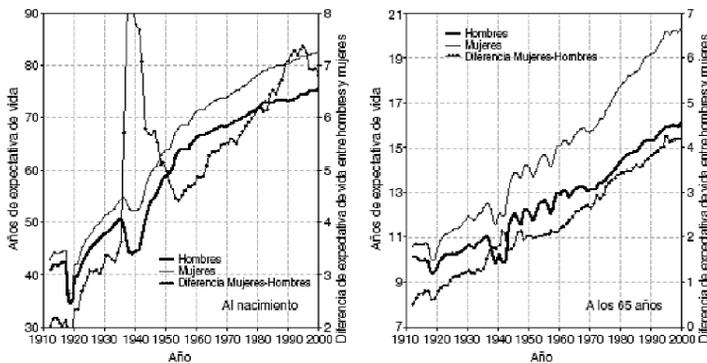
Nota. - Este informe ha sido preparado por encargo de la Fundació Rafael Campalans.

1. Introducción

Las mejoras en la esperanza de vida han sido espectaculares a lo largo del siglo XX, se ha multiplicado la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres en más de 2,2 veces a lo largo del siglo pasado en España, lo cual supone un aumento de más de 44 años (*Gráfico 1*). La esperanza de vida de los que llegan a los 65 años ha aumentado en casi 10 años, mientras que la de los que consiguen alcanzar los 75 años también ha aumentado en casi 7 años durante el mismo período de tiempo.

Ahora bien, el aumento del gasto en servicios sanitarios a lo largo de las últimas décadas no ha sido menos espectacular, ya que se ha multiplicado por cinco en el último medio siglo: en 1960, los españoles trabajaban un poco más de 3 días al año para pagar el coste total de la atención sanitaria, mientras que, en el año 2003, el gasto en atención sanitaria es equivalente a una media de casi 18 días de trabajo al año (OECD, 2006).

Gráfico 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años por sexos (España, 1911-2000)



Fuentes: Elaboración propia a partir de las estadísticas históricas del Movimiento Natural de Población y de los Censos de Población del siglo XX (Viciana, 1958 y 2003).

Fuente: Solsona y Viciana, 2004.

Resulta importante, sin embargo, tener en cuenta que otros factores, como el propio aumento de la renta, pueden haber contribuido tanto o más que los servicios sanitarios al aumento de la esperanza de vida, y que el crecimiento del gasto sanitario debe ponerse en relación con el valor económico de las mejoras en la supervivencia y en la calidad de vida relacionada con el estado de salud que las innovaciones introducidas en el campo sanitario hayan aportado.

La distinción entre gasto sanitario y coste de los servicios sanitarios pasa por el uso de índices de precios que permitan hacer estimaciones de los cambios en los precios y en la calidad de la atención. Muy poco, o casi nada, se sabe de lo que le cuesta al Sistema Nacional de Salud (SNS) ganar un año de vida o un año de vida ajustado por calidad de vida relacionada con el estado de salud (bienestar sanitario) o, más simplemente, evitar un evento cardiovascular. Los índices de precios disponibles no recogen los cambios que se suceden en la atención médica y farmacéutica, y las consecuencias para los costes del tratamiento de los pacientes. Dado que no se tiene en cuenta el cambio en la calidad de los productos, todo se asimila a un puro cambio de precios, y se hacen valoraciones de gasto sobrestimadas.

La inversión en innovaciones médicas y el gasto sanitario a lo largo del tiempo son una inversión en la mejora de la salud de los individuos, es decir, en su *capital salud*, como parte del capital social de la economía. Algunos trabajos recientes para Estados Unidos muestran que sería suficiente que el 27% de las mejoras en el capital salud fueran atribuibles al sistema de salud para que el beneficio neto del gasto sanitario no fuese negativo, si bien hay heterogeneidad entre tipos de tratamiento, por ejemplo, tratamientos cardiovasculares frente al tratamiento del cáncer (Cutler y Richarson, 1999).

También se puede estimar el valor de la *renta salud*, es decir, el valor monetario de la renta que sería equivalente o que se deriva de las mejoras en esperanza de vida, y comparar esta renta con lo que se destina al consumo de bienes y servicios no sanitarios. Los resultados para Estados Unidos son espectaculares (Nordhaus, 2002), y debieran ser incluso mejores para los países europeos: desde el año 1900 el valor monetario de las mejoras en el estado de salud ha crecido tan rápidamente como el consumo de otros bienes. Las cifras de renta nacional, tal y como se calculan en los sistemas de contabilidad nacional, no han recogido nunca el valor de las mejoras en el estado de salud, razón por la cual son una aproximación muy pobre al bienestar de la población.

Ahora bien, los servicios sanitarios deben ser analizados según su contribución a la salud y bienestar de las personas y las poblaciones. La dificultad estriba en precisar qué parte de las mejoras son atribuibles a los servicios sanitarios y qué parte a otros

factores como estilos de vida, entorno o mejoras socioeconómicas. Los beneficios de las intervenciones sanitarias pueden aproximarse a partir de la disposición a pagar, observada o declarada, de los individuos por una mejor salud. A estas valoraciones se incorporan criterios de equidad en un proceso social de establecimiento de prioridades.

Los servicios sanitarios son el servicio público que con más frecuencia utiliza la población (un 90% de los hogares en 1990 y un 84% en 2004 declara haberlo utilizado, cifra que supera incluso a la de infraestructuras y transportes públicos; IEF, 2005), y prueba del elevado valor que les conceden los ciudadanos es el hecho de que se mantienen de forma continuada desde 1995 como el servicio público que más interesa a la población española: en el 2005, un 31% de los individuos declara que la sanidad constituye el área de mayor interés, muy lejos del 19,8% que se decanta por la educación, que ocupa la segunda posición en este *ranking* (Barómetro Sanitario, 2005).

La sostenibilidad de la financiación del bienestar sanitario, en una visión no ausente de reduccionismo ya que generalmente se limita injustificadamente a los servicios sanitarios, es una preocupación prioritaria y común en todas las sociedades y gobiernos de los países desarrollados, con una presencia creciente en los medios de comunicación y en el debate político y electoral.

Algunos factores de preocupación son comunes a la mayoría de países desarrollados (crecimiento acelerado del gasto, envejecimiento de la población, flujo incesante de innovaciones médicas, precios de los nuevos medicamentos, resistencia al aumento de los impuestos, etc.), mientras que otros son más particulares del SNS español, tales como los que se derivan de la hiperespecialización sanitaria del presupuesto de las Comunidades Autónomas (CCAA) después de la descentralización completa del SNS (alrededor del 35% de su presupuesto de gastos), del sistema de financiación autonómica de las Comunidades Autónomas (CCAA) de régimen común, de la utilización poco responsable de la sanidad pública como arma arrojadiza entre gobierno y oposición con fines exclusivamente partidistas, o del elevado y creciente peso electoral de la población con acceso totalmente gratuito a la prescripción farmacéutica (cercano a una cuarta parte del censo electoral).

El objetivo de este trabajo consiste en presentar de forma selectiva, y desde la perspectiva económica de la asignación óptima de recursos, una aproximación al estado del conocimiento sobre algunos elementos centrales para un debate más informado sobre los puntos fuertes y débiles de la situación actual y las perspectivas de futuro de la financiación del descentralizado SNS español.

Para desarrollar el objetivo de este trabajo, a continuación, se tratan las cuestiones siguientes:

- ¿Cuál es la posición relativa del SNS español en recursos y resultados dentro de la OCDE?
- ¿Es el envejecimiento la principal causa del crecimiento acelerado del gasto sanitario público español?
- ¿Es previsible que la proporción del PIB destinada a gasto sanitario público en España siga creciendo en el futuro?
- ¿Cuánto deberíamos gastar en servicios de salud financiados por el sector público en España?
- ¿Es sostenible para las finanzas públicas el aumento esperable del gasto sanitario público?
- ¿Qué razones existen para justificar la necesidad de aumentar el nivel de corresponsabilidad financiera del paciente?
- ¿Por qué el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas tiene dificultades para encajar la tendencia creciente del gasto sanitario?

Abrir ventanas para la necesaria ventilación de la discusión informada sobre las reformas factibles en la financiación sanitaria española (volumen y origen de los recursos) y en defensa del bienestar sanitario, más allá del discurso sobre el pertinaz déficit sanitario y más allá de esgrimir el escudo de la equidad nunca demostrada como arma inmovilizadora *-incorrección política-* en favor del statu quo, aconseja someter al contraste de la evidencia mitos tales como “ la gran insuficiencia del gasto sanitario público en España”, “las inequidades territoriales que se reflejan en las diferencias en gasto sanitario público per cápita entre CCAA”, “la amenaza del envejecimiento a la sostenibilidad del SNS”, “la inequidad inherente a los copagos”, “la necesidad de un aumento muy notable del gasto sanitario público”, “la crisis financiera de la sanidad pública en manos de las CCAA”, etc.

2. ¿Cuál es la posición relativa del SNS español en recursos y resultados dentro de la OCDE?

Para obtener una visión general y descriptiva de la posición que ocupa el SNS español en el contexto de la OCDE, una opción sencilla consiste en construir un *ranking* relativo en percentiles para diversas variables de los dos lados de la balanza del bienestar sanitario (recursos por un lado y resultados por el otro), y de esta forma examinar su evolución desde 1960 hasta los años más recientes (*Tabla 1*). Se ha asignado el percentil 100 al país con el valor del indicador más alto en todos los casos, a excepción de los indicadores de mortalidad infantil, años potenciales de vida perdidos y consumo de alcohol; en estos últimos, se ha asignado el percentil 100 a los países con valores mínimos. La comparación se realiza para todos los países de la OCDE con información disponible para cada una de las variables y años elegidos.

La interpretación de los datos de la *Tabla 1* es como sigue. Por ejemplo, que España tenga un rango de percentil de 90 en la esperanza de vida al nacer de las mujeres en el año 2004, significa que en el 90% de los países analizados las mujeres tenían una esperanza de vida igual o inferior a la de España en el mismo año. La interpretación de los resultados difiere si observamos los indicadores a los cuales se ha asignado el percentil 100 a los países con valores mínimos. Por ejemplo, que España tenga un rango de percentil de 18 en el consumo medio de alcohol por persona (mayor de 15 años) en el año 2003, significa que solamente un 18% de los países analizados consumían por persona una cantidad de alcohol igual o superior a la observada en España en ese mismo año.

El balance general de la evolución comparativa de España desde 1960 es notablemente positivo en la mayoría de estos indicadores, en los dos lados de la balanza (*Tabla 1*). Esta mejora en la posición relativa del SNS español respecto de los países de la OCDE es mucho más evidente durante los primeros veinte años, hasta el punto que, en 1980, se alcanzan los mejores valores relativos en algunos de los indicadores de mortalidad. A partir de 1980, la posición relativa no mejora demasiado en algunos indicadores, e incluso empeora en algunos otros. Una excepción destacable son la mortalidad infantil y el consumo de alcohol, que han experimentado mejoras relativas muy destacables en los últimos veinte años.

<i>Tabla 1.</i>						
<i>Ranking relativo de España en algunos indicadores de recursos y de resultados (bienestar sanitario)</i>						
<i>País</i>	<i>Rango de percentil</i>					
<i>Indicador</i>	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Esperanza de vida al nacer, mujeres	31	62	76	79	86	90
Esperanza de vida al nacer, hombres	52	69	83	66	69	70
Esperanza de vida a los 60 años, mujeres	62	71	74	85	86	85b
Esperanza de vida a los 60 años, hombres	69	79	93	81	68	67b
EVLI al nacer, mujeres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	93d	n.d.
EVLI al nacer, hombres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	76d	n.d.
EVLI a los 60 años, mujeres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	79d	n.d.
EVLI a los 60 años, hombres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	87d	n.d.
Mortalidad infantil	15	28	48	55	83	80
Años potenciales de vida perdidos por cada cien mil personas	33	n.d.	75	56	64	67b
Consumo anual media de alcohol por persona	9	12	4	17	24	18a
Tomógrafos computarizados por millón de habitantes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	47	44
Unidades de resonancia magnética por millón de habitantes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	47	53
Equipos de Radioterapia por millón de habitantes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13	14
Médicos en activo por mil habitantes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	57	48
Camas de hospitales de agudos por mil habitantes	n.d.	n.d.	6	20	15	12a
Días de hospitalización de agudos por persona	n.d.	n.d.	n.d.	5	13	10a
Estancia media de los pacientes agudos	n.d.	n.d.	n.d.	59	54	57a
Gasto sanitario público por persona	n.d.	6	15	31	28	35
Gasto sanitario público como proporción del PIB	n.d.	6	20	50	31	22
Gasto sanitario total por persona	n.d.	5	13	32	24	33
Gasto sanitario total como proporción del PIB	n.d.	10	13	36	34	33
Fuente: OECD Health Data 2006						
Notas: n.d. son datos no disponibles. EVLI: Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (a) 2003; (b) 2002; (c) 2001; (d) 1999.						

Del conjunto de indicadores de resultado presentados en la *Tabla 1*, la mejor situación relativa de España se encuentra reflejada en la esperanza de vida (tanto al nacer como a los 60 años) de las mujeres y en la mortalidad infantil. En el año 2004, únicamente el 10% de países presenta una esperanza de vida al nacer de las mujeres mejor que la española, el 14% presenta una mejor esperanza de vida a los 60 años de las mujeres en el año 2000, el 7% una mejor esperanza de vida de las mujeres al nacer y libre de incapacidad en el año 1999, y el 21% una mejor esperanza de vida de las mujeres a los 60 años y libre de incapacidad, también, en el año 1999. (*Tabla 1*).

La situación para la esperanza de vida de los hombres no sólo no es tan favorable sino que, a pesar de las mejoras en el valor absoluto de esta esperanza de vida a lo largo del tiempo, la posición relativa española empeoró notablemente entre 1980 y 1990, para acabar experimentando una tímida mejora en las últimas décadas: en 1980, sólo el 17% de países presentaba una esperanza de vida al nacer de los hombres mejor que la española, mientras que, en 1990, esta esperanza de vida era mejor que la española en el 34% de países, en el año 2000, lo era en el 31% y, en el año 2004, en el 30%. En relación con la esperanza de vida de los hombres a los 60 años, España se situaba en el percentil 69 en 1960, en el percentil 79 en 1970 y en el percentil 93 en el año 1980; desde ese año, la posición relativa de España con relación a este indicador ha descendido hasta el percentil 68 en el año 2000.

La posición relativa de la esperanza de vida de las mujeres ha mostrado una tendencia creciente continuada, sin embargo la posición relativa de la esperanza de vida de los hombres, tal como se ha observado, sufre un retroceso relativo en la década de los ochenta. La evolución de la posición relativa de España, respecto de los países de la OCDE, con relación a los años potenciales de vida perdidos por muertes ocurridas antes de los 70 años evidencia este retroceso relativo, en términos de alejamiento de los primeros puestos en el *ranking*, que se observa en algunos de los indicadores tradicionales de estado de salud: mientras que, en el año 1980, España había ascendido hasta el percentil 75 desde el 33 del año 1960, en el año 1990, la posición relativa desciende hasta el percentil 56 y sube ligeramente hasta el percentil 67 en el año 2002.

Este ligero retroceso de la posición relativa es compatible con el hecho de que el nivel o valor absoluto tanto de los indicadores tradicionales de estado de salud (esperanza de vida, esperanza de vida ajustada por incapacidad o la mortalidad infantil) continúe, no obstante, presentando valores que sitúan a España en una posición relativamente favorable en el *ranking* internacional. Este ligero retroceso relativo o cansancio de los indicadores agregados de mortalidad y morbilidad (esperanza de vida de los hombres y años potenciales de vida perdidos), observado al comparar los indicadores de España con los del resto de países de la OCDE, tiene que ver, entre otros factores subyacentes que habrá que contrastar, con una cierta tendencia hacia

la convergencia internacional en estas variables y a los menores aumentos en valores absolutos (años de vida) para los países cuyo punto de partida era más elevado.

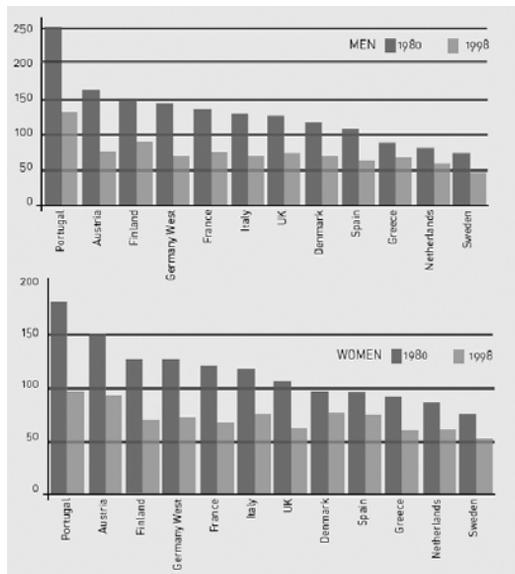
La posición relativa del gasto sanitario en España, tanto el gasto total como el gasto público, experimenta, en términos generales y agregados, una mejora notable hasta 1990, pero en la década de los noventa se ha producido un ligero retroceso. En el año 1970, el gasto sanitario público en España como proporción del PIB se situaba en el percentil 6: es decir, si el valor 100 corresponde al país con mayor nivel de gasto público como proporción del PIB en ese año, el nivel gasto público español suponía que sólo el 6% de los países tenían un nivel de gasto igual o inferior al de España. La mejora en la posición relativa del gasto público con relación al PIB se produce durante la década de los setenta y, especialmente, de los ochenta, de forma que, en 1990, el 50% de países gastaba una cantidad igual o inferior. En la década de los noventa se produce un cierto retroceso en la posición relativa de España, ya que, en el año 2000, sólo el 31% de los países de la OCDE presenta un gasto público con relación al PIB igual o inferior al español. En el año 2004, el retroceso se consolida con la colocación de España en el percentil 22. Una tendencia parecida en la evolución de la posición española relativa en el contexto de la OCDE se puede observar para el gasto público por persona y para el gasto sanitario total (por persona y con relación al PIB) (*Tabla 1*).

La valoración de la eficiencia del SNS, entendida como la relación entre los recursos invertidos y los resultados alcanzados (*relación multi-input y multi-output*), no resulta tarea fácil ni simple, por lo que es urgente y más apropiado huir de las visiones basadas en indicadores únicos, cuya selección de períodos, grupos de países y estadísticos a comparar resulta fácilmente manipulable al servicio de la conclusión previa que se quiera sostener (por ejemplo, la supuesta desconvergencia sanitaria del SNS con la UE-15). Y ello, en favor de la interpretación equilibrada de una batería de indicadores que represente la multidimensionalidad de los dos lados de la balanza, y en favor de indicadores de resultado, en términos de salud más sensibles a la actuación del sistema sanitario (objetivos y subjetivos). Entre aquellos indicadores disponibles en el nivel internacional y representativos de estos últimos, aunque no únicos, se encuentran la mortalidad evitable (medida objetiva) y la satisfacción de los usuarios con el SNS (medida subjetiva).

La mortalidad evitable (*avoidable or amenable mortality to medical care*) es una medida de las muertes ocurridas y que se hubieran podido evitar con una atención sanitaria oportuna y efectiva (capacidad resolutive y efectividad), por lo que resulta un indicador apropiado de los problemas objetivos del sistema sanitario. Utilizando y ampliando el concepto de mortalidad evitable hasta los 75 años, el estudio de Nolte y McKee (2004) ha analizado el impacto potencial de los servicios sanitarios en la mejora de la esperanza de vida y la mortalidad en doce países europeos en los

años ochenta y noventa. La comparación de las tasas de mortalidad evitable (*Gráfico 2*) en 1980 y 1998 ofrece evidencia generalizada de una reducción notable de la misma, especialmente, en los países con cifras más elevadas en 1980, lo cual es un indicio claro de la contribución positiva de los servicios de salud a la mejora de la supervivencia. La tasa española, que fue elevada en valores absolutos en 1980, ubicaba a España entre los sistemas de salud con mejores resultados en este indicador, entre los doce comparados, se situaba en el percentil 75 tanto para los hombres como para las mujeres. En 1998, aún habiendo reducido de forma importante la mortalidad evitable, la posición relativa del SNS español en el *ranking* de esta tasa de mortalidad ha empeorado ligeramente para los hombres (percentil 83) y de forma destacable para las mujeres (percentil 42), ello ha sido indicación de que el ritmo de reducción en la mortalidad susceptible de ser evitada por el SNS ha evolucionado de forma menos positiva que para otros países europeos.

Gráfico 2. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad (0-74 años) por causas susceptibles de ser evitadas por los servicios sanitarios



Fuente: Nolte y McKee (2004)

En 2005, según el Barómetro Sanitario difundido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, un 29,7% de la población opina que el SNS necesita cambios fundamentales o que está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente. Esta proporción se ha reducido ligeramente en los últimos años (un 38,7% en 1995; del Llano et al, 2006). Un 21,3% de la población opinaba, en 2005, que el SNS funciona bastante bien, mientras que casi la mitad de la población (47,8%) opinaba que funciona bien, aunque necesita algunos cambios. Según el mismo Barómetro Sanitario, el grado de satisfacción general con el SNS recibe una puntuación de 6,18 en 2005, en una escala 0-10, cifra en ligero ascenso en los últimos años. Asimismo, según esta misma fuente, la mayoría de los usuarios durante el año 2005 declara que ha recibido una atención buena o muy buena: un 73,6% de los que han utilizado la atención primaria y un 82,9% de los que han utilizado un hospital.

Una encuesta reciente sobre confianza en el SNS español (Harvard School of Public Health y Biblioteca Josep Laporte, 2006) indica que la proporción de población que opina que el sistema funciona correctamente y sólo necesita pequeños cambios ha aumentado desde el 21%, en 1991, hasta el 28%, en 2006, proporción superior a la del Reino Unido (26%) y Estados Unidos (16%). Según el mismo estudio, la proporción de población bastante y muy insatisfecha con la atención del SNS español también ha disminuido, pasando del 28%, en 1991, al 19%, en 2006.

Las cifras comparadas con la UE-15, a partir del Eurobarometer 2003 (OECD 2006), ofrecen cifras menos optimistas, pero muy cercanas a la media de la UE-15. Así en 2002, según esta fuente, el 45,6% de los españoles opinaba que el SNS funciona bien o sólo necesita pequeños cambios, proporción que es muy similar a la media en la UE-15 (43,9%). Un 50,7% de los españoles opinaba, en cambio, que el SNS necesita cambios fundamentales o que necesitamos rehacerlo completamente (cifra sólo ligeramente superior a la de Suecia e inferior a la de Grecia, Irlanda, Italia, Holanda, Portugal y Reino Unido), y la media UE-15 es del 51,7%.

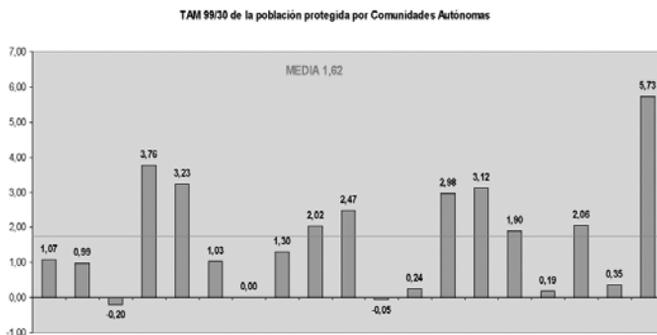
En la encuesta realizada en el estudio sobre *“Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2004”* (IEF, 2005), un 72% de los encuestados declara estar satisfecho (mucho/bastante) con los servicios de la sanidad pública concediendo a este servicio un grado de satisfacción de 2,8 en una escala 1-4 (cifra que se mantiene estable en los últimos años, y sólo inferior en una décima a los dos servicios públicos mejor valorados, infraestructuras y educación). Según esta misma fuente, la sanidad es el servicio público que más ha mejorado en los últimos cinco años (36% de las respuestas), es el más accesible a todo el mundo (47% de las respuestas), es el que más justifica el pago de impuestos (49% de las respuestas), el más adecuado a los impuestos que se pagan (38% de las respuestas), pero también es el que la población española cree que tiene más margen de mejora (33% de las respuestas) y el que identifica que peor utilizan los usuarios (28%).

3. ¿Es el envejecimiento la principal causa del crecimiento acelerado del gasto sanitario público español?

La proporción de españoles de más de 65 años aumenta cada año. Sabemos que los mayores necesitan más servicios médicos que los jóvenes. La hipótesis intuitiva que se desprende de ello es demasiado sencilla: el coste sanitario de las personas mayores hará insostenible la financiación del gasto sanitario público español. Sin embargo, esto no es cierto ya que la principal causa del aumento del gasto no reside en el envejecimiento: no es el número de personas mayores lo que impulsa el crecimiento del gasto sino el hecho de que ellos, y el resto de la población, utilizan cada vez más los servicios sanitarios, y ello no tiene relación con un empeoramiento del estado de salud.

Resulta un lugar común aceptado por médicos, políticos, investigadores e incluso por la población general el hecho de que el gasto sanitario de las personas de más edad es, en un momento dado del tiempo, más elevado que en personas más jóvenes. En Estados Unidos, por ejemplo, el gasto sanitario de las personas mayores de 64 años es más de tres veces superior al gasto de una persona en el grupo de edad de 34 a 44 años en el año 1999 y es cinco veces superior para el gasto de las personas mayores de 74 años (Reinhardt, 2003). Esta es precisamente la observación empírica que se encuentra detrás de la extendida creencia de que el envejecimiento es y será responsable de un fuerte crecimiento del gasto sanitario. La evidencia española con relación al gasto por edad no es muy distinta a la observada para otros países, tal como se puede observar en el *Gráfico 2*.

Gráfico 2. Gasto sanitario público por grupo de edad como proporción del PIB



Fuente: OECD, 2006b.

A pesar de todo, esta creencia resulta estar escasamente fundamentada en las constataciones empíricas. La realidad es que la evidencia disponible indica que la contribución del envejecimiento gradual de la población al crecimiento del gasto sanitario es moderada, siempre que el resto de factores se mantengan inalterados.

Otra cuestión importante a tener en cuenta a la hora de valorar el impacto del envejecimiento progresivo sobre el gasto sanitario es que el hecho de que el gasto por persona sea más elevado a medida que aumenta la edad de los individuos puede tener más que ver con que la probabilidad de muerte aumenta con la edad que con la edad propiamente dicha. Ya, en 1984, el economista norteamericano Victor Fuchs señaló que la relación entre gasto y edad estaba contaminada por el hecho de que la proporción de individuos que se encuentran en el último año de vida (cuyos costes sí son realmente muy elevados) aumenta rápidamente con la edad. Es decir, el impacto sobre los costes no depende tanto del número de individuos que superan una cierta edad, sino del número de muertes, ya que el gasto sanitario se concentra de forma muy exagerada en el período final de la vida de una persona.

La revisión de la literatura internacional sobre la contribución de los distintos factores al crecimiento del gasto en el nivel internacional presenta dos conclusiones que se pueden extender a la mayoría de sistemas sanitarios de los países desarrollados. La primera de ellas se refiere a la importancia del envejecimiento de la población: la contribución del envejecimiento al crecimiento del gasto sanitario, a diferencia de lo

que puede ocurrir, por ejemplo, con el gasto público en pensiones, ha sido moderada y no hay evidencia de que el envejecimiento, por sí sólo y como factor exógeno o inevitable, constituya una amenaza para la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos. La segunda de las conclusiones se refiere, en cambio, al papel preponderante de los cambios en la tecnología y en la intensidad de recursos por paciente como principal motor del crecimiento del gasto sanitario (Weisbrod, 1991; Newhouse, 1992).

¿Cuál es la evidencia empírica sobre la importancia relativa de los distintos factores responsables del crecimiento del gasto sanitario público español en los últimos años? Cuatro estudios recientes aportan información cuantitativa sobre la contribución del envejecimiento al crecimiento del gasto sanitario público español en las últimas décadas. Dos de estos estudios (Kotlikoff y Hagist, 2005; OECD, 2006b) aportan datos comparativos de las causas del crecimiento del gasto con países de la OCDE, mientras que los dos segundos analizan de forma específica el caso español (Puig-Junoy et al, 2004; Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario - GTAGS-, 2005). Las principales características y resultados de estos cuatro estudios se resumen en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Resumen de cuatro estudios recientes sobre las causas del crecimiento del gasto sanitario público por persona en España

Estudio (autor, año) Periodo; países	Factores de crecimiento	Resultados (tasas de crecimiento anual)	Observaciones
<i>Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, 2005</i> 1999-2003; España	Factor demográfico; prestación real media por persona	Factor demográfico: 0,3%. Prestación real media: 2,9%.	La prestación real media por persona se obtiene como residual.
<i>Kotlikoff y Hagist, 2005</i> 1970-2002; 10 países de la OCDE	Efecto demográfico, nivel de prestaciones (<i>benefit level</i>)	Efecto demográfico: 0,4%. Nivel de prestaciones: 4,6% (mín. 4,3%).	El nivel de prestaciones recoge cualquier otro cambio más allá del demográfico.
<i>OECD, 2006</i> 1970-2002; 30 países OCDE	Efecto edad; efecto renta; residuo (tecnología, precios relativos, políticas)	1970-2002: efecto edad (0,4%); efecto renta (2,4%); factor residual (2,5%). 1980-2002: efecto edad (0,3%); efecto renta (2,3%); factor residual (0,8%).	Efecto renta calculado suponiendo una elasticidad-renta unitaria. El residuo recoge cualquier crecimiento por encima del atribuible a la elasticidad-renta y el efecto edad.
<i>Puig-Junoy, Castellanos y Planas, 2004</i> 1991-2001; España	Factor demográfico; diferencial de precios; prestación sanitaria real media.	Factor demográfico: 0,5%. Diferencial de precios: 0,3%. Prestación real media: 1,9%.	El diferencial de precios recoge la diferencia entre el índice de precios al consumo y un índice de precios de la sanidad pública. La prestación sanitaria real media se obtiene como residual.

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios citados.

El método de descomposición de los factores del crecimiento del gasto público por persona empleado en los cuatro estudios de la *Tabla 2* es muy parecido: en todos los casos, se adopta el gasto público por persona de cada grupo de edad como fijo a lo largo del período de análisis; el denominado efecto demográfico o edad se obtiene multiplicando estos valores por la población de cada grupo de edad en cada año; asimismo, en todos los casos, una vez calculado este efecto demográfico se obtiene como diferencia residual un segundo factor que recoge el efecto del resto de factores. Sin embargo, el método de estos estudios difiere en los detalles: elección del año de observación del gasto por grupo edad, forma de cálculo de este gasto etario, elección del deflactor o índice de precios, etc.

Una conclusión común se desprende claramente de los estudios resumidos en la *Tabla 2*: el envejecimiento o cambio en la estructura de edades, como factor exógeno que escapa al control de la gestión de servicios sanitarios, ha supuesto un aumento del gasto por persona muy moderado que se sitúa entre el 0,3% y el 0,5% anual; es decir, el envejecimiento ha sido responsable de un aumento de menos de 10 euros de cada 100 de incremento real del gasto. Así pues, es un hecho bien establecido que la verdadera causa del aumento de gasto por persona hay que buscarlo en factores mucho más endógenos y dependientes de la gestión y utilización de los servicios: precios relativos¹ más elevados, cambio tecnológico incensante, nuevas prestaciones, mayor frecuentación de los servicios, aumento de la intensidad de recursos por acto médico, etc.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la demografía, como factor exógeno, impulsa el crecimiento del gasto sanitario no sólo a causa de la variación en la composición de la estructura de edades (efecto recogido en la *Tabla 2*), sino por el propio aumento de la población, que, en España, ha sido particularmente importante en la última década y merece una atención muy especial.

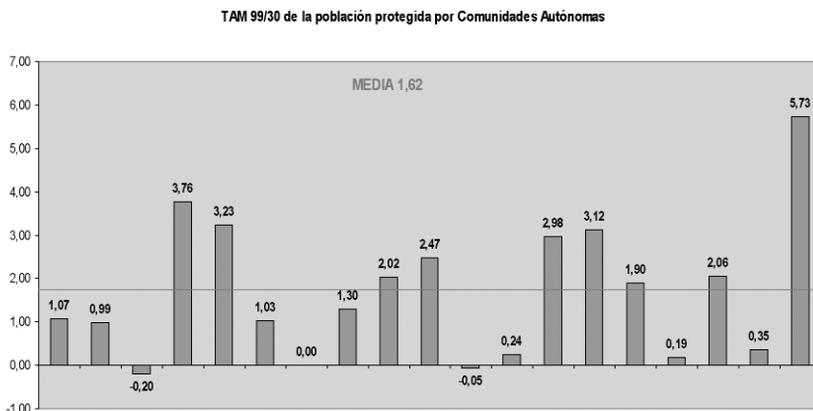
De acuerdo con los datos del estudio del GTAGS (2005), entre los años 1999 y 2003 la población protegida por el SNS aumentó a un ritmo anual acumulativo del 1,6%². Así pues, al menos en este período, el impulso alcista potencial³ y exógeno de la

-
1. En uno de los estudios (Puig-Junoy et al., 2004), la diferencia entre el crecimiento general de precios y el de los servicios sanitarios es objeto de identificación aislada del factor residual.
 2. Dado que la mayor parte del crecimiento de la población es atribuible a la entrada de inmigrantes, una parte muy importante de los cuales no tienen su situación legal regularizada aunque ello no impide que sean usuarios de la sanidad pública, es más que probable que estas cifras de población protegida infravaloren el aumento efectivo de usuarios frecuentadores de la sanidad pública española.
 3. Este impulso alcista se califica como potencial, ya que sería el que se derivaría de la lógica del coste medio por persona (cada persona de más o de menos añade o resta un gasto equivalente a la media), cuando la lógica aplicable a corto plazo sería más bien la del coste marginal.

demografía sobre el gasto sanitario se situaría alrededor del 1,9% anual, sumando el efecto del envejecimiento y el del aumento de la población. Así pues, la mayor parte del impacto demográfico potencial sobre el aumento reciente del gasto sanitario no se produce, de momento, por el envejecimiento sino por el aumento de la población; y, aún llegando a explicar un 40% del aumento real del gasto, supone un crecimiento por debajo del incremento real del PIB de la economía española entre 1999 y 2003 (1,9% del efecto demográfico global, frente a un 3% del PIB).

El impacto potencial del aumento de la población protegida por el SNS en los últimos años sobre el gasto sanitario público de cada CCAA presenta un mapa que pone de relieve diferencias interregionales muy elevadas que forzosamente han tenido que generar tensiones sobre la capacidad de atención de los servicios y sobre las finanzas autonómicas. Así, en el período 1999-2003 se puede observar (Gráfico 3) un grupo de Comunidades con aumentos anuales de la población protegida superiores o alrededor del 3% anual (Melilla, Baleares, Murcia, Canarias y Madrid), mientras que otras Comunidades han visto como su población protegida disminuía (Asturias y Extremadura) o crecía a tasas inferiores al 0,25% anual (Castilla y León, Galicia y País Vasco).

Gráfico 3. Tasas de crecimiento anual de la población protegida del SNS por CCAA



Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005)

En el caso de las Comunidades con un crecimiento de la población protegida del SNS por encima de la media española en los últimos años (Gráfico 3), el efecto demográfico global (aumento de la población y envejecimiento conjuntamente), ¿ha sido el principal responsable del crecimiento del gasto sanitario público real? Entre 1991 y 2003, el efecto demográfico global explica hasta un 65% del crecimiento del gasto real en Madrid y entre un 30 y un 40% en Canarias, Murcia, La Rioja, Comunidad Valenciana, Baleares y Cataluña. El caso de Madrid es excepcional en el sentido de que se han combinado una tasa moderada de crecimiento del gasto con un elevado crecimiento de la población protegida. Para el resto de Comunidades de este grupo, el crecimiento que no se puede atribuir a la demografía se sitúa en el período 1981-2003 entre el 60 y el 70%, por lo que tampoco en este caso el efecto demográfico es el principal responsable del aumento real del gasto (Puig-Junoy, Planas y Tur, 2005).

La situación de las Comunidades que han experimentado un descenso o un aumento muy reducido de la población protegida muestra aún la menor responsabilidad de la demografía en el aumento del gasto sanitario: en Extremadura, Castilla y León, Galicia y Asturias, el efecto justifica una parte muy pequeña del mayor gasto sanitario (entre el 10 y el 15% del aumento).

4. ¿Es previsible que la proporción del PIB destinada a gasto sanitario público en España siga creciendo en el futuro?

En la sección anterior, se ha aportado evidencia de que hasta ahora aquello que ha hecho aumentar el gasto por encima del crecimiento del PIB español no es la demografía (factor exógeno para el SNS, pero no para algunas otras políticas públicas), ni aún en los años de mayor flujo de entrada de inmigrantes, sino el resto de factores endógenos que afectan el gasto sanitario (agrupados en la llamada prestación sanitaria real media), entre los que la adopción y difusión de nuevas tecnologías y medicamentos, más efectivos pero también bastante más caros, tienen un papel muy relevante.

A pesar de ello, los efectos que el envejecimiento demográfico pueda tener sobre el gasto futuro en atención sanitaria constituyen, comprensiblemente, una de las principales preocupaciones de los responsables políticos en todos los países desarrollados. Resulta, pues, recomendable revisar el estado del conocimiento acerca de la posible influencia del envejecimiento sobre el gasto sanitario futuro: ¿más personas mayores y más enfermas durante más tiempo?; ¿se podrá hacer frente al coste sanitario de tantas personas mayores?; ¿cuánto más cara será la atención de las personas mayores en comparación con la de los jóvenes?; ¿se podrá continuar soportando el elevadísimo coste de los pacientes en el período inmediatamente anterior a su muerte?; el coste de la muerte y del envejecimiento, ¿no llevarán irremediablemente a la bancarrota de los sistemas de salud financiados con recursos públicos?; ¿van a morir de éxito –mayor esperanza de vida– los sistemas públicos de salud?

Aunque existen diferencias entre países, las cifras de gasto sanitario por edad (*Gráfico 2*) bien pudieran ser motivo de preocupación cuando el número de personas mayores sea lo suficientemente elevado. Sin embargo, hay dos factores que contribuyen a matizar notablemente y a reducir el impacto esperado de la mayor esperanza de vida sobre el gasto sanitario futuro. El primero de ellos es el hecho de que es la proximidad de la muerte, y no la edad cronológica, lo que explica las diferencias individuales de gasto (hipótesis del coste de la muerte). El segundo factor es que el impacto sobre el gasto sanitario depende de si las personas mayores tienen mejor salud hoy (con más esperanza de vida) que las de generaciones anteriores (hipótesis de la compresión de la morbilidad) o si, por el contrario, tienen igual o peor salud (hipótesis de la expansión de la morbilidad).

El gasto sanitario se puede entender como integrado por dos componentes: los costes de mortalidad y los costes de morbilidad. Una proporción reducida de individuos, aquellos que se mueren cada año, supone una proporción bastante

elevada del gasto sanitario: el 5,1% de los beneficiarios del programa Medicare (US) que se mueren al año acumulan, durante ese año, el 29% del gasto (Lubitz y Riley, 1993). A raíz del trabajo pionero de Zweifel et al. (1999), en el que se concluía que es la proximidad a la muerte y no la edad cronológica lo que explica las diferencias individuales de gasto, y de otros trabajos posteriores apuntando en esa misma dirección (Seshamani y Gray, 2004a; Stearns y Norton, 2004; Steinman et al, 2005), se puede predecir que el gasto medio de cada grupo de edad no debería ser mayor en el futuro (Casado, 2005)⁴: puesto que una parte sustancial del envejecimiento demográfico viene provocado por un descenso en las tasas de mortalidad, el porcentaje de individuos de cada cohorte de edad que se encuentre en su último año de vida tenderá a disminuir en las próximas décadas; y, si ello es así, dado que la mayor parte del gasto sanitario se efectúa al final de la vida (coste de mortalidad), el gasto medio para cada grupo de edad podría ser incluso menor en el futuro. La validez de las predicciones que se derivan de esta hipótesis del coste de la muerte será mayor cuanto más dependa el gasto individual de la cercanía de la muerte que de la edad cronológica (menor importancia del coste de morbilidad), relación a establecer de forma empírica. La mayoría de los estudios que han establecido la relación más directa del gasto con la muerte que con la edad se refieren únicamente al gasto hospitalario, mientras que no existe aún evidencia de esta relación para el resto de componentes del gasto sanitario que suponen casi la mitad del mismo, y especialmente del gasto farmacéutico, presumiblemente más relacionado con la morbilidad que con la mortalidad.

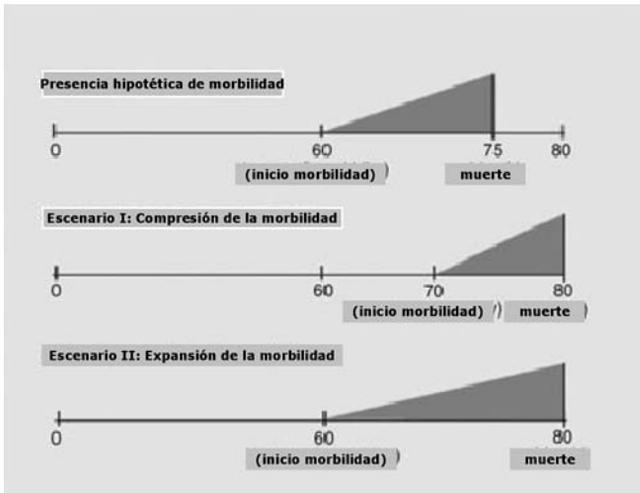
En un momento dado del tiempo, edad más avanzada y mayor proximidad a la muerte son sinónimos. Ahora bien, a lo largo del tiempo esta relación puede que no sea siempre cierta: por ejemplo, si hoy los individuos de 75 años se encuentran en su último año de vida, pero dentro de 15 años el último año de vida se vive a los 80 años, entonces, lo que ocurrirá es que los individuos entrarán en el período de tiempo más costoso para el sistema de salud (coste de mortalidad) cinco años más tarde. De todas formas, es necesario tener en cuenta los costes de morbilidad, ya que si las personas viven más años, aún sin aumentar el coste de mortalidad, pero padecen problemas de salud importantes (morbilidad) durante un período de tiempo más prolongado, entonces, los costes de morbilidad aumentarán: mayor proporción de personas con más morbilidad, lo cual supondrá mayor gasto sanitario.

En el *Gráfico 4* (Seshamani, 2004) se han representado las dos hipótesis sobre la evolución esperada de la morbilidad de las personas mayores. En la parte superior, se ilustra la situación actual en la que la morbilidad va aumentando progresivamente hasta la muerte. En la hipótesis optimista (compresión de la morbilidad; Fries, 1980

4. Una revisión de los estudios internacionales sobre evolución del gasto sanitario, basados en el coste de la muerte, se puede consultar en Raitano (2006).

y 1989), la esperanza de vida aumenta pero el inicio de la morbilidad se pospone más que el aumento de la esperanza de vida, situación en la que no se produce aumento de los costes de morbilidad. En cambio, en la hipótesis pesimista (expansión de la morbilidad; Gruenberg, 1977; Kramer, 1980), la esperanza de vida aumenta y se mantiene el momento de inicio de la morbilidad, por lo que en este caso aumentan los costes de morbilidad. Una teoría intermedia o mixta (equilibrio dinámico de la morbilidad; Manton, 1982), predice que aunque el número de años con morbilidad aumentará, este aumento será debido a problemas de salud de menor gravedad y menos incapacitantes.

Gráfico 4. Hipótesis sobre la relación entre esperanza de vida y morbilidad



Fuente: Seshamani, 2004.

¿Cuál de estas tres hipótesis confirman los resultados de los estudios empíricos? A pesar de la abundante literatura sobre el patrón de los cambios en la morbilidad, y aunque algunos estudios recientes indican una reducción de la morbilidad/incapacidad de las personas mayores, tal como indicaba Alan Williams en 2004 (Williams, 2005), la pregunta sigue aún sin una respuesta empírica del todo concluyente (Jagger, 2000).

Los estudios de Fries (2003 y 2005) para Estados Unidos indican una reducción de la incapacidad de las personas mayores a un ritmo anual del 2% desde 1982, con una aceleración en los últimos años, mientras que la mortalidad se reduce al ritmo de un 1% anual, lo cual abonaría la hipótesis de compresión de la morbilidad.

Otros estudios aportan más bien evidencia en favor de la hipótesis del equilibrio dinámico. En las dos últimas décadas, la salud de las personas mayores en US ha mejorado: la mortalidad se ha reducido, y la incapacidad y pérdidas funcionales son menos comunes. Sin embargo, la prevalencia de la mayoría de enfermedades crónicas ha aumentado también en la medida en la que las personas mayores sobreviven con enfermedad. Ahora bien, las enfermedades parecen menos incapacitantes que en el pasado (Crimmins, 2004). En Nueva Zelanda (Graham et al., 2004), el aumento de la esperanza de vida se asocia a un mayor tiempo de incapacidad, pero el aumento se atribuye a limitaciones más moderadas con menor necesidad de ayuda asistencial.

El patrón de comportamiento de la morbilidad es previsiblemente diferente según cada país y momento del tiempo, dependiendo del aumento en la supervivencia de las personas enfermas (expansión), el control de la progresión de las enfermedades crónicas (equilibrio), la mejora en el estado de salud (y comportamientos saludables) de las nuevas cohortes de personas mayores (compresión) y la aparición de nuevos grupos de mayores en condiciones de "fragilidad" (Michel y Robine, 2004).

El estudio del gasto individual en dos cohortes de 3441 franceses en 1992 y en 2000, pone de relieve un aumento casi general del gasto por persona en visitas al médico, en medicamentos y en atención hospitalaria para casi todas las edades (Dormont et al., 2006). Lo más relevante resulta ser el hecho de que entre 1992 y 2000 se ha producido una mejora general de la morbilidad que reduce la necesidad de gasto sanitario, al tiempo que se produce un notable aumento del gasto debido a los cambios en la práctica clínica (preferencias de los pacientes y de los médicos, así como incorporación de innovaciones tecnológicas). En este período, se destaca, también, que el envejecimiento tiene un efecto muy reducido sobre el gasto: el aumento del gasto atribuible a la variación en la práctica clínica es 3,8 veces más elevado que el del envejecimiento. Mientras que el envejecimiento es responsable de un aumento

-
5. El aumento del gasto por persona atribuible a los cambios en la práctica clínica (preferencias de médicos y pacientes, así como cambio tecnológico) es negativo para las visitas al médico (-15,1%), es moderado para el gasto hospitalario (7,1%) y, extremadamente, elevado para el gasto farmacéutico (52,2%), donde previsiblemente se produce una mayor concentración de la innovación tecnológica.

del gasto en estos 8 años del 3,4%, los cambios en la práctica clínica han ocasionado un aumento promedio del 12,9%⁵. Ahora bien, la reducción en la morbilidad en este corto período de 8 años ha reducido la necesidad de gasto de la población francesa en un 9,7%, o sea, ha compensado más que el aumento de gasto atribuible al envejecimiento.

El crecimiento futuro del gasto sanitario público en España dependerá, principalmente, de la evolución de la población cubierta, del impacto del cambio en la estructura de edades de la población (envejecimiento) y de la inflación sanitaria diferencial, como factores exógenos⁶, y de la denominada prestación sanitaria real que refleja la mayoría de factores endógenos que son resultado de la política y gestión de los servicios sanitarios (tecnología, prestaciones cubiertas, utilización, intensidad de *inputs*, etc.). Es decir, más allá de lo exógeno para el SNS (demografía y precios) y cuya importancia relativa hasta ahora ha explicado sólo una parte reducida del aumento del gasto, lo relevante se encuentra en aquellos factores sobre los cuales inciden las decisiones presentes y futuras de política y gestión sanitaria: la intensidad y los costes de los diagnósticos y tratamientos incluidos en la cobertura aseguradora pública que se proporcionen a los individuos durante las próximas décadas.

Teniendo en cuenta la previsible evolución demográfica, ¿qué niveles alcanzará en las próximas décadas el gasto sanitario público por persona en España? Se han identificado cuatro estudios recientes que han llevado a cabo proyecciones del gasto sanitario público en los próximos años cuyas características y resultados se resumen en la *Tabla 3* (Ahn et al., 2005; Puig-Junoy, Castellanos y Planas, 2004, y Puig-Junoy, 2006c; Kotlikoff y Hagsis, 2005; OECD, 2006). El valor de estas predicciones reside, no tanto en que acierten el futuro (bola de cristal), sino en informar sobre lo que podría ocurrir si se cumpliesen los supuestos en los que se basan.

Los estudios incluidos en la *Tabla 3* difieren en los métodos y supuestos empleados para realizar las proyecciones. La lectura y comparación de estas proyecciones debe llevarse a cabo con cautela, ya que algunos supuestos y métodos utilizados dan lugar a resultados que no son directamente comparables.

Tres de los estudios realizan proyecciones a largo plazo (hasta el 2050 o más adelante), mientras que únicamente uno presenta proyecciones a corto plazo (diez años). Uno de los estudios (Ahn et al., 2005) limita la proyección al análisis del impacto demográfico (aumento de la población y cambio en la estructura de

6. Se trata, en realidad, de factores sólo parcialmente exógenos a la gestión sanitaria, ya que el gasto sanitario afecta positivamente la esperanza de vida restante de los individuos.

edades). Bajo el supuesto de que los factores no demográficos (elasticidad-renta, tecnología, utilización, cobertura, etc.) impulsan el gasto al mismo ritmo que el PIB y sumando el impacto demográfico a esta tendencia, el gasto sanitario público alcanzaría el 6,7% del PIB en 20507.

El método tradicional de proyección del impacto futuro del envejecimiento, basado en adoptar las cifras actuales de gasto medio por persona como constante a lo largo de todo el período, se ha empleado en los cuatro estudios. La validez de las predicciones basadas en este método ha sido puesta en entredicho, puesto que una parte sustancial del envejecimiento demográfico viene provocado por un descenso en las tasas de mortalidad, de forma que el porcentaje de individuos de cada cohorte de edad que se encuentre en su último año de vida tenderá a disminuir en las próximas décadas; y, si ello es así, dado que una parte importante del gasto sanitario (al menos del hospitalario) se efectúa al final de la vida, el gasto medio de cada grupo de edad será también menor en el futuro. Así pues, las proyecciones obtenidas con el método tradicional están sobrestimado el impacto real del envejecimiento demográfico sobre la evolución futura del gasto sanitario (Casado, 2005). Esta sobrestimación se puede situar, como mínimo, en el 20% (Seshamani y Gray, 2004b; Breyer y Felder, 2006), lo cual reduce aún más el riesgo de la demografía para la sostenibilidad financiera⁸.

Únicamente, uno de estos estudios (OECD, 2006) modeliza por separado el impacto sobre el gasto de los individuos no supervivientes (muertes en el año), utilizando una aproximación al método del coste de la muerte. Este estudio es, asimismo, el único que adopta un supuesto explícito sobre el patrón de comportamiento futuro de la morbilidad: ante el aumento de la esperanza de vida, se ha supuesto que el período y nivel de morbilidad permanece constante, de forma que los años de vida que se ganan lo son en buena salud –desplazamiento de la morbilidad hacia la derecha en el *Gráfico 3*– y se pospone el inicio de la morbilidad en el mismo número de años de vida que se han ganado (hipótesis del equilibrio dinámico).

-
7. Este resultado es muy parecido al alcanzado por estudios anteriores, de carácter determinista, que han utilizado el método convencional y han supuesto que además el gasto per cápita crece al mismo ritmo que el PIB per cápita (Hernández de Cos y Ortega, 2002).
 8. Ahn et al. (2005) estiman que la reducción futura de la mortalidad podría suponer un 8% de ahorro en el gasto hospitalario en 2050.

Tabla 3. Resumen de cuatro estudios recientes sobre proyecciones en términos reales del gasto sanitario público futuro en España

Estudio (autor, año) Período	Descripción (método, datos e hipótesis)	Resultados (proyecciones del gasto)	Observaciones
Alm, García y Herce (2005) Período: 2004-2050	Envejecimiento: método tradicional según gasto relativo por edad constante. Proyección estocástica de la población futura y del gasto futuro por edad y sexo.	Tasas de crecimiento anual por efecto demográfico: - proyección mediana: 0,74% - escenario pesimista (p=0,10): 1,1% - escenario optimista (p=0,10): 0,35%. % del PIB en 2050: 6,7%. ^a	La proyección únicamente refleja el impacto demográfico.
Kotlikoff y Hagist, 2005 Período: indefinido (más de 60 años)	Envejecimiento: método tradicional según gasto relativo por edad constante. Nivel de prestaciones (residual) según evolución histórica durante 0 años, 20 años, 40 años o 60 años, y después a ritmo de PIB per cápita. Tasas de descuento: 3, 5 y 7%.	Valor actual del gasto sanitario público futuro (tasa de descuento del 3% y nivel de prestaciones histórico durante 20, 40 y 60 años): 8,89%, 11,91%, 15,61%.	Variable de resultado: % del valor actual del gasto sobre el valor actual del PIB. No permite aislar el impacto del efecto demográfico.
OECD, 2006 Período: 2005-2050	Coste de la muerte para los no supervivientes de cada año. Coste medio según edad de los supervivientes: diferencia entre coste medio total y de los no supervivientes. Elasticidad-renta unitaria. Resultado no demográfico (dos escenarios): 1% de crecimiento anual (escenario presión de costes) y decreciente hasta cero en 2050 (escenario de contención de costes).	Proporción del PIB en 2050: - Solo efecto demográfico: 6,4%. - Escenario presión costes: 9,0%. - Escenario contención costes: 7,8%.	Hipótesis de equilibrio dinámico: los años de aumento de la esperanza de vida se vivirán en buena salud. Demografía responsable del 39% del crecimiento del gasto (escenario de contención) y del 22% (escenario de presión de costes).
Puig-Junoy, Castellanos y Planas, 2004; Puig-Junoy, 2006 ^c Período: 2004-2013	Población según INE (dos escenarios sobre inmigración: 160.000 y 250.000 personas/año). Envejecimiento: método tradicional, según gasto relativo por edad constante. Inflación diferencial según evolución histórica (1991-2001). Prestación real media (dos escenarios): según evolución histórica (1991-2001) y según tasa crecimiento PIB menos inflación diferencial.	Tasa media de crecimiento anual acumulativo (% del PIB en 2013): - Escenario base: 3,05% (5,70%) - Escenario moderadamente expansivo: 3,62% (6,03%)	Demografía responsable del 27% del crecimiento del gasto (escenario base) y del 25% (escenario moderadamente expansivo)

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios citados. Notas: a. Suponiendo que además el gasto ya crece al ritmo del PIB agregado. b. Aquí sólo se presentan los resultados de los dos principales escenarios de este estudio. c. Descripción del estudio basada en Puig-Junoy (2006). d. En este estudio, el factor residual es adicional a un aumento equivalente a la renta, bajo el supuesto de elasticidad renta unitaria. INE = Instituto Nacional de Estadística.

El comportamiento del factor residual o prestación sanitaria media se modeliza de forma diferente en los tres estudios que analizan el impacto futuro de los factores no demográficos. En las proyecciones a diez años del estudio de Puig-Junoy et al. (2004), se adopta la hipótesis de que la prestación real media crecerá según la evolución observada en la década anterior (escenario base) y que, como máximo, crecerá a un ritmo que, junto con la inflación diferencial, no supere el del crecimiento del PIB (escenario moderadamente expansivo). El estudio de Kotlikoff y Hagsis (2005) supone que el factor residual (componente no demográfico) evoluciona al ritmo histórico y al del PIB per cápita (más moderado), según diversas combinaciones de tiempo. Por su lado, el estudio de la OECD (2006) adopta la hipótesis de que el factor residual histórico, añadido a la contribución al crecimiento del gasto de una elasticidad renta unitaria, converge hacia el ritmo de crecimiento del PIB (escenario de contención de costes) y a un ritmo de un 1% anual por encima del PIB (escenario de presión de costes).

Algunas indicaciones pueden desprenderse, con las debidas cautelas e incertidumbres, y a falta de datos más precisos, de estos ejercicios de proyección del gasto sanitario futuro del SNS español.

En primer lugar, el impacto demográfico global (aumento de población y envejecimiento), como factor exógeno, sobre el crecimiento del gasto sanitario público no será nada desdeñable, pero previsiblemente inferior al ritmo de crecimiento del PIB, ya que la probabilidad de superar el 1% de crecimiento real anual promedio hasta el año 2050 es muy baja⁹. En todo caso, el crecimiento del gasto sanitario atribuible a los efectos demográficos resulta sostenible sin ningún tipo de problemas, si el resto de factores no demográficos se mantuviera estable, al menos con las tasas esperadas de crecimiento económico español para los próximos diez años. Será la intensidad tecnológica con la que se traten los problemas de salud de las personas mayores el principal determinante del gasto sanitario futuro (Casado, 2000; Rico e Infante, 2004).

Y, en segundo lugar, el crecimiento del gasto sanitario por encima del de la renta, con el consiguiente aumento de la proporción del PIB destinado a la financiación sanitaria, depende crucialmente del ritmo de aumento de los factores no demográficos (prestación sanitaria media o nivel de prestaciones): crecimientos del residual no sanitario, basado en el patrón histórico o limitados al PIB (elasticidad-

9. Nótese que las proyecciones obtenidas a través del método tradicional se pueden interpretar como un límite superior de los valores esperados en la medida en la que sobrevaloran el impacto demográfico, la cual es razonable que sea mayor cuanto más lejano sea el horizonte de la proyección.

renta unitaria) conducen a un aumento de la proporción del gasto sanitario con relación al PIB. Las cifras de los estudios son menos convergentes que las referidas únicamente al impacto demográfico, pero reflejan, con pocas dudas, un mismo fenómeno, el aumento de la proporción del PIB destinada a la financiación del SNS: en el año 2050, el gasto puede suponer entre el 7,8 y el 9,6% del PIB (OECD, 2006).

Tal como se ha observado en estas proyecciones y en la literatura internacional, el cambio en la intensidad de recursos y en el uso de la tecnología representa el principal factor de crecimiento del gasto sanitario futuro. La evolución de este factor depende de las decisiones políticas sobre dotación de recursos y adopción de innovaciones en el sistema sanitario y, en este sentido, es un factor no inevitable. Ahora bien, a la vista de la situación comparativa poco favorable de los indicadores de capacidad del sistema sanitario español y del nivel de satisfacción de la población con este sistema (sección 2), y un entorno sanitario caracterizado por un incesante flujo de innovaciones que aumentan y extienden las posibilidades de contribuir, aunque de manera muy variable, a la mejora del estado de salud, existen pocas dudas de que la prestación sanitaria real media estará sometida en los próximos años a una importante presión al alza por parte de los pacientes.

Por otro lado, conviene tener en cuenta que el nivel de gasto público sanitario por persona a principios del nuevo siglo se encuentra un poco por debajo de lo que sería esperable, atendiendo a nuestro nivel de renta por persona. El aumento de la prestación sanitaria real media (factor no demográfico) parece necesario para acercar la posición española al gasto público esperado de acuerdo con unas expectativas que, como indica la experiencia internacional, son crecientes con el nivel de renta.

Dado el carácter descentralizado del SNS español, además de las proyecciones globales para el conjunto del SNS, resulta útil conocer las necesidades de gasto esperadas que se derivan de los factores de crecimiento diferencial del gasto que, al menos a corto plazo, escapan a la capacidad de influencia a través de la gestión de los servicios de salud de cada una de las CCAA. En la próxima década y bajo el supuesto simplificador de que en este plazo relativamente corto se mantiene constante el gasto por grupos de edad y sexo promedio del SNS (método tradicional), se puede obtener una aproximación al impacto esperado de la demografía como variable exógena (variación en la población, especialmente, como resultado de la inmigración, y cambios en la estructura de edades) en cada CCAA.

Así pues, limitando la atención al impacto de los factores que a corto plazo resultan más ajenos a la capacidad de gestión de los servicios de salud de las CCAA, los datos de la *Tabla 4* ponen de relieve que, hasta el año 2017, este impacto es

esperable que sea muy diferente entre las diversas CCAA¹⁰. Con las hipótesis demográficas menos expansivas (escenario 2), la mediana del efecto demográfico global supone un aumento acumulado del gasto real desde 2004 hasta 2017 del 15,7%, cifra que oscila entre un 2,6% para Asturias y un 27,4% para Baleares (equivalente a un crecimiento anual acumulativo del 1,9%). El aumento de la población, incluso en el escenario con una menor entrada neta de extranjeros, tiene mayor impacto en el aumento de las necesidades de gasto que la variación en la estructura de edades. La mediana del impacto de la variación de la población oscila entre una reducción del 5,3% del gasto en Asturias y un aumento del 18,2% en Baleares. Las diferencias en el impacto de la variación en la estructura de edades sobre el gasto son también muy elevadas en este período corto de tiempo: entre un 2,6% en Castilla-La Mancha y un 11,4% en Canarias.

10. La sobrevaloración atribuible al empleo del método tradicional basado en coeficientes de gasto relativo por grupo de edad y sexo constantes debe considerarse más bien reducida, dado que el horizonte temporal de la proyección es más bien corto (la sobrevaloración del 20% más arriba reportada ha sido observada para períodos bastante más largos) y que el principal motor del impacto demográfico no es el cambio en la estructura de edades, sino la variación de la población.

Tabla 4. Impacto demográfico esperado 2004-2017 sobre el gasto sanitario de las CCAA

Tasa de crecimiento acumulado 2004-2017 (%)

CCAA	<i>Escenario demográfico 1</i>			<i>Escenario demográfico 2</i>		
	Variación población	Estructura edades	Efecto demográfico	Variación población	Estructura edades	Efecto demográfico
Andalucía	11,5	7,1	19,4	8,9	7,5	17,0
Aragón	6,6	3,8	10,7	2,7	4,7	7,5
Asturias	-4,0	8,2	3,9	-5,3	8,4	2,6
Baleares	27,2	5,9	34,8	18,2	7,7	27,4
Canarias	19,1	10,3	31,4	13,8	11,4	26,8
Cantabria	8,1	6,7	15,4	6,3	6,8	13,6
Castilla-La Mancha	16,6	2,1	19,0	12,7	2,6	15,7
Castilla y León	-1,6	6,2	4,5	-3,1	6,4	3,0
Cataluña	17,4	4,8	23,1	10,9	6,3	17,9
C. Valenciana	23,2	4,1	28,3	15,9	5,5	22,3
Extremadura	1,3	5,8	7,2	0,1	5,8	6,0
Galicia	-0,9	7,6	6,7	-2,7	8,0	5,0
Madrid	18,0	7,8	27,3	10,1	9,8	20,9
Murcia	23,2	5,2	29,6	16,0	6,5	23,7
Navarra	12,3	5,6	18,6	8,1	6,5	15,1
País Vasco	0,5	10,5	11,0	-0,4	10,5	10,1
Rioja, La	16,9	3,8	21,3	10,6	5,2	16,3
MEDIANA	12,3	5,9	19,0	8,9	6,8	15,7

Notas: Escenario demográfico 1: evolución de las entradas netas de extranjeros, según la tendencia más reciente hasta el año 2010, a partir del cual se mantiene constantes. Escenario demográfico 2: evolución de las entradas netas de extranjeros, según la tendencia más reciente hasta 2006 y tendencia decreciente hasta 2010.

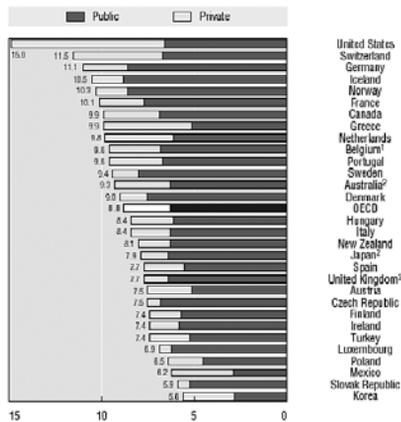
Fuente: Puig-Junoy, Planas y Tur (2006).

5. ¿Cuánto deberíamos gastar en servicios de salud financiados por el sector público en España?

La decisión sobre cuánto hay que gastar en sanidad pública es una decisión política que revela preferencias entre objetivos y entre asignaciones alternativas. La escasez es una situación inherente a cualquier sistema sanitario público: el gasto sanitario tiende a crecer con independencia de los ciclos económicos e, incluso en las fases de crecimiento, supera las previsiones esperadas. Desafortunadamente, resulta imposible establecer el nivel óptimo de gasto sanitario, por lo que carecen de valor normativo las afirmaciones sobre infra o sobrefinanciación del SNS (McGuire y Serra, 2005).

Los indicadores de gasto sanitario comparado del SNS español presentados en la *Tabla 1* ponen de relieve que el nivel español de gasto es todavía relativamente modesto (ver sección 2 de este trabajo), especialmente cuando se pone en relación con el de otros países europeos. El gasto sanitario público en 2004 es de 1.484 US dólares ajustados por la paridad del poder de cambio, cifra notablemente inferior a la de la mayoría de países de la UE-15, a excepción de Grecia y Portugal. Ello equivale a un 5,5% del PIB. La proporción del PIB español destinada a gasto sanitario público era, en 2003, inferior a la media no ponderada de la UE-15 y de la OCDE (*Gráfico 5*).

Gráfico 5. Gasto sanitario público y privado como proporción del PIB



Notas.- 1. Gasto corriente. 2. 2002.

Fuente: OECD, 2005a.

Las conclusiones sobre infrafinanciación basadas en simples comparaciones de indicadores agregados de gasto público sanitario carecen por completo de validez normativa alguna, si bien nada hay que objetar a la mismas como valoraciones o respetables opiniones políticas (juicios de valor). Resulta tarea fácil la tentación política de aportar evidencia en favor de la tesis sobre el subdesarrollo sanitario español seleccionando ad hoc el indicador (gasto sanitario por persona, total o público; gasto como proporción del PIB, total o público; ídem para gasto farmacéutico, hospitalario o en atención primaria; ídem para todo el SNS o para cada CCAA; etc.), las unidades (unidades monetarias corrientes o constantes, según tipo de cambio, ajustadas por la paridad del poder adquisitivo, etc.), el grupo de países que se establece como referencia “adecuada” en la comparación (UE de los 15; UE ampliada; OCDE-Europa; OCDE; sólo países con SNS; incluyendo o sin incluir España en el grupo; etc.), el momento del tiempo (años individuales, legislaturas o periodos cualesquiera), estadístico (media ponderada o no ponderada; mediana; incluyendo o excluyendo observaciones extremas; etc.) más convenientes en apoyo de tesis previas.

A modo de simple ilustración, algunas de las limitaciones más elementales de la tan recurrida comparación con el *promedio* de gasto público por persona en la UE-15 pueden ser que supone sin justificación ni base alguna que lo socialmente deseable es que todos los países tengan un gasto semejante al *promedio* de este grupo de países (resultado aleatorio de la evolución histórica, de las políticas, de la demografía, del estado de salud, de los precios de los recursos, de la eficiencia, de las preferencias heterogéneas, de la disposición a pagar impuestos, del nivel de renta, de las prestaciones heterogéneas que se contabilizan como gasto sanitario en cada país; etc.) y no de otros (¿UE ampliada?). Si los países que presentan un gasto inferior al *promedio* tienen déficit, entonces, ¿a los que están por encima se les debe prescribir que reduzcan su nivel de gasto o es que cualquier nivel por encima del *promedio* es socialmente deseable?, pero, si es así, aunque un país aumente el nivel de gasto de forma progresiva, es posible que continúe estancado en el déficit, ya que nunca alcanzará una media que se desplaza constantemente con su propio aumento del gasto y con el de los demás. También supone que no hay diferencias en precios de los recursos físicos ni en la eficiencia con la que los recursos físicos se transforman en salud; implica dar por aceptado que la población está dispuesta a pagar el aumento necesario en los impuestos y que éste no ocasiona ningún coste en términos de productividad y crecimiento económico; implica ignorar que lo importante no es gastar mucho, sino gastar de la mejor manera posible la menor cantidad posible (Eguidazu, 2006); etc.

Cuando se acude a relacionar el gasto sanitario con el PIB (proporción del PIB) tampoco es nada seguro que el asunto mejore; por ejemplo, cuando se reduce el PIB, ¿debiera reducirse el gasto sanitario hasta el *promedio*?; en países pobres, cuyo

sistema de salud consume una proporción más elevada de su PIB que países de renta más elevada, ¿es deseable que se reduzca el gasto hasta el *promedio*?; Comunidades como Extremadura, Galicia o Extremadura, ¿también es deseable que reduzcan el gasto con relación al PIB hasta alcanzar el *promedio* UE-15 o sería más deseable que aumentaran su renta¹¹?; etc.

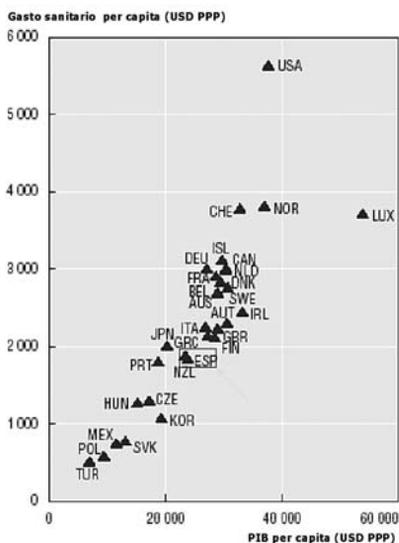
Una opción diferente para tratar de establecer si el nivel de gasto sanitario de un país es demasiado bajo o demasiado elevado consiste en tomar como punto de partida que, a la vista de la estrecha correlación positiva entre PIB y gasto sanitario (Gráfico 6), el acercamiento al gasto medio europeo sólo tiene sentido cuando el nivel de renta es también similar al europeo. Cuando se tiene en cuenta el diferencial de renta entre el Estado español y la UE, mediante modelos de regresión con datos de panel para la OCDE, se ha estimado que la financiación pública por persona en España equivale a entre el 88% y el 94% del nivel que nos correspondería (insuficiencia financiera igual al 6-12% del gasto actual), según la relación renta por persona/financiación sanitaria en la OCDE; teniendo en cuenta también otros factores que inciden en la necesidad de recursos sanitarios (López-Casasnovas, 2004); Ruiz-Huerta (2005), estima una cifra parecida (90%; o sea, una insuficiencia financiera del 10%) mediante la aplicación de este mismo método. Así pues, desde este punto de vista, la financiación sanitaria pública agregada del SNS no parece que sea suficiente cuando se compara con el comportamiento de los países de la OCDE. Escaso fundamento tiene también este método ya que la relación en la que se basa no es necesariamente causal y supone de nuevo un juicio de valor respecto de lo que considera apropiado, si bien la comparación con un referente *promedio* es mucho más ajustada y precisa que las comparaciones convencionales basadas en simples medias estadísticas y menos vulnerable a la selección ad hoc de los datos.

La opinión de los usuarios respecto del nivel de gasto sanitario público es otro de los indicadores subjetivos a los que acudir para saber si lo que se invierte en el SNS es mucho o es poco. En un sistema de salud financiado básicamente con impuestos generales, conviene tener presente que esta opinión estará influenciada por la percepción del coste de oportunidad de los servicios o el grado de ilusión fiscal de los ciudadanos. Según el Barómetro Sanitario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005) del año 2005, más de un tercio de la población española (36,9%) opina que ya se gasta lo justo o demasiado en sanidad financiada a partir de impuestos, mientras que un 45,3% opina que se gasta poco. En otra encuesta reciente (Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2006), se observa como en 2005/06 un poco más de la mitad de los ciudadanos (56%) opina que la

11. "...es preferible un porcentaje inferior de un PIB alto que un porcentaje alto de un PIB escuálido" (Eguidazu, 2006).

inversión económica en asistencia sanitaria es insuficiente, mientras que, también, más de un tercio (35%) opina que es suficiente o incluso excesiva (cifras prácticamente invariables desde 1991), a pesar de que según esta misma encuesta el nivel de satisfacción con el SNS ha mejorado en 8 puntos en este período. Ahora bien, cuando se les pregunta a los encuestados de donde debería salir la financiación adicional, la mayoría continúa opinando que la fuente deben ser las “otras partidas presupuestarias” sin más especificación (un 82%), si bien la proporción de los que responde que deberían salir del aumento en los impuestos, aún siendo modesta (un 14%), se ha doblado desde 1991.

Gráfico 6. Relación entre el gasto sanitario y el PIB per cápita



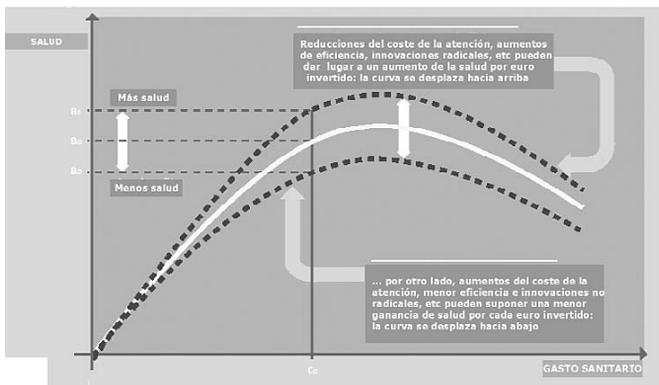
Fuente: OECD, 2005.

En la reclamación indiscriminada de un mayor gasto sanitario, con independencia del origen de la financiación y del coste de oportunidad de los recursos, confluyen las presiones de aquellos que se olvidan de que lo importante para el bienestar es la eficacia y eficiencia del gasto y no sólo el volumen del mismo (más gasto no siempre equivale a más salud como ilustra el *Gráfico 7*), así como las presiones de aquellos

perceptores de rentas que defienden incrementos continuos de sus rentas (gasto), ya sea en forma de mayores salarios o de más ventas de la industria farmacéutica y de tecnologías médicas (igualdad gasto/renta)¹².

En este contexto, dos preguntas aparecen de forma necesaria para juzgar si hay que asignar o no más dinero a los servicios sanitarios: ¿nos podemos permitir como sociedad el aumento del gasto sanitario?; y, los aumentos del gasto sanitario, ¿valen lo que cuestan? La primera pregunta tiene que ver con la sostenibilidad o factibilidad del aumento de los recursos destinados a financiar la compra de atención sanitaria (ver la sección anterior), mientras que la segunda, más relevante para el bienestar social, tiene que ver con la deseabilidad de los servicios sanitarios comprados con el mayor gasto a la vista de los beneficios esperados de los mismos.

Gráfico 7. Relación entre mejoras en la salud y gasto sanitario



Fuente: Adaptado de Appleby y Harrison, 2006

12. Si se mantienen intactos los incentivos actuales de los individuos, los clínicos e investigadores y el sector privado, el aumento de la inversión económica en los servicios de salud nunca será suficiente (Appleby y Harrison, 2006).

La cuestión relevante sobre la deseabilidad de los aumentos del gasto sanitario reside en saber si más dinero para la atención sanitaria permitirá conseguir una mejor salud. Resulta un lugar común, aunque no por ello se puede obviar, reconocer que no sólo la atención sanitaria sirve para producir mejoras en la salud y que, en este aspecto, los servicios sanitarios deben mostrar mejor productividad que otras alternativas (por ejemplo, seguridad vial) si quieren captar más recursos de forma eficiente. Otro aspecto que cobra una importancia creciente es que el único resultado que se valora de la atención sanitaria no es la mejora en la salud, sino que los pacientes, y sus familiares, tienen muy en cuenta la utilidad del propio proceso de la atención (información, trámites burocráticos, comodidad, amabilidad, etc.).

La deseabilidad del aumento de la financiación destinada a los servicios sanitarios depende del valor de las mejoras de salud y de bienestar que supongan los servicios concretos en los que se invierta. La evidencia sobre la productividad media de la atención sanitaria a lo largo del tiempo indica que el aumento de los beneficios de la atención supera el aumento de los costes, al menos en un número importante de condiciones clínicas.

La proporción del PIB que hoy dedicamos a comprar atención sanitaria nos hubiera parecido seguramente insostenible hace, por ejemplo, 15 o 20 años. Si el aumento de los recursos y de la financiación de los servicios sanitarios resulta sostenible, entonces, lo importante es saber mucho más sobre si estos aumentos son deseables. Muchas personas se pueden permitir comprar un televisor de última generación con pantalla gigante, pero no todas deciden comprarlo, ya que sus preferencias indican que conceden una utilidad mayor a otros bienes y servicios. Lo mismo ocurre con los servicios sanitarios, el hecho de que una sociedad se pueda permitir un determinado nivel de gasto en servicios sanitarios, no justifica el aumento indiscriminado de la atención médica. El problema real no es la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos en el gasto sanitario, sino la deseabilidad individual y social del mismo. Desde el punto de vista económico, no hay nada de malo o de bueno en que el gasto sea más elevado. Ahora bien, es muy probable que nos podamos permitir una buena parte de las innovaciones sanitarias, pero ¿valen lo que cuestan?

¿Qué sabemos de los beneficios de la atención sanitaria en las dos últimas décadas? El informe de Appleby y Harrison (2006) indica que con el aumento de recursos financieros del NHS británico, que se ha propuesto incrementar el gasto sanitario público para acercarse a la media de la UE-15¹³, no se puede demostrar que estos recursos hayan contribuido decisivamente a la mejora de los resultados en salud. La evidencia revisada por este informe sugiere que las ganancias han sido limitadas.

13. El Reino Unido tiene un PIB per cápita ligeramente superior a la media de la UE-15.

El estudio de Luce et al. (2006) lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura sobre la ganancia o beneficio en términos de salud (tasa de rendimiento) que se puede atribuir a los servicios sanitarios en los Estados Unidos entre 1980 y 2000¹⁴. En primer lugar, la estimación de la tasa de rendimiento del gasto adicional gastado en Estados Unidos, en el año 2000, comparado con el de 1980, indica que cada dólar gastado ha producido beneficios sanitarios (reducción de mortalidad y aumento de la esperanza de vida) valorados entre \$1,55 y \$1,94; en todos los supuestos adoptados, el valor del beneficio es superior a la unidad. En segundo lugar, la tasa de rendimiento de las mejoras en la salud conseguidas en el tratamiento del infarto de miocardio, ictus, diabetes tipo 2 y cáncer de mama han sido también superiores a la unidad: \$1,10, \$1,49, \$1,55 y \$4,80, respectivamente (Tabla 5). Y, en tercer lugar, a partir de los estudios coste-efectividad o coste-utilidad de las principales innovaciones médicas y farmacéuticas difundidas en los últimos 25 años (estatinas, inhibidores de la angina convertidora de la angiotensina, stents, clopidogrel, quimioterapia, etc.), se llega a la conclusión de que el rendimiento oscila entre \$7 y \$31 por cada dólar gastado en estas innovaciones.

Tabla 5. Comparación de costes y resultados de tratamientos seleccionados en Medicare, entre 1985/89 y 1995/99

<i>Enfermedad</i>	<i>Años de vida ganados</i>	<i>Valor años ganados (\$)</i>	<i>Costes medios</i>	<i>Beneficios netos</i>	<i>Tasa de rendimiento</i>
Infarto de miocardio	0,30	28.632	26.093	2.539	1,10
Diabetes tipo 2	0,25	16.930	11.337	5.593	1,49
Ictus	0,21	24.903	16.035	8.868	1,55
Cáncer de mama	0,32	22.341	4.676	17.665	4,80

Fuente: Luce et al. (2006)

14. Lamentablemente, prácticamente no existen estudios similares para países europeos que vayan más allá de los estudios con macromagnitudes (función de producción agregada), los cuales padecen múltiples limitaciones metodológicas y de interpretación (Nixon y Ulmann, 2006).

Aunque existe aún poca evidencia sobre las causas de la reducción de la morbilidad en las últimas décadas, especialmente entre la población de más de 60 años, la utilización adecuada de las innovaciones farmacológicas y de tecnologías médicas aparecen como los principales factores a tener en cuenta. En Estados Unidos, la proporción de población de más de 70 años con dependencia se ha reducido desde el 30% en 1989 hasta el 24% en 1999. Asimismo, la probabilidad de ser dependiente como resultado de una enfermedad cardiovascular también se ha reducido de forma apreciable: la probabilidad de padecer una dependencia severa ha pasado del 5% al 4,1% entre 1989 y 1999, y la probabilidad de una dependencia menos severa ha pasado del 9,4% al 8%. Entre 1984 y 1999, la tasa de hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares en Estados Unidos ha permanecido constante, al tiempo que mejoraba la probabilidad de supervivencia y se reducía la morbilidad. Cutler et al. (2006) han encontrado que entre el 50% y el 70% de la reducción de la morbilidad y la mortalidad en este período es atribuible a la utilización adecuada de las innovaciones tecnológicas (procedimientos invasivos, betabloqueantes, aspirina e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina)¹⁵.

Los resultados anteriores no sustentan el optimismo por el crecimiento indiscriminado del gasto sanitario en innovaciones farmacéuticas y de tecnologías médicas, pero ponen de relieve, de forma clara, que una utilización apropiada de las innovaciones tiene un impacto muy importante sobre la morbilidad y mortalidad sin el cual resulta imposible explicar la reducción de ambas en las últimas décadas. Un punto importante a destacar de los estudios que analizan la rentabilidad del gasto sanitario en términos de salud: el valor del mayor o menor gasto se justifica por las mejoras en la salud (resultados) y no por la propia utilización de factores productivos (creación de empleo y demanda inducida a otros sectores económicos) que, en realidad, representan la reducción de bienestar en términos de otros bienes y servicios no sanitarios que se deja de poder producir o distribuir.

Ahora bien, lo que de forma optimista indican estos estudios es que el valor del beneficio sanitario medio es superior al coste medio (en el gasto global y en enfermedades específicas tratadas por Medicare). Tal como pone de relieve Buxton (2006), el debate sobre el presupuesto sanitario nunca se centra en el dilema entre gastar todo lo que gastamos o bien no gastar nada, sino que se refiere a decisiones marginales sobre determinados aumentos o reducciones de la atención sanitaria. Por ejemplo, en España, ¿deberíamos pasar del 5,5% del PIB al 6%? Los resultados de la revisión de Luce et al. (2006) se refieren a la rentabilidad media en el período 1980-2000, pero ello es compatible con el hecho de que la extensión adicional de un tratamiento o una prueba diagnóstica presente rendimientos claramente

15. Un análisis más amplio de los factores determinantes a nivel internacional de la evolución temporal de la mortalidad se puede consultar en Cutler, Deaton y Lleras-Muney (2006).

decrecientes (coste superior al valor de los resultados) o incluso rendimientos negativos (por ejemplo, no todas las estatinas representan un tratamiento coste-efectivo ni tienen la misma eficiencia según el tipo de indicación y características clínicas de los pacientes a los que se prescriben).

En realidad, aunque los datos relativos a innovaciones específicas e importantes de los últimos 25 años aporten beneficios por encima de los costes, si bien con una elevada variabilidad entre ellas, hay que tener presente que una parte muy importante del aumento del gasto se produce por la extensión o ampliación de las indicaciones de pequeños tratamientos ya existentes, cuya relación coste-efectividad en el margen debe ser establecida de forma empírica a partir de datos de efectividad (aplicación en condiciones reales) y no, simplemente, en condiciones ideales (eficacia)^{16,17}.

Dos indicaciones de esto último aconsejan cautela respecto de la evaluación de las demandas de aumento indiscriminado del presupuesto sanitario, apoyadas en la productividad positiva de la inversión en servicios sanitarios. Entre las razones explicativas, que no simplemente descriptivas (prestación real media), del aumento del gasto sanitario se encuentran factores tales como el aumento en la prevalencia de las enfermedades tratadas (enfermedades mentales, hipertensión, hiperlipidemia, etc.), reducciones en los umbrales clínicos para el tratamiento que han dado lugar a un mayor número de pacientes tratados por condiciones asintomáticas (diabetes, hipertensión, lípidos, etc.) e innovaciones en el tratamiento (Thorpe, 2005). Y, en España existen indicios de que la utilización hospitalaria podría responder más a la “*fascinación tecnológica*” que a las necesidades de los pacientes (Peiró y Bernal-Delgado, 2006).

La financiación de innovaciones farmacéuticas y de tecnologías médicas debería estar guiada por criterios objetivos relacionados con la aportación marginal del fármaco a la mejora del estado de salud y a la relación coste-efectividad incremental. Para ello, sería necesaria una evaluación objetiva e independiente realizada por una agencia externa especializada que podría incluso ser un Euro-NICE –National

16. “La aportación de los servicios sanitarios a la mejora de la salud de la población no debería asumirse con carácter general, sino estudiarse en cada caso concreto. Es previsible que cuando se trate de tecnologías muy efectivas –los betabloqueantes, la trombolisis, los antiagregantes plaquetarios– empleadas en poblaciones con un elevado riesgo de muerte, la mayoría de ellas produzcan beneficios que superarán de forma importante a sus costes. Las tecnologías medianamente efectivas usadas en poblaciones de bajo riesgo, tenderán a situarse en zonas grises, sin claras ventajas en la relación entre costes y beneficios y que podría mejorarse con una utilización selectiva de las mismas en los subgrupos de mayor riesgo.” (Ortún, 2006a).

17. Ortún, 2006b.

Institute for Health and Clinical Excellence– (Drummond, 2002; Maynard, 2002), y la decisión de financiación sería de los aseguradores nacionales o regionales.

Parece conveniente, por ejemplo, revisar la clasificación y los criterios para establecer el grado de aportación relativa que supone un nuevo medicamento. En este contexto, las decisiones de autorización y comercialización (seguridad, eficacia y calidad) debieran ser independientes de las de financiación pública (efectividad marginal relativa y relación coste/efectividad incremental). En términos generales, debiera distinguirse el tratamiento regulatorio, a efectos de la financiación pública, de las innovaciones con una elevada efectividad marginal (establecida, cada vez más, en el ámbito europeo por la EMEA) del resto (muy numerosas, con una reducida efectividad marginal y con una elevada relación coste/efectividad incremental). Para las primeras, es recomendable establecer la disposición a pagar, por parte de la Administración Pública, sobre la base de criterios relativos al coste/efectividad incremental (la llamada, por algunos, “cuarta valla” de la evaluación económica de medicamentos), al estilo del NICE británico (Pearson y Rawlins, 2005) o, mucho mejor, un NICER (*National Institute for Cost-Effectiveness Reviews*), tal como propuso Alan Williams (2004).

A estos nuevos medicamentos y tecnologías médicas, hay que pedirles, no sólo eficacia respecto del placebo, sino eficacia relativa respecto de los medicamentos con los que va competir o que va a sustituir. La evidencia disponible indica que, en muchos casos, la aportación marginal es muy pequeña, pero, a cambio, el coste es mucho más elevado. La estandarización de los procedimientos de evaluación económica, el requerimiento y realización en condiciones de transparencia e independencia de este tipo de estudios para las innovaciones y el establecimiento de un umbral indicativo del coste máximo por AVAC que no se debiera superar (por ejemplo, una especie de “guía” situada alrededor de los 30.000 por AVAC¹⁸ sugeridos por Sacristán et al., 2002) serían actuaciones en la línea de determinar la disposición pública a pagar en función del valor adicional del medicamento y en la línea de proporcionar indicaciones eficientes a la actividad investigadora.

La relación coste-efectividad (coste por AVAC) puede ser una buena guía para la identificación de prioridades relacionadas con la financiación pública de los medicamentos y tecnologías médicas. ¿Cuál es el valor económico de las mejoras adicionales en el estado de salud que han aportado los cambios tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades?, ¿qué parte de la mejora en la

18. Esta cifra sería equivalente a más de 30 veces el gasto sanitario público medio por persona en 2003, lo cual, como ya indicó en su día Alan Williams ((2004b), podría, incluso, ser excesivo. Pinto y Martínez (2006) obtienen un amplio intervalo para el valor monetario del AVAC, comprendido entre 9.000 y 38.000 euros.

esperanza de vida y en la calidad de vida es atribuible a la atención sanitaria y a los medicamentos?, ¿valen lo que cuestan los aumentos en el gasto en medicamentos? Los criterios para una priorización eficiente y equitativa en las decisiones de financiación pública de los medicamentos deben estar guiados por la evidencia sobre la relación entre el beneficio marginal (contribución marginal a la mejora del estado de salud) y el coste marginal del tratamiento completo (a no confundir con el precio de venta del medicamento), por ejemplo, mediante el establecimiento de un umbral de coste por año de vida ajustado por calidad máximo (AVAC). El principal criterio de financiación pública para los medicamentos innovadores (accesibilidad) protegidos por una patente debe ser que el nivel de esta financiación dependa de la eficacia relativa de la innovación y de la relación coste-efectividad.

6. ¿Es sostenible para las finanzas públicas el aumento esperable del gasto sanitario público?¹⁹

El objeto de esta sección consiste, sin cuestionar la deseabilidad, en examinar la medida en la que la sociedad puede permitirse el aumento de los recursos destinados a la atención sanitaria. La respuesta a la pregunta sobre la medida en que la sociedad se puede permitir los incrementos en la financiación sanitaria (sostenibilidad) previsibles, según las diversas proyecciones de gasto futuro disponibles, tiene que ver con las preferencias individuales por gastar nuestro dinero en atención sanitaria o bien, en otros bienes y servicios. Ahora bien, en sistemas sanitarios públicos cuya financiación proviene fundamentalmente de impuestos, la cuestión sobre la sostenibilidad del aumento del gasto sanitario está estrechamente ligada a la evolución de la recaudación impositiva y a los problemas presupuestarios de los gobiernos.

Si se acepta que la evolución tecnológica, la elasticidad-renta del gasto sanitario y las expectativas de la población española sobre el sistema sanitario público no son compatibles con un crecimiento del gasto inferior al de la renta, entonces, se puede concluir que el gasto sanitario público en una perspectiva temporal de 10 años requerirá muy probablemente una asignación de recursos superior a la actual como mínimo entre 0,2 y 0,5 puntos del PIB, aproximadamente (Puig-Junoy, 2006). ¿Cuáles son las implicaciones para la renta disponible de asignar estos recursos adicionales a la sanidad pública?

En la *Tabla 6* se presenta el impacto estimado del crecimiento del gasto sanitario público real según los dos escenarios de las proyecciones de Puig-Junoy (2006) sobre la renta disponible para el gasto en bienes y servicios no sanitarios.

Tabla 6. Proporción de aumento real del gasto no sanitario y proporción del aumento real de la renta dedicado a atención sanitaria		
Escenario de crecimiento del gasto público por persona	Escenarios de crecimiento del gasto sanitario público por persona (2003-2013)	
	ESCENARIO BASE	ESCENARIO MODERADAMENTE EXPANSIVO
Tasa de crecimiento medio anual real del gasto no sanitario por persona (%)	2,53	2,50
Proporción del aumento real en la renta dedicado a atención sanitaria	6,7	8,1

Fuente: Puig-Junoy, 2006

19. Esta sección está basada en Puig-Junoy (2004) y Puig-Junoy (2006c).

El crecimiento esperado del gasto sanitario público real hasta 2013 según el escenario base es compatible con un crecimiento real anual del gasto en bienes y servicios no sanitarios del 2,53%, o sea, un aumento de más del 28% en 10 años. La proporción del aumento de renta que, en este período, se destinaría a financiar la sanidad pública supondría el 6,7% (8,1%, en el escenario expansivo), lo cual representa cifras moderadas comparadas incluso con la evolución observada desde el año 1970.

Los datos presentados hasta aquí sugieren que, globalmente, la economía española parece tener capacidad de sostener un crecimiento del gasto sanitario público algo por encima del crecimiento del PIB hasta el año 2013. Ahora bien, la sostenibilidad económica no es suficiente en la medida que se trata de gasto sanitario público sino que se requiere también sostenibilidad de este crecimiento para las finanzas públicas.

Tabla 7. Crecimiento real del gasto sanitario público por persona y de los ingresos públicos no destinados a sanidad (2003-2013)		
	ESCENARIO BASE	ESCENARIO MODERADAMENTE EXPANSIVO
Tasa de crecimiento anual real del gasto sanitario público por persona (%)	2,53	2,50
Proporción del aumento real en los ingresos públicos destinado a sanidad		
Presión fiscal constante	6,7	8,1
Aumento de la presión fiscal en 1 punto del PIB	15,1	18,4
Aumento de la presión fiscal en 2 puntos del PIB	13,7	16,7

Fuente: Puig-Junoy (2006)

En la *Tabla 7*, se ha estimado el impacto de los escenarios de crecimiento esperado del gasto sanitario público real hasta el año 2013 sobre el crecimiento real de los recursos públicos disponibles para la financiación del resto de servicios públicos. En el escenario base, entre el año 2003 y el 2013 el gasto sanitario real crecerá a una tasa anual del 3,05% (2,30%, en el escenario moderado, y 3,62%, en el escenario expansivo). Pues bien, este crecimiento del gasto sanitario público supondría dedicar a la sanidad el 16,7% del aumento real en los ingresos públicos, en el supuesto de que, a lo largo de estos diez años, la presión fiscal agregada (ingresos públicos totales como proporción del PIB) permaneciera constante. Esta cifra se reduciría al 15,1% y al 13,7% si la presión

fiscal aumentara, respectivamente, en un punto o en dos puntos del PIB. Estas cifras son algo superiores a la proporción del aumento real en los ingresos públicos desde 1995 hasta 2001 (10,3%), un período de notable crecimiento económico.

Las alternativas frente a la necesidad de aumento del gasto sanitario público (o la denominada “insuficiencia financiera”) se pueden agrupar en cuatro categorías: reformas destinadas a mejorar la eficiencia del gasto sanitario público (hacer más con lo mismo); reformas destinadas a aumentar la financiación pública del gasto sanitario (hacer más con más); reformas destinadas a aumentar la financiación privada del gasto sanitario (hacer más con más); y reformas destinadas a priorizar y racionar las prestaciones sanitarias públicas. La respuesta no está en cuál es el instrumento adecuado, sino, a la vista de las ventajas e inconvenientes de cada alternativa en términos de eficiencia y de equidad, en elegir la dosis adecuada de cada una de ellas.

La necesidad de exigir eficiencia en la utilización de los recursos públicos es imprescindible en cualquier contexto. No hace falta observar insuficiencia para exigir maximizar la cantidad y calidad de los servicios comprados con un presupuesto dado. La evidencia española sobre utilización inapropiada de estancias e ingresos hospitalarios, así como de medicamentos o el escaso traslado de riesgo a los gestores ofrecen pistas sobre el camino a seguir. En cambio, los efectos del uso abusivo, en el pasado, de las medidas basadas en el control de precios (reducción del poder adquisitivo de los salarios, congelación o recortes unilaterales de los precios de los medicamentos) revelan la escasa efectividad de los mismos para resolver la insuficiencia. Las políticas de contención del gasto público, basadas en la contención salarial, van a tener seguramente un límite: entre 1995 y 2001, el incremento salarial por cada empleado en el sector público español ha sido del 10,4%, un valor notablemente inferior al 21,4% de crecimiento medio de los costos laborales en la industria y los servicios, y muy por debajo del aumento del IPC de este período (23,4%), con una clara pérdida de poder adquisitivo (Oliver y Celso, 2003).

Ahora bien, de ninguna manera la cuantificación de las mejoras de eficiencia puede ser suficiente para cubrir el *gap* citado entre las necesidades de financiación y lo que permite el statu quo actual de la financiación pública. Es más, en muchos casos, algunas mejoras de eficiencia y de calidad de la atención sanitaria se pueden traducir, precisamente, en incrementos de gasto como resultado de la mayor demanda y de la mayor calidad de los servicios.

Las fuentes alternativas de financiación pública para la sanidad son las políticas de redistribución interna entre programas de gasto público y el aumento de la presión fiscal general o específica destinada a la financiación de la sanidad. La redistribución interna entre programas de gasto implica, dada la restricción presupuestaria global sobre las finanzas públicas, identificar los programas que pueden ser objeto de reducción para financiar el mayor gasto sanitario (el coste de oportunidad). Ahora bien, la redistribución debe basarse en criterios de eficiencia. Ello requiere demostrar

la mejor relación coste-beneficio de los programas sanitarios frente a otras alternativas no sanitarias (escasa evidencia, problemas de medida, decisiones políticas) y demostrar que no hay que empezar por uno mismo (dirigir los recursos sanitarios actuales hacia las intervenciones con una mayor productividad marginal).

El aumento de la recaudación impositiva encuentra sus límites en la resistencia de los contribuyentes (votantes) al aumento de la presión fiscal, y en los costes que ello pudiera tener para la competitividad. La disposición de los españoles a pagar impuestos destinados a financiar la sanidad pública es mucho más elevada que para el resto de servicios públicos: un 49% opina que es el servicio público que más justifica el pago de impuestos (IEF, 2005). Asimismo, en 2005 y 2006, un 14% de la población opina que la financiación sanitaria adicional debería proceder de un aumento en los impuestos, frente a sólo un 7% en 1991 (Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2002). En una muestra de 17 países, la opinión de los españoles a favor de más servicios aún asumiendo el coste fiscal es la más elevada sólo por detrás del Reino Unido y de Nueva Zelanda (Puig-Junoy, 2000).

El aumento de los ingresos totales, con incremento de la presión fiscal, debiera ser objeto de análisis y debate en sus diferentes alternativas. Estas alternativas deben estar en función y ser acordes con la descentralización completa del SNS y con el nuevo sistema de financiación autonómica, vigente desde el año 2002 (ver la sección 8 de este trabajo).

El aumento del gasto, mediante el incremento de la financiación privada pudiera llegar, de forma complementaria, mediante el aumento de la responsabilidad financiera de los pacientes, del gasto en pago directo a proveedores privados o del gasto en seguros sanitarios. Si el SNS quiere mantener el acceso a los servicios según necesidad y no según capacidad, la importancia del gasto privado debe mantenerse a un nivel que no empeore los actuales niveles de equidad. Ello no debe servir para dar apoyo a descalificaciones generales de la participación del usuario en el coste de la atención (principio del beneficio), sino para urgir análisis basados en la evidencia.

Las alternativas anteriores debieran combinarse, en dosis a definir, con la reducción de la presión sobre el presupuesto sanitario público, a través de la delimitación y priorización de las prestaciones. El racionamiento equivale a la restricción de la oferta, de forma explícita o implícita, cuando se produce un exceso de demanda o bien cuando los mecanismos de mercado no dan lugar a un equilibrio. En cambio, priorizar implica determinar quien va primero o cual es la proporción de recursos a dedicar a un paciente, a un grupo de población o a un servicio. El racionamiento se puede llevar a cabo de manera arbitraria o sobre la base de un ejercicio explícito y sistemático de priorización. En un sistema sanitario público, la única alternativa a la priorización implícita es la delimitación de las prestaciones (lógica del aseguramiento), mediante procesos de participación social (lógica de la legitimidad democrática), que debieran ser objeto de atención a la vista de la insuficiencia de considerar la priorización como un mero ejercicio técnico (Ortún, 2002).

7. ¿Qué razones existen para justificar la necesidad de aumentar el nivel de corresponsabilidad financiera del paciente?

El objetivo de garantizar la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad no debiera ser obstáculo para estar dispuestos a repensar la racionalidad de la financiación actual de los servicios sanitarios (Le Grand, 2005). Uno de los elementos que más erosionan la confianza en el Estado del Bienestar es que los buenos cumplidores fiscales vean, por ejemplo, como se finge estar desempleado o como se acumulan medicamentos de forma innecesaria²⁰. La aplicación de copagos que no sean de baja intensidad será más problemática para este objetivo cuanto más efectivo y clínicamente necesario sea el tratamiento sobre el que se aplique el copago y también cuantas menos alternativas existan al mismo.

La función básica de los copagos no debe ser, bajo ningún concepto, la de convertirse en la fuente principal de financiación de los servicios sanitarios, pero parece conveniente analizar y evaluar la medida en la que copagos de baja intensidad, con límites individuales máximos y fijados a partir de un importe fijo por servicio pudieran tener un papel moderador del exceso de consumo cuando éste tiene su origen en las demandas de los pacientes. Copagos evitables o no obligatorios también pueden contribuir a la misma finalidad sin afectar la igualdad de acceso para una misma necesidad. Dos precauciones aprendidas de la experiencia en la aplicación de este tipo de copagos: el objetivo de proporcionar ingresos, sin ser despreciable, debe ser secundario en el diseño de estas políticas y debe primar el de ayudar a racionalizar el consumo; y las políticas de copago pueden producir efectos no deseados si se adoptan de forma aislada sin ningún tipo de cambio en los incentivos de los proveedores, los prescriptores y las farmacias.

La evidencia más negativa de la aplicación de copagos sobre el estado de salud la encontramos para copagos de alta intensidad aplicados de forma indiscriminada a todos los pacientes y a cualquier tipo de servicio: los pacientes reducen el consumo farmacéutico y la utilización de servicios sanitarios, y, por lo tanto, el gasto a cargo del financiador, pero el copago les hace desistir tanto de consumo poco efectivo o innecesario como de tratamientos muy efectivos y clínicamente necesarios. Además, este efecto tiene mayor intensidad en los individuos más enfermos y en los de rentas más bajas que en los de rentas elevadas. De ahí que, aún aceptando la necesidad de introducir una cierta conciencia del coste de los medicamentos en el paciente mediante copagos bien diseñados, el esfuerzo por conseguir un consumo más

20. Resulta apropiado recordar aquí que el 28% de los españoles opina que los servicios sanitarios son el servicio público que peor utilizan los usuarios (IEF, 2005).

racional no puede descansar sólo en los copagos, sino en cambios en los incentivos a los proveedores de servicios, a los prescriptores y a los farmacéuticos, que son los verdaderos generadores de la demanda sanitaria y quienes deberían actuar como agentes del bienestar del paciente.

Sería realmente una equivocación dividir el debate político sobre el futuro del SNS y sus alternativas de financiación entre los que están a favor o en contra del denominado “copago”, entendido como las diversas formas posibles de contribución financiera del paciente en el momento de utilizar los servicios. Las fronteras hay que establecerlas entre los que están por la racionalización del gasto y los que prefieren que las cosas sigan como están. Más bien, lo que resulta necesario es aceptar la necesidad de una utilización y una financiación más racional de los medicamentos y prestaciones sanitarias, incluidos en la cobertura aseguradora pública, condición necesaria para asegurar la viabilidad futura del SNS.

Ello requiere cambios importantes en las políticas de gestión de los servicios sanitarios, a todos los niveles y más allá del contraproducente ejercicio del poder de monopsonio a través, por ejemplo, de la reducción unilateral de precios de los medicamentos, de la introducción de pseudoimpuestos sobre las ventas de los laboratorios farmacéuticos o de forzar una reducción de los salarios reales a través de un crecimiento por debajo de la inflación, en favor de una asistencia sanitaria de calidad basada en resultados y con una relación coste-efectividad que no supere la disposición social a pagar. Que estos cambios pueden incluir modificaciones o ampliaciones en el limitado papel asignado a la corresponsabilidad financiera individual parece fuera de toda duda, pero éstos no pueden, en ningún caso, comenzar ni acabar por el sistema de copago.

Aparece como opinión mayoritaria la conveniencia de un copago en el SNS para modular la demanda sanitaria en una encuesta realizada a responsables de política sanitaria; únicamente un 13% de los encuestados rechaza cualquier forma de copago (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, y Fundación Fernando Abril Martorell, 2006). Ello contrasta con una mayoría aún superior, mostrando su incredulidad respecto de las posibilidades de implantación en la práctica política inmediata. Que esto recoja efectivamente un sentimiento de frustración, entre lo deseable y lo posible en las reformas sanitarias de nuestro SNS, o que refleje simplemente una actitud acomodaticia a las circunstancias presentes a la vista de las diatribas que se lanzan oposición y Gobierno, no debe hacernos pasar por alto que la opinión de los ciudadanos es menos desfavorable de lo que se publica a la revisión del copago. Un 47% de la población española se muestra favorable al pago de 1 euro por receta médica, un 30% al pago de 2 euros por cada visita al médico de atención primaria y un 23% al pago de 10 euros por hospitalización (Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2006).

El único sistema de copago aplicado en el sistema sanitario español es el que afecta a los medicamentos y, en su diseño actual, resulta manifiestamente mejorable (Puig-Junoy, 2006a). Convendría reformar y definir alternativas al obsoleto sistema de copago de los medicamentos vigente en la actualidad, ya que el sistema actual no contribuye a mejorar la eficiencia (exceso de consumo); existen serias dudas sobre su contribución a la equidad (igualdad de acceso a los medicamentos para una misma necesidad); y tampoco contribuye a asegurar la viabilidad de la financiación de los medicamentos en el SNS. La actual exención en la aplicación de copagos farmacéuticos, basada en la condición de pensionista, puede suponer una captura del gasto farmacéutico en favor de mayores de edad de clase media, generando precisamente desigualdad de acceso a esta prestación.

Los pensionistas cubiertos por las mutualidades de funcionarios públicos deben realizar, a diferencia de los del régimen general de la Seguridad Social, la misma aportación que el resto de asegurados, es decir, un 30% del precio de venta (mientras que los pensionistas del SNS se encuentran exentos de cualquier aportación). Con todas las cautelas necesarias, esta diferencia en el copago de los pensionistas nos puede aportar pistas sobre los problemas de eficiencia del copago actual sobre los medicamentos.

La situación comparativa del número de recetas y del gasto farmacéutico per cápita entre la población del SNS y la de la MUFACE en el año 2003 se presenta en la *Tabla 8*. Los datos indican que, al margen de otros factores, la influencia de las diferencias en el sistema de copago para ambos grupos de asegurados se traducen en niveles de consumo y de gasto significativamente diferentes.

En primer lugar, los asegurados activos de MUFACE, los cuales deben pagar el 30% del precio de venta del medicamento consumen 2,3 recetas más al año (un 32% más) y gastan 31,1 euros (un 45% más) por persona y año que los asegurados activos del SNS que pagan un 40% del precio de los medicamentos.

En segundo lugar, los asegurados pensionistas de MUFACE, los cuales también deben pagar el 30% del precio del medicamento, consumen 17,7 recetas menos y gastan 321,4 euros menos por persona y año que los pensionistas del SNS que tienen acceso gratuito a los medicamentos.

Tabla 8. Consumo y gasto de medicamentos por persona, en el año 2003, en el SNS y en MUFACE

	MUFACE	SNS	Ratio MUFACE/SNS
Recetas/persona			
- ACTIVOS	9,6	7,3	1,32
- PENSIONITAS	28,0	45,7	0,61
Gasto/persona			
- ACTIVOS	99,4	68,3	1,45
- PENSIONISTAS	332,7	654,1	0,51

Fuente: García (2005)

Parece cuanto menos recomendable impulsar estudios que aporten conocimiento acerca de las causas y las consecuencias de estas diferencias de comportamiento en el consumo farmacéutico español, según el tipo de cobertura aseguradora.

La participación del paciente en el coste de los medicamentos debería tener como objetivo principal el hecho de favorecer la conciencia de coste en el paciente (y en el prescriptor) sin penalizar la igualdad de acceso a un tratamiento efectivo para una misma necesidad, ni empeorar el cumplimiento de tratamientos efectivos y necesarios ni producir efectos negativos sobre el estado de salud de los individuos. La evidencia empírica aconseja no conceder un papel preponderante al precio pagado por el paciente en el control del gasto en medicamentos. En la mayoría de países de la UE, existen copagos para los medicamentos, pero en ninguno de ellos representan el instrumento privilegiado de financiación para garantizar la viabilidad del sistema sanitario. Ahora bien, el hecho de que no se trate de un instrumento con una potente capacidad de recaudación no es obstáculo para que pueda permitir ahorros importantes en el nivel y en el crecimiento del gasto. La deseabilidad y el impacto de un sistema de copagos para los medicamentos deben ser puestos también en relación con las decisiones de participación del usuario en el coste de otros servicios sanitarios que pueden resultar sustitutivos o complementarios.

Algunas consideraciones que pueden ser útiles como guía para la revisión del papel asignado a la corresponsabilización del paciente en el SNS español pueden ser las que se describen a continuación (Puig-Junoy, 2006b).

En primer lugar, tener en cuenta que el efecto de posibles copagos sobre la equidad en la financiación se debe valorar teniendo en cuenta que los ingresos adicionales vía recaudación impositiva tienden a ser más bien regresivos.

En segundo lugar, los copagos deben establecerse con el objetivo principal de incentivar la corresponsabilidad individual y alejados de los objetivos puramente recaudatorios.

En tercer lugar, los copagos no deben afectar a los servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad. Los servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad deberían ser de acceso gratuito y los copagos no deberían ser una barrera de acceso a la consulta del médico de atención primaria. En este sentido, sería recomendable que el SNS estableciera de forma precisa y adaptable en el tiempo el catálogo básico de servicios incluidos en la cobertura aseguradora. Un catálogo de prestaciones haría explícitas las prestaciones que los usuarios tienen derecho a percibir, fijando como obligación del sistema su provisión y garantizando un conjunto mínimo de prestaciones a la totalidad de los ciudadanos. Para los diagnósticos o tratamientos adicionales, considerados como clínicamente menos necesarios o no necesarios, se podrían establecer copagos centralizados o descentralizados.

En cuarto lugar, las exenciones del copago no pueden basarse únicamente en la edad, sino en la renta. La población de más de 65 años tiene una probabilidad de pobreza extrema (definida, según renta, por debajo de un 25% de la media) entre dos y diez veces menor que los parados (en el 80% de los casos, el subsidio de paro no los saca de la pobreza). El peso de los mayores de 65 años en los indicadores de pobreza extrema está a la mitad de lo que representa su peso poblacional. Ello se debe, en buena parte, a que las actuales pensiones contributivas y el universalismo asistencial discrimina positivamente a las personas mayores (y el *boom* inmobiliario también). Esto reclama una acción más selectiva y menos generalista en las políticas públicas y, en concreto, en las exenciones del copago. Algunos países han optado precisamente por aplicar exenciones a los copagos, también, a la población joven.

En quinto lugar, los sistemas de copagos reducidos y con pocas excepciones pueden ser útiles para favorecer la corresponsabilidad individual. Copagos obligatorios de un importe moderado (de baja intensidad) y con muy pocas exenciones pueden ser suficientes para aumentar la responsabilidad individual y desincentivar el sobreconsumo en aquella parte que se origina en las decisiones de los pacientes. En cambio, la aplicación de copagos obligatorios elevados (de alta intensidad), con exenciones para atenuar los efectos negativos en los grupos de población más vulnerable, puede resultar compleja y costosa.

En sexto lugar, los copagos pueden ser más elevados cuanto más nos alejemos de servicios clínicamente necesarios y de alta efectividad. La aplicación de copagos importantes será menos problemática cuanto menos efectivo y menos clínicamente

necesario (servicios hoteleros, por ejemplo) sea el tratamiento sobre el que se aplique el copago, y también cuantas más alternativas existan al mismo. La base de la idea es bastante simple: si el copago no es obligatorio cuando el tratamiento es muy efectivo y necesario y cuando no existen alternativas, las barreras de acceso que el mismo supone serán menores o inexistentes (véase el caso de los precios de referencia o copagos diferenciales aplicados a medicamentos que, utilizados de forma adecuada, representan copagos evitables). O sea, los copagos podrían estar relacionados con la efectividad o aportación marginal de las prestaciones sanitarias.

En séptimo lugar, es posible diseñar copagos evitables relacionados con la efectividad y con la relación coste-efectividad. Resulta posible diseñar un sistema adicional de copago que sea casi evitable (no obligatorio) y relacionado con la efectividad y la relación coste-efectividad de los medicamentos. Este segundo nivel de copago tendría un carácter universal, pero sería casi evitable atendiendo a las preferencias individuales.

En octavo lugar, es importante tener en cuenta que la aportación del usuario en prestaciones actualmente no cubiertas supone una reducción del copago. La inclusión, dentro de la cobertura aseguradora pública, de prestaciones actualmente no cubiertas o con cobertura parcial (salud bucodental, podología, fisioterapia, salud mental, etc.) supone, sin lugar a dudas, una reducción del nivel de copago. La inclusión, dentro de la cobertura o la mejora de la misma, para estos servicios mediante el requerimiento de una aportación financiera del paciente, debe ser vista precisamente como una importante mejora de la igualdad de acceso a los servicios.

Y, en último lugar, es importante recordar que los copagos nunca deben emplearse de forma aislada e independiente de los incentivos a los proveedores. Resultaría, por otro lado, naíf y poco informado tratar de evitar el debate político y social sobre el papel que debe tener esta responsabilidad individual en el nuevo enfoque igualitario del Estado del Bienestar, limitándose a señalar la obviedad de que los copagos no son suficientes para asegurar la desaparición de las ineficiencias en el sistema sanitario. Ni la eficiencia en la utilización de los servicios sanitarios, ni la equidad, ni el control del gasto pueden descansar únicamente en el copago, ni en ninguna otra política única y mágica.

8. ¿Por qué el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas tiene dificultades para encajar la tendencia creciente del gasto sanitario?

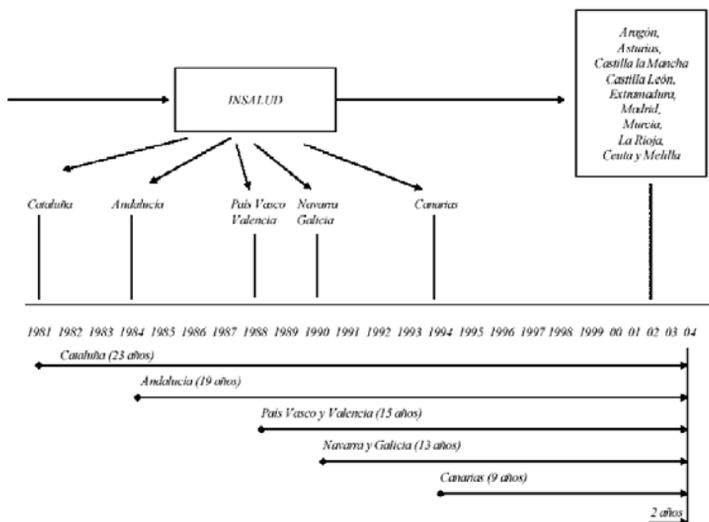
El proceso de descentralización de las competencias relativas a los servicios sanitarios públicos a las CCAA, iniciado en 1981, no ha sido completado hasta el año 2002 (*Gráfico 8*). La descentralización completa de los servicios sanitarios coincide con la adopción de un nuevo sistema de financiación autonómica que supone cambios sustanciales e importantes respecto del sistema vigente hasta finales del año anterior.

El sistema de financiación, aplicado hasta finales de 1993 a las primeras CCAA que recibieron la transferencia de la competencia de los servicios sanitarios (*Gráfico 8*) utilizó criterios de reparto relativamente heterogéneos entre Comunidades (Cantarero, 2006), y llegó a forzar, en el caso de Cataluña, la primera Comunidad que recibió esta transferencia, la reducción gradual del peso de su asignación presupuestaria hasta el del correspondiente porcentaje de población protegida (sin ajuste alguno).

A partir de 1994, se homogeneiza el criterio de reparto basado en la población protegida para las CCAA de régimen común (criterio no aplicable para las CCAA cuya gestión aún no había sido descentralizada) y se vincula el crecimiento de los recursos sanitarios a la evolución del PIB²¹. El resultado de la evolución de este sistema de financiación de la sanidad, independiente del resto de servicios públicos transferidos que se regía por los criterios de la LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas), fue una descentralización con una notable asimetría entre las decisiones de ingreso y las de gasto: mientras que las CCAA que habían recibido las transferencias sanitarias se habían hiperespecializado en la prestación del servicio que más frecuente y valora la población, carecían casi totalmente de responsabilidades sobre la obtención de los necesarios ingresos para su financiación, puesto que éstos procedían de un subsidio vertical y condicionado del Estado. Resulta poco arriesgado predecir que, más allá de la cicatería central en la valoración inicial del coste efectivo y en la probable insuficiencia de la cifra global destinada a sanidad pública, pudieron existir incentivos a que las CCAA aumentaran sus niveles de gasto consiguiendo "*créditos políticos en sus territorios sin asumir a su vez los correspondientes costes financieros*" (Gimeno y Tamayo, 2005).

21. Hasta ese año, la evolución del crédito presupuestario de las CCAA con los servicios sanitarios transferidos dependía de la evolución del gasto del INSALUD en las CCAA en las que no se había aún realizado la transferencia de los servicios (INSALUD-no transferido).

Gráfico 8. Cronología del proceso de transferencias del SNS



Fuente: Informe anual del SNS, 2003

Los cambios más importantes que ha introducido el nuevo sistema de financiación autonómica a partir del año 2002 (Ley 21/2001) se pueden resumir en los siguientes (Puig-Junoy y Rovira, 2004): integración de la sanidad dentro del sistema general de financiación autonómica, aumento de los impuestos cedidos y creación de un Fondo de Cohesión.

En primer lugar, los servicios sanitarios se integran de forma incondicionada dentro de la financiación autonómica general, de forma que desaparece el sistema diferenciado de financiación para la sanidad que había estado vigente hasta esa fecha. Así pues, los recursos que hasta ese momento recibían las CCAA con destino finalista para la sanidad pasan a integrar la participación en los ingresos del Estado. Sin embargo, el sistema impone a las CCAA la obligación de gastar un volumen mínimo de recursos, justificado en las necesidades de la población de cada Comunidad, que puede ser aumentado mediante la utilización de fuentes de financiación propias de las CCAA. El gasto mínimo que debe realizar cada CCAA en atención sanitaria se calcula a partir de la asignación global inicial y se distribuye

como resultado de una función ponderada de la población (75%), la población de más de 65 años (24,5%) y la insularidad (0,5%). Esta integración no condicionada debería haber supuesto un aumento de la autonomía de las CCAA y, a la vez, un mecanismo de corresponsabilidad ya que se pretendía que las decisiones autonómicas de mayor gasto, en presencia de límites al endeudamiento, debían implicar reducción de otras partidas autonómicas o incremento en la presión fiscal autónoma.

El criterio capitativo sin ningún tipo de ajuste empleado hasta finales del año 2001 imponía casi el mismo gasto por persona en todas las CCAA; criterio poco afinado y con escaso valor en términos de equidad entendida como igualdad de capacidad de acceso a los servicios para una misma necesidad. El rango de variación en el gasto por persona era muy reducido (alrededor del 5%). El coeficiente de variación del gasto por persona era claramente inferior al observado en otros sistemas descentralizados (López-Casasnovas, 2000), e incluso bastante inferior al gasto en otros servicios públicos, como la educación obligatoria. Sin embargo, el nivel de gasto mínimo establecido en el nuevo sistema de financiación es más resultado de un acuerdo político fundamentado en el resultado final (la asignación financiera –“¿qué hay de lo mío?”–) que en valores objetivos sobre la relación entre necesidades y recursos. En este sentido, sería erróneo interpretar el nuevo sistema como una asignación ajustada por necesidades: la utilización y la ponderación de las variables población, envejecimiento e insularidad en la fórmula de reparto no pueden justificarse con criterios técnicos aceptables ni como consecuencia de un proceso de aproximación a los componentes del gasto sanitario en función de la edad, sino, simplemente, por razones de resultado (Ruiz-Huerta y Granada, 2003).

El nivel del gasto calculado según las necesidades es garantizado por el gobierno central y debe aumentar anualmente de acuerdo con la tasa de crecimiento de los ingresos estatales por ingresos tributarios del Estado (ITE) o, sólo hasta 2004, según la tasa de crecimiento anual del PIB si ésta es superior a la anterior (suficiencia dinámica). Así pues, la integración de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general se realiza bajo algunos condicionantes importantes, lo cual no es en sí mismo negativo y tiene referentes en el sistema comparado de los estados descentralizados. Ahora bien, probablemente, estaría más de acuerdo con la protección de los derechos de los pacientes una definición precisa de los servicios garantizados (y condiciones de prestación de los mismos a las que se obliga a cada CCAA) a todos los ciudadanos con independencia de la región de residencia. No sólo el criterio de equidad impuesto por el nuevo sistema se encuentra alejado de los criterios aceptables en el nuevo marco de descentralización fiscal, sino que la evolución uniforme del gasto mínimo para todas las CCAA entra en contradicción con la evolución heterogénea de las necesidades asociadas a factores demográficos (aumento de la población y cambios en la estructura de edades; ver *Tabla 7*).

En segundo lugar, aparentemente, la corresponsabilidad fiscal de las CCAA ha aumentado con la extensión de la cesión de los impuestos también a los indirectos (IVA e impuestos especiales) y por un ligero aumento de la capacidad normativa en los impuestos directos. El resultado ha sido una reducción importante en el volumen de la transferencia del gobierno central a las CCAA y un aumento en la recaudación descentralizada de impuestos cedidos. La cesta de tributos y participaciones impositivas cedidos es más equilibrada y amplia con el nuevo sistema de financiación: 33% del IRPF, 35% del IVA, 40% de los Impuestos Especiales y 100% del Impuesto especial sobre Electricidad y del Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte.

En tercer lugar, se ha establecido un Fondo de Cohesión con el fin de compensar los flujos de pacientes entre CCAA, objetivo, éste, algo alejado de la finalidad a la que el propio nombre debería inducir a pensar, puesto que la necesaria cohesión del SNS va mucho más allá de los flujos de desplazados. Lejos de implantar una *cámara de compensación* entre CCAA, como correspondería atendiendo a su propia naturaleza, el Fondo de Cohesión se ha instrumentado a través de la compensación de costes por parte del Estado a las CCAA que realizan ingresos hospitalarios de pacientes de fuera de su Comunidad. El coste de estos internamientos compensados a las CCAA de destino se actualiza por el índice de precios al consumo o, en su defecto, por el deflactor del consumo final de los hogares. Así pues, aunque el ingreso financiero lo reciben las Comunidades receptoras de los pacientes desplazados, este Fondo de Cohesión supone una subvención adicional a las CCAA en las que se encuentra la residencia de los pacientes desplazados.

En cuarto lugar, el nuevo sistema de financiación, en aras también de contribuir a garantizar la suficiencia dinámica, utiliza, por primera vez, las asignaciones de nivelación, ya previstas en la LOFCA pero no empleadas hasta ese momento, con el objetivo teórico de garantizar la provisión de un nivel equivalente de los servicios públicos que se delimitan como fundamentales: educación y sanidad. El objetivo general es el de asegurar que las regiones disponen de recursos suficientes para satisfacer el gasto establecido como necesario. En concreto, el nivel de prestación de la asistencia sanitaria queda afectado cuando el porcentaje de incremento de la población protegida, ponderada por la edad, en una Comunidad, entre un año y el siguiente, sea superior en más de 3 puntos al porcentaje de incremento que en ese mismo período experimente la media estatal.

El nuevo sistema de financiación autonómica establecido en el 2002 quiso suponer, sobre el papel, el traslado casi completo de la responsabilidad fiscal sobre el crecimiento del gasto sanitario público a las CCAA, una vez establecidas paralelamente las limitaciones correspondientes al endeudamiento público de las haciendas subcentrales. Los aumentos autonómicos en el gasto sanitario como resultado de la expresión de las propias preferencias podían, así, al menos en teoría, ser financiados mediante la redistribución de recursos procedentes de otras partidas

del presupuesto de las CCAA o bien del crecimiento autonómico de la recaudación de los tributos cedidos por encima de la tasa de crecimiento del ITE, o bien de la utilización de la capacidad normativa autonómica en material tributaria.

A pesar de los cambios del nuevo sistema de financiación que tenía, de nuevo y a la luz de la voluntad política, vocación de imponer su carácter definitivo, y del escaso tiempo transcurrido desde su implantación, la dinámica del propio sistema de financiación y de los factores exógenos que impulsan el gasto sanitario ha puesto de relieve de forma manifiesta algunos problemas bastante importantes en la financiación sanitaria descentralizada que permanecen sin resolver de forma satisfactoria. Así, poco tiempo después de iniciarse la aplicación del nuevo sistema de financiación, la reclamación de mayores subvenciones verticales del Estado hacia las CCAA se ha hecho, si cabe, más persistente. La cifra “oficial” de deudas pendientes de contabilizar a finales del 2003 (gastos devengados pero no contabilizados en el ejercicio presupuestario) ascendían a 6.036 millones de euros (IGAE, 2005). De esta cifra, un 72,2% se había generado en ejercicios anteriores al 2003²². La lista de los principales argumentos de las CCAA para sostener la insuficiencia de los recursos disponibles es amplia: incremento de la población protegida, la atención de los desplazados, la inclusión de nuevas prestaciones y la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico (Gimeno y Tamayo, 2005). El impacto presupuestario de las prestaciones financiadas por algunas CCAA y no incluidas en el catálogo común del SNS es relativamente limitado, 0,11% del gasto en 2003, y son Navarra (0,49%), Andalucía (0,29%), Cataluña (0,27%) y el País Vasco (0,19%) las CCAA en las que éstas adquieren una mayor importancia relativa (la mitad de las CCAA no presentan gasto de esta naturaleza).

Más allá de las problemáticas particulares y de corto plazo, la mayoría de los problemas derivan de la escasa flexibilidad del sistema descentralizado de ingresos frente a los factores que impulsan el comportamiento del gasto sanitario, y, a un sistema de financiación autonómica que ha integrado la sanidad sin encajar, de manera adecuada, un diseño que fomente la corresponsabilidad fiscal y que deje, todavía, mucho espacio libre al comportamiento oportunista de las CCAA frente a un Estado que todavía se resiste a aceptar las consecuencias de la descentralización fiscal y sanitaria. Los problemas principales del sistema actual de financiación de la sanidad, dentro de la financiación autonómica, se pueden resumir, a modo de diagnóstico incompleto, en los siguientes: corresponsabilidad fiscal débil, transferencia de riesgo con escasa credibilidad, poca flexibilidad de los ingresos tributarios cedidos a las CCAA ante la dinámica demográfica y diseño inadecuado del Fondo de Cohesión.

22. Esta deuda representa, en promedio, el 4,3% del gasto total en 2003, que es superior al 7% en Canarias, Comunidad Valenciana, Baleares, Cataluña y Castilla-León.

En primer lugar, aunque aparentemente ha aumentado la responsabilidad fiscal de las CCAA, la situación resultante se encuentra lejos de la responsabilidad fiscal completa (*corresponsabilidad fiscal débil*). La proporción que representan los impuestos cedidos sobre los ingresos autonómicos ha aumentado notablemente (más del 80% en algunas Comunidades Autónomas), pero la capacidad normativa sobre los ingresos públicos no ha aumentado en la misma proporción (la capacidad normativa es aplicable a menos del 20% de los ingresos autonómicos). La carencia de competencias normativas, por el lado de los nuevos impuestos cedidos, es notable: las participaciones territorializadas en el IVA y los impuestos especiales no van acompañadas de una ampliación real del grado de autonomía, mientras que el margen del 10% hacia arriba o hacia abajo en el tipo de gravamen de los impuestos especiales resulta marginal (Sánchez et al., 2006). La capacidad normativa autonómica en materia fiscal no ha sido utilizada, en general, para conseguir más recursos financieros: los aumentos en la presión fiscal (en el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y en el Impuesto Minorista por Venta de Hidrocarburos) han ido paralelos a la reducción del IRPF mediante deducciones fiscales, más visibles electoralmente. La recaudación autonómica por la cesión del IRPF de 2002 se ha visto reducida en un 3,3% en Extremadura, un 0,8% en Galicia y en La Rioja, y un 0,7% en Castilla-La Mancha a causa de las deducciones fiscales en el IRPF introducidas por los gobiernos autonómicos (Journard y Giorno, 2005). Únicamente las Comunidades de Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid han aplicado los recargos autonómicos sobre el impuesto de hidrocarburos.

Las Comunidades esperan permanentemente la revisión del modelo, por insuficiente, político y no basado en criterios objetivos y flexibles, ante lo cual prefieren no aumentar la presión fiscal y soportar los costes políticos asociados; no utilizan el limitado margen de capacidad normativa y prefieren aumentar el déficit con la expectativa de que al final se haga cargo del mismo el Gobierno central (Journard y Giorno, 2005). El propio sistema de financiación constituye un desincentivo al ejercicio de la capacidad normativa en materia fiscal como fuente de recursos financieros adicionales (Lago, 2006). Sigue siendo, al mismo tiempo, más rentable electoralmente utilizar la escasa capacidad fiscal para reducir la presión fiscal (por ejemplo, mediante el anuncio de supresión del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, la cual resulta poco coherente con los objetivos de mejora de la progresividad) y mediante subvenciones implícitas (deducciones de la cuota del IRPF, por ejemplo).

En segundo lugar, la *transferencia de riesgo financiero hacia las CCAA* implícita en el nuevo sistema de financiación autonómica ha resultado de escasa credibilidad (*insuficiente para eliminar el riesgo moral*) en el momento en el que se ha integrado la sanidad en el sistema. Los factores que merman la credibilidad de la transferencia de riesgo (laxitud de la restricción presupuestaria de las CCAA) son, entre otros, la

incapacidad del Estado de establecer una asignación inicial suficiente para deslegitimar cualquier reclamación basada en deuda pendiente de ejercicios anteriores y suficiente para hacer frente al gasto histórico tendencial²³; el aumento generalizado de la población protegida sin mecanismos adecuados de reconocimiento de la necesidad de ajuste de las dotaciones; la reducida capacidad normativa; las decisiones unilaterales de incorporación de innovaciones de elevado coste (especialmente farmacéuticas) en el SNS²⁴; etc. Aunque no debería admitirse ninguna reivindicación de ingresos adicionales para cubrir los servicios “básicos” derivados del ejercicio de la autonomía de cada CCAA, lo cierto es que nadie ha determinado lo que entiende por servicios básicos y por las obligaciones de prestación de la atención que deben cumplir las CCAA, lo cual es terreno abonado para las reclamaciones y el abuso moral. Indicadores de riesgo moral en el comportamiento de los nuevos gestores sanitarios se pueden intuir en las mejoras generalizadas en las condiciones retributivas de los profesionales médicos, en algunos casos, a cambio de una mayor exclusividad, y en otros, a cambio de muy poca cosa (López-Casasnovas, 2003), junto con aumentos notables de plantilla, y creando una posible espiral inflacionista que presionará sobre los gastos de personal (IGAE, 2005).

En tercer lugar, los recursos derivados del acuerdo de financiación del 2002, a pesar de estar pensado para ser permanente, presentan poca flexibilidad ante la fuerte dinámica de crecimiento demográfico experimentado especialmente a partir del 2002. En el otro lado de la balanza, el aumento de gasto público derivado de la inmigración se concentra en sanidad y educación; y ambas recaen sobre los presupuestos autonómicos. El impacto del crecimiento de la población protegida presenta una elevada concentración en el tiempo y en algunas CCAA (impacto heterogéneo). En el 2003, el 68% de los residentes extranjeros residía en cuatro CCAA: Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía. La necesidad de gasto sanitario presenta una cierta elasticidad frente al aumento de la población (aunque a

23. Asignación global inicial probablemente infravalorada a causa de la existencia de gastos pendientes de contabilizar; asignación regional poco equitativa, alejada de criterios objetivos de necesidad y basada en criterios resultantes de una negociación política en la que el objetivo del gobierno central era conseguir que todas las CCAA aceptaran la recepción de la transferencia. Sánchez y Cabasés (2006) detallan algunas de las causas de la infravaloración de la antigua restricción financiera inicial: uso de la liquidación del 2000 en lugar de la de 1999; imposibilidad de contrastar el coste efectivo del INSALUD gestión directa de 1999; y minoración de los fondos por incapacidad temporal.

24. “El Estado no debería imponer obligaciones de gasto a las CCAA –nuevas prestaciones– sin garantizar que éstas pueden conseguir la correspondiente financiación” (González y Barber, 2006).

corto plazo no hay ningún indicio de que ésta deba ser ni unitaria ni superior a la unidad), mientras que los ingresos tributarios cedidos a las CCAA son probablemente menos elásticos respecto de los aumentos poblacionales (IRPF, IVA e IE), y son precisamente otros ingresos del Estado y la Seguridad Social mucho más elásticos respecto de las variaciones en la población (por ejemplo, los ingresos por cotizaciones a la Seguridad Social). Las CCAA consideran, no exentas de razón, que sería injusto verse en la obligación de financiar servicios básicos a los nuevos residentes con un sobreesfuerzo fiscal o restando recursos de otros servicios públicos, cuya demanda también crece de forma muy importante con el aumento poblacional y que están en manos de las CCAA (éste es el caso de la educación). Las asignaciones de nivelación han sido insuficientes para flexibilizar los ingresos de aquellas CCAA con mayor presión por el aumento de población, ya que imponen una condición demasiado restrictiva –crecimiento de la población 3 puntos por encima del crecimiento de la media estatal en un sólo año– y no tienen en cuenta la acumulación de crecimiento en un período de tiempo algo más largo (Joumard y Giorno, 2005)²⁵.

En este contexto, en el que rápidamente han aflorado las debilidades del nuevo sistema de financiación autonómica implantado a partir del 2002, los gobiernos de algunas CCAA y algunos partidos políticos continúan con la lógica interesada de interpretar cualquier diferencia observada en el gasto territorializado per cápita como discriminatoria e inequitativa, lógica de la uniformidad como objetivo a la cual se muestran sensibles algunos sectores ideológicos, con argumentos ajenos a la evidencia, y que utilizan de forma electoralista los partidos políticos. En un marco de descentralización fiscal como el iniciado a partir del 2002, la interpretación de las diferencias en gasto sanitario per cápita es más compleja y requiere de mayores cautelas aún si cabe que en el pasado. Ahora bien, la lógica de la uniformidad como objetivo en el gasto resta credibilidad al compromiso financiero que el nuevo sistema de financiación debía suponer, ya que contribuye no sólo a minar la propia lógica del sistema de descentralización fiscal y de la gestión sanitaria, sino también a favorecer el riesgo moral de las CCAA. Incluso la propia expresión de “déficit sanitario” carece de sentido en una descentralización fiscal de segunda generación (López-Casasnovas, 2005) en la que los ingresos fiscales ya no están asignados de forma finalista a la sanidad.

¿Cómo hay que interpretar las diferencias de gasto una vez generalizada la transferencia con criterios de descentralización fiscal? Las diferencias en gasto per cápita, a pesar de la vulnerabilidad política, nunca han sido fáciles de interpretar ya que deben ser juzgadas en función de las necesidades epidemiológicas, la evolución

25. Este mecanismo es claramente asimétrico, ya que no contempla, ni a corto ni a largo plazo, ajustes a la baja para las CCAA que pierden población.

histórica de la oferta, la eficiencia en la gestión, etc., factores que ni tan sólo las fórmulas más sofisticadas de asignación descentralizada de recursos basadas en necesidades, como el RAWP británico, han podido resolver de forma satisfactoria. Ahora bien, bajo un sistema de financiación basado en la descentralización fiscal, incluso esto último pierde importancia (López-Casasnovas, 2005), ya que es imprescindible aislar de las mismas la contribución procedente del propio esfuerzo de los ciudadanos de cada CCAA, ya sea bajo la forma de recursos obtenidos a costa de otras partidas de gasto público o de mayores (menores) ingresos públicos –recargos, copagos, etc.–. Siendo mucho menores las diferencias en gasto per cápita que en educación obligatoria, conviene no confundir mayor/menor gasto per cápita con mayores/menores prestaciones (González y Barber, 2006), conviene recordar que las diferencias importantes y las que cuentan son las diferencias personales en la oportunidad de acceso a los servicios para una misma necesidad (el bienestar sanitario es de las personas y no de los territorios, y son mayores las diferencias intraregionales que las interregionales), y que las diferencias atribuibles al propio esfuerzo no tienen porqué ser consideradas como inequitativas una vez garantizados unos “mínimos”, que pueden alcanzar el nivel actual, en cuanto a cobertura y condiciones de acceso prestadas a costes eficientes. Resulta imprescindible que los agentes acepten la lógica implícita en la “descentralización sanitaria de segunda generación” (López-Casasnovas, 2005) para que se pueda abordar, de forma objetiva y basada en el conocimiento disponible, la reforma del actual sistema de financiación autonómica.

El desencaje creciente entre las necesidades de gasto sanitario dentro del marco del nuevo sistema de financiación autonómica forzó precisamente los acuerdos para la mejora de la financiación sanitaria de la II Conferencia de Presidentes (10 de septiembre de 2005) desarrollados por el Consejo de Política Fiscal y Financiera (Real Decreto 12/2005, de 16 de septiembre), cuyas principales medidas se resumen en la *Tabla 9*. La Conferencia de Presidentes ha supuesto que el Estado reconozca las insuficiencias del modelo de financiación adoptado a partir de 2002, la adopción de medidas de emergencia para evitar el supuesto agravamiento del problema y el compromiso político de revisión del modelo de financiación autonómica en 2007 para iniciar 2008 con un nuevo modelo (Urbanos, 2006).

El resultado efectivo es que las medidas derivadas del RD12/2005 son exclusivamente de carácter financiero, sin entrar en el diagnóstico real del desencaje de la evolución del gasto sanitario dentro de la financiación autonómica y sin pretender modificar las causas, todo lo cual, si bien perfectamente justificable como medidas de emergencia de carácter paliativo a corto plazo, no resulta precisamente ejemplarizante para reducir el riesgo moral de las CCAA y reducir la laxitud de la restricción presupuestaria (negociación política basada en el resultado financiero más que en los criterios y que confirma las expectativas de las CCAA sobre la escasa credibilidad de la transferencia de riesgo financiero). La situación resultante es que

las medidas de septiembre de 2005, aportando ingresos adicionales necesarios, pueden alimentar precisamente las expectativas de revisión y alza del sistema, que contribuyen al aumento de la laxitud de la restricción presupuestaria de las CCAA en el período hasta la revisión del sistema (Lago, 2006).

Tabla 9. Medidas aprobadas en la II Conferencia de Presidentes de las CCAA

MEDIDAS APROBADAS EN LA CONFERENCIA DE PRESIDENTES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Medidas adoptadas por la Conferencia de Presidentes de las CCAA celebrada el 10 de septiembre de 2006 y ratificadas por el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2006)
<ul style="list-style-type: none"> •Transferencias a las comunidades autónomas: 500 M€, a repartir conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001 actualizando la población a 2004. Esta cantidad pasará a ser de 600 M€ en 2007. •Aportación a Baleares y Canarias para compensar las circunstancias del hecho insular: 55 M€. •El Gobierno de la nación incrementará los recursos disponibles por las comunidades autónomas para ayudarles a la reducción de la deuda sanitaria acumulada mediante una mejora del sistema de liquidación en una cuantía de 1.365 M€ en 2006. Esta ayuda se abonará también en el ejercicio de 2005 en idéntica cuantía. •Creación de un Fondo Presupuestario de hasta 500M€ anuales para apoyar a aquellas comunidades autónomas cuyos ingresos asignados a la Sanidad evolucionen por debajo del crecimiento del PIB nominal. •Transferencia del Gobierno a las CCAA de una cantidad estimada de 200 M€, para compensar la asistencia a residentes extranjeros. Adicionalmente, con carácter anual, transferencia a las comunidades autónomas por un importe estimado anual de 227M€ derivados del incremento de la imposición indirecta en los tributos sobre alcoholes y tabacos. •Incremento de la capacidad normativa de las comunidades autónomas en relación con los impuestos indirectos sobre hidrocarburos, matriculación de vehículos y electricidad como instrumento útil para obtener los recursos que en cada caso procedan y expresión del principio de corresponsabilidad fiscal. •Incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión Sanitaria: 45 M€. •Transferencia de un importe estimado de 100M€ a las comunidades autónomas para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos sólo por el INSS. •Ministerio de Sanidad: 50 M€ para un Plan de Calidad del SNS. •La participación de las comunidades forales se realizará por minoración en el Cupo o Aportación del importe que resulte por aplicación del índice de imputación vigente en cada ejercicio a las mencionadas dotaciones presupuestarias, elevadas a nivel nacional.

Fuente: CES (2006)

El RD 12/2005 no pretende resolver los problemas de la financiación sanitaria, sino, simplemente, actuar como medida de emergencia financiera mediante el aumento de los recursos aportados por el Estado (alrededor de 4.400 millones de euros en 15 meses). Estos recursos proceden de otras partidas presupuestarias y del aumento

de los impuestos especiales (estatales) sobre el tabaco y el alcohol. Ni se entra en analizar la responsabilidad propia de cada CCAA o exógena en la generación del llamado déficit sanitario y, desde el punto de vista financiero, sólo se aporta una solución temporal a un tercio del problema. Ahora bien, los criterios de reparto de las asignaciones de recursos estatales han reproducido las debilidades de la Ley 21/2001, con el añadido de diversos criterios voluntaristas pero ad hoc para diversas aportaciones finalistas. Estos acuerdos abren la posibilidad de duplicar la capacidad normativa de las CCAA en el Impuesto sobre ventas minoristas de determinados hidrocarburos (de los 24 por 1000 litros a los 48) y la posibilidad de establecer un recargo de hasta 2 puntos en el Impuesto sobre la Electricidad, si bien estas modificaciones no han sido aprobadas hasta julio del 2006 (Ley 25/2006).

El escaso ejercicio de la capacidad normativa de las CCAA para aumentar sus ingresos y la expectativa de que el Estado, de nuevo, acabará asumiendo la deuda sanitaria reciben un nuevo respaldo con este acuerdo estrictamente financiero: la totalidad de las CCAA se han limitado a aceptar las cantidades propuestas por el Estado²⁶ y no se ha derivado ningún compromiso por parte de las regiones (Sánchez y Cabañes, 2006). Más allá de lo estrictamente financiero, el punto más importante de estos acuerdos sigue siendo la propuesta de revisión completa del sistema de financiación de la sanidad para el año 2008.

La revisión de la situación en los sistemas comparados presentada por Ruiz-Huerta y Granada (2003) señala dos tipos de políticas presentes en sistemas descentralizados como el canadiense o el italiano. Un primer tipo de medidas consiste en establecer un sistema de garantías con frecuencia sustentado en el mantenimiento de una participación significativa en la financiación por parte del gobierno federal o central, como un mecanismo de supervisión y de control del sistema (y también como una forma de compartir el riesgo financiero). Otro grupo de medidas consiste en buscar ingresos complementarios para asegurar la suficiencia del sistema sanitario. Una alternativa de este tipo, además de los copagos, son los recursos tributarios complementarios o incluso impuestos específicos para garantizar la suficiencia del gasto sanitario. Algunos países han propuesto la aplicación de impuestos afectados a la financiación de la sanidad (Italia y Canadá).

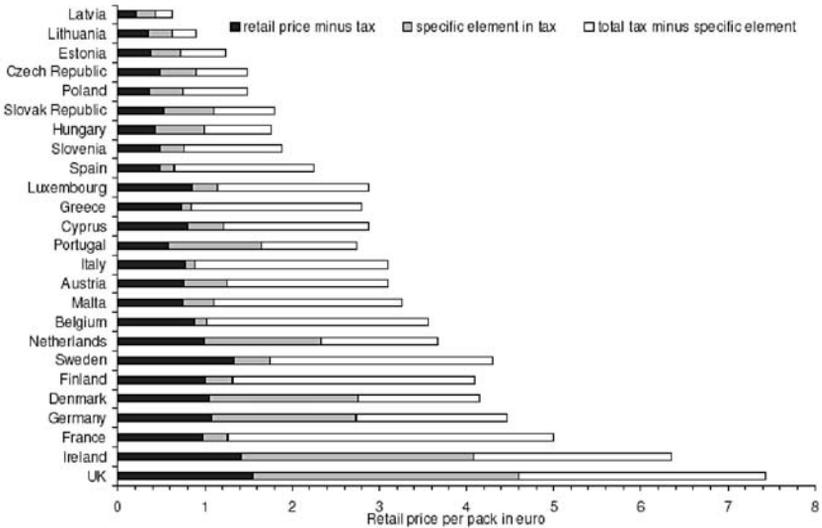
La necesaria reforma del sistema de financiación autonómica para facilitar el encaje de la dinámica del gasto sanitario, pero también el gasto en educación fuertemente influenciado por el aumento de la población, debería profundizar en la línea del modelo de descentralización fiscal claramente iniciado con la Ley 21/2001, tratando

26. Sube tus impuestos y dame tu dinero: "el Gobierno asume 1.000 millones de euros a través de los Presupuestos Generales del Estado de dos años, sube los impuestos estatales del alcohol" (Estefanía, 2005).

de mitigar las principales limitaciones de la misma señaladas más arriba, modificando los criterios del sistema y encauzando los incentivos de las CCAA, más allá de la lógica cautiva de las soluciones puramente financieras en la que se encuentra recluido el gobierno central. A modo de criterios orientadores tentativos para una política más basada en el conocimiento, se pueden enunciar las cuatro condiciones generales siguientes para la reforma del sistema de financiación, sin renunciar a recordar que las reformas no deben limitarse a los aspectos financieros del sistema.

En primer lugar, cualquier cambio debe ir en la línea de aumentar la corresponsabilidad fiscal de las CCAA y para ello es condición indispensable el aumento de la capacidad normativa sobre los impuestos indirectos ligados al consumo (tabaco, alcohol e hidrocarburos), IVA e impuestos especiales. El aumento de la capacidad normativa en materia fiscal debe precisamente contribuir a reducir las expectativas de laxitud presupuestaria (Lago, 2006). En el caso del impuesto sobre el tabaco, los tipos impositivos en España continúan siendo de los más bajos de la UE, lo cual indica margen para el crecimiento (véase el Gráfico 9), más aconsejable a través del aumento del componente específico que ad valorem. No obstante, los argumentos de eficiencia para el aumento continuado de la presión fiscal basado en la externalidad negativa del tabaco, van a ser cada vez más débiles, dados los niveles impositivos actuales en muchos países europeos (Cnossen, 2006). Se pueden prever tres posibilidades recomendables de utilización del IVA en la financiación autonómica: cesión IVA minorista como base de participación, recargo autonómico sobre la base IVA en fase minorista e impuesto territorial sobre las ventas en fase minorista (Gimeno y Tamayo, 2005). La opción basada en el aumento de la presión fiscal indirecta, a pesar de la regresividad de estos dos tipos de impuestos sobre el consumo, con tipos impositivos aún relativamente reducidos en España, aparece como más deseable y factible que la de un aumento en el impuesto sobre la renta, cuya presión recae mayoritariamente sobre las rentas del trabajo. El aumento de los impuestos estatales sobre el consumo y de los porcentajes de cesión de la recaudación territorializada, aún siendo probablemente inevitable, no es suficiente para aumentar la corresponsabilidad fiscal de las CCAA, ya que ello supondría continuar andando por el camino del *“sube tus impuestos y dame el dinero”*. Aún considerando las posibles mejoras en la eficiencia, el aumento en la presión fiscal para financiar el mayor gasto sanitario parece escasamente eludible. No debería descartarse el estudio de fórmulas de establecimiento de un impuesto específico para la financiación de la sanidad, en la línea con las propuestas en el sistema comparado (Ruiz-Huerta y Granado, 2003).

Gráfico 9. Impuestos sobre el tabaco en la UE



Fuente: Crossen (2006)

En segundo lugar, para reducir el riesgo de comportamiento oportunista de las CCAA (riesgo moral) y la laxitud de la restricción presupuestaria de las CCAA es necesario aumentar la credibilidad de la transferencia de riesgo financiero, eliminando la posibilidad de socorro financiero mediante subvenciones verticales del Estado, por causas atribuibles a la propia gestión autonómica (ya sea por el lado de los propios ingresos autonómicos como por el lado de las políticas de gasto). Una primera condición es la de establecer de forma objetiva y justificada²⁷ una restricción inicial que permita realmente partir de cero reconociendo la herencia financiera del pasado y que sea suficiente para garantizar el nivel actual de prestaciones reconocido para cada CCAA, según promedios estatales. Este ajuste inicial es necesario para deslegitimar cualquier reclamación, basada en deuda pendiente de ejercicios anteriores y suficiente, para hacer frente al gasto histórico tendencial. Una segunda

27. Es condición necesaria no penalizar precisamente a las CCAA que han financiado el déficit sanitario con recursos propios.

condición es la necesidad de que exista un mecanismo suficientemente flexible, rápido y adaptable en el corto plazo para garantizar una asignación financiera que permita la continuidad de la prestación de servicios en las condiciones actuales en presencia de los fuertes cambios demográficos que experimentan algunas CCAA (reforma del sistema de Asignaciones de Nivelación). Y, una tercera condición reside en la necesidad insoslayable de definir de forma clara la extensión de la cobertura pública, mediante un catálogo de prestaciones que establezca criterios objetivos sobre las obligaciones de cobertura de prestaciones y condiciones de acceso que deben garantizar las CCAA a todos los ciudadanos; las características de las prestaciones en las que las CCAA pueden diferenciarse de las demás, según sus prioridades y su propio esfuerzo fiscal o aplicando el principio de beneficio (corresponsabilidad financiera del paciente); y los mecanismos de decisión sobre inclusión de nuevas prestaciones, en los que deben estar presentes las CCAA, y que deben ir acompañados de asignaciones financieras.

La revisión y evaluación de las nuevas prestaciones, e incluso la evaluación retrospectiva de las cubiertas por el SNS actualmente, a la luz de los criterios derivados del mejor conocimiento disponible de la relación entre el coste y la efectividad a través de una agencia independiente, resulta una necesidad que, aunque aparentemente ajena a la reforma de la financiación autonómica, resulta condición necesaria para garantizar la sostenibilidad futura del sistema.

Por otro lado, resulta imprescindible dar señales inequívocas a las CCAA de que cualquier aumento en la financiación sanitaria aportada por el Estado central, sea cual sea el origen y la justificación del mismo, se asignará a las CCAA, atendiendo a criterios objetivos establecidos ex ante sobre los cuales no podrá influir el comportamiento financiero de las CCAA (criterios ajenos, por ejemplo, al volumen de déficit o deuda sanitaria esgrimido por las CCAA)²⁸.

En tercer lugar, es necesario que el sistema de financiación aumente la flexibilidad de los ingresos tributarios de las CCAA ante *shocks* exógenos a la gestión de los propios servicios públicos, asimétricos entre Comunidades y exógenos a la gestión de los servicios sanitarios. Es decir, las asignaciones de nivelación deben ser mucho más factibles que lo que han sido hasta hoy para garantizar a cualquier CCAA que podrá mantener el nivel de prestaciones por persona ante el impacto demográfico, básicamente impulsado a corto y medio plazo por el aumento en la población más que por el envejecimiento. Ello requiere que las subvenciones verticales de carácter nivelador sean mucho más sensibles y automáticas que las actuales ante la dinámica

28. Una alternativa diferente sugerida por Joumard y Girono (2005) consistiría en valorar las necesidades adicionales de financiación ex post, pero, por ejemplo, hacerlo sobre la base del aumento observado en las tres regiones con mejores resultados.

demográfica. Hay pocas dudas que estas asignaciones de nivelación no pueden ni deben ser simétricas, al menos a corto y medio plazo: aún careciendo de estimaciones empíricas de la elasticidad del gasto total ante variaciones en la población, se puede presumir que el aumento de la población requiere un crecimiento del gasto²⁹ a medio plazo poco alejado del coste medio per cápita, mientras que la reducción de población no permite prácticamente ninguna reducción del gasto. La dinámica de los ingresos tributarios cedidos, sea la de los impuestos directos o de los indirectos, no garantiza la necesaria flexibilidad de los ingresos tributarios de las CCAA ante los fuertes aumentos de población registrados en los años más recientes y con una elevadísima concentración temporal y geográfica. La justificación de esta garantía se limita siempre a los factores que se pueden considerar como exógenos a la propia gestión sanitaria (básicamente, aumento de población y envejecimiento), en aquello sobre lo que la gestión de las CCAA no puede influir.

Y, en cuarto lugar, parece recomendable proceder a la reconsideración del denominado Fondo de Cohesión. La reconsideración se refiere tanto a criterios de reparto como a los objetivos del mismo. Por un lado, resulta importante reconocer que los flujos de desplazados no son una anomalía ni una expresión de inequidad en la CCAA de origen. Los flujos de población protegida son resultado de los desplazamientos voluntarios de la población por motivos no relacionados con la sanidad, y desplazamientos necesarios debido a la utilización de infraestructuras sanitarias de las que no se dispone en la Comunidad de residencia. La notable variabilidad en la dimensión de las CCAA españolas, con algunas Comunidades uniprovinciales con un reducido volumen de población, hacen del todo recomendable, por razones de eficiencia, que algunos servicios de alta tecnología no estén disponibles en las CCAA más pequeñas (tal como no lo están en todas las zonas con un volumen equivalente de población integradas en CCAA más pobladas).

27. Así, por ejemplo, la reducción de población en Asturias no debe tener como contrapartida una reducción equivalente del gasto, ya que ello impediría mantener la garantía de prestación de servicios en el nivel actual. Ante la reducción en la población, los costes fijos tienen un peso muy elevado: se puede reducir el número de personas cubiertas por el centro de atención primaria con un médico, un pediatra y una enfermera, pero a nadie se le ocurre que se deba cerrar el centro de salud cuando no existen alternativas con un tiempo de desplazamiento reducido, tal como precisamente ocurre en las CCAA que están perdiendo población. En cambio, cuando la dotación de infraestructuras hospitalarias y de atención primaria se encuentra en un nivel de ocupación muy elevado, cuando no simplemente saturadas, los aumentos en la población requieren del crecimiento de las infraestructuras físicas y de personal, por lo que el mayor coste de los nuevos residentes se puede acercar fácilmente al coste medio.

La dotación presupuestaria por compensación de desplazados debiera desaparecer como tal, formando parte de la asignación general asignada a la Comunidad de residencia del asegurado, dejando margen e incentivando la negociación y acuerdos bilaterales descentralizados y más equitativos entre Comunidades en pro de la eficacia de la atención y una mayor eficiencia (que cada CCAA valore los costes y beneficios de la decisión de comprar en otra CCAA o producir los servicios en la suya). Es evidente, no obstante, que la cohesión no se reduce ni tiene como objetivo principal los flujos de desplazados. Resulta necesaria la instrumentación de un verdadero fondo de cohesión o igualdad con finalidades reductoras de desigualdades. En esta línea se puede analizar, por ejemplo, la propuesta de creación de un Fondo de Igualdad del SNS, financiado con recursos fiscales de carácter finalista, gestionado de forma autónoma y evaluado sistemáticamente. La finalidad de este fondo sería la de desarrollar políticas de salud de ámbito estatal, orientado a la coordinación y reducción de desigualdades en el SNS (Martín y Sánchez, 2006; González y Barber, 2006).

La utilización de impuestos de carácter finalista para la financiación de la sanidad, aunque se ha utilizado en pocos casos, ofrece algunas ventajas. En primer lugar, se trata de una forma de relacionar el servicio recibido por los ciudadanos con lo que pagan (acercamiento al principio del beneficio). En segundo lugar, la imposición afectada a un servicio público mejora la transparencia y visibilidad del coste de los servicios públicos. La resistencia de los contribuyentes al aumento de la presión fiscal es menor cuando saben a qué se van a destinar los incrementos en la recaudación. En Canadá, cuando se pregunta a los contribuyentes si serían favorables a un aumento de un punto en la tarifa del impuesto sobre la renta para ayudar a financiar el conjunto del sector público, sólo el 40% está de acuerdo; sin embargo, si se les pregunta si estarían a favor en el caso de que los recursos adicionales se dedicaran al sistema nacional de salud, entonces, el 80% se muestra favorable (Rode y Rushton, 2002).

Agradecimientos

El autor agradece los comentarios y observaciones a versiones previas de este informe de Guillem López, Vicente Ortún y David Casado. Cualquier error que pueda permanecer es responsabilidad única del autor. La realización de este informe se ha beneficiado de una ayuda a la investigación del Ministerio de Educación y Ciencia (SEC2003-00036). Cualquier error o imprecisión es responsabilidad del autor.

Referencias bibliográficas

- Ahn, N.; JR; Herce, JA. *Demographic Uncertainty and Health Care Expenditure in Spain*. Documento de Trabajo de FEDEA, 2005-07
- Appelby, J.; Harrison, H. *Spending on health care. How much is enough?* London: King's Fund. 2006
- Breyer, F.; Felder, S. *Life expectancy and health care expenditure: A new calculation for Germany using the costs of dying*. Health Policy, 2006; 75(2): 178-186
- Buxton, MJ. *Substantial returns to health-care spending: but do we spend too little or too much?* Value Health 2006; 9(3): 144-145
- Cantarero, D. "La evolución de la financiación sanitaria en España", en *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Cabasés JM (ed.). Fundación BBVA, 2006
- Casado, D. *Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades*. Gac Sanit 2000; 15(2): 154-163
- Casado, D. *Envejecimiento demográfico y proyecciones de gasto sanitario: lo que nos queda por vivir*. Gestión Clínica y Sanitaria 2005; 7(3): 106-7
- Crossen, S. *Tobacco taxation in the European Union*. CPB Discussion Paper. The Hague, 2006
- Consejo Económico y Social. *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 2005*. Madrid: CES, 2006
- Crimmins, EM. *Trends in the health of the elderly*. Annu Rev Public Health, 2004; 25: 79-98
- Cutler, D.M.; Landrum, M.B.; Stewart, K.A. *Intensive medical care and cardiovascular disease disability reductions*. NBER Working paper series. Working Paper 12184. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2006
- Cutler, D.M.; Deaton, A.; Lleras-Muney, A. *The determinants of mortality*. J Econ Lit 2006; 20(3): 97-120
- Cutler, D.M.; Richardson, E. *Your money and your life: The value of health and what affects it*. NBER Working paper series. Working Paper 6895. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1999
- Del Llano, J.; Hidalgo, A.; Pérez, S. *¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?* Madrid: Ergon, 2006
- Dormont, B.; Grignon, M.; Huber, H. *Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing*. Health Econ, 2006; 15: 947-963

- Drummond, M. *Time for a change in drug licensing requirements?* Eur J Health Econ 2002; 3: 137-138
- Eguidazu, F. *El Estado de Bienestar y sus campeones*. Revista de Libros 2006; 113: 24-28
- Estefanía, J. *Sube tus impuestos y dame el dinero*. El País, 5 de septiembre de 2005, p. 58
- Fries, J.F. *Ageing, natural death, and the compression of morbidity*, N Engl J Med 1980; 303: 130-135
- Fries, J.F. *The compression of morbidity: near or far?* Milbank Q 1989; 67: 208-232
- Fries, J.K. *Measuring and monitoring success in compressing morbidity*, Ann Intern Med 2003; 139: 455-459
- Fries, J.K. *Frailty, heart disease, and stroke. The compression morbidity paradigm*. Am J Prev Med 2005; 29(5, suppl. 1): 164-168
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad y Fundación Fernando Abril Martorell. *Desarrollo y sostenibilidad del sistema nacional de salud descentralizado*. Análisis prospectivo Delphi. Madrid: 2006
- García, C. *La prestación farmacéutica del mutualismo administrativo: balance y perspectivas*. XXV Jornadas de economía de la salud, AES. Barcelona: 2005, pp.140-150
- Gimeno, J.A.; Tamayo, P.A. *La suficiencia financiera del sistema público de salud*. Foro por la mejora del SNS, 2005
<http://www.sanidad.ccoo.es/foro/foro_documentos.asp?confe=>
- González, B.; Barber, P. *Desigualdades territoriales en el SNS de España. Entre lo deseable, lo tolerable, y lo excesivo*. Documento de Trabajo de la Fundación Alternativas, Madrid: 2006
- Graham, P.; Blakely, T.; David, P.; Sporle, A.; Pearce, N. *Compression, expansion, or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand*, J Epidemiol Community Health 2004; 58: 659-666
- Gruenberg, E.M. *The failure of success*. Milbank Q 1977; 55: 3-24
- Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte. *Confianza en el Sistema Nacional de Salud 2005/2006*. Biblioteca Josep Laporte, Barcelona: 2006
- Hernández de Cos, P.; Ortega, E. *Gasto público y envejecimiento de la población*. Revista Valenciana de Economía 2002; 6: 9-35.
- IEF, Instituto de Estudios Fiscales. *Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2004*. Documento de Trabajo 11/05, Madrid: 2005

- Intervención General de la Administración del Estado (IGAE). *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público*. Accesible en: <<http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonómica/IGTGS2005.pdf>>
- Jagger, C. *Compression or expansion of morbidity -what does the future hold?* Age Ageing 2000; 29: 93-94
- Joumard, I.; Giorno, C. *Getting the most of public sector decentralisation in Spain*. Economic Department Working Paper No. 436. Paris: OCDE, 2005
- Kotlikoff, L.J.; Hagist, C. *Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries*. NBER Working Paper 11833. Cambridge: 2005
- Kramer, M. *The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities*. Acta Psychiatr Scand 1980; 62: 282-297
- Lago, S. *La autonomía financiera de las CCAA: perspectivas de futuro*. Seminario CRES, Barcelona: 2006
- Le Grand, J. "Inequality, choice and public services". Cap. 12. En: Diamond, P.; Giddens, A. *The new egalitarianism*. Cambridge: Polity Press, 2005
- López-Casasnovas, G. *Reflexiones acerca de la nueva financiación autonómica de la sanidad*. *Revista de Estudios Regionales* 2003; 66: 107-113
- López-Casasnovas, G. "Gasto sanitario en España: análisis de los factores determinantes del nivel de gasto sanitario en España y en el conjunto de los países de la OCDE". Cap. 2. En: Puig-Junoy, J.; López-Casasnovas, G.; Ortún V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson. 2004. p. 43-92
- López-Casasnovas, G. *Descentralización sanitaria de segunda generación*. XXV Jornadas de Economía de la Salud, AES. Barcelona: 2005, p. 59-70
- López-Casasnovas, G. *Is there a perfect financing system for health care? Some reflections from Spain*. En: Europe Blanche XXII October 13-14. Paris, 2000, p. 23-32
- Lubitz, J.; Riley, G.F. *Trends in Medicare payments in the last year of life*. N Engl J Med, 1993; 328:1092-1096
- Luce, B.R. et al. *The return on investment in health care: from 1980 to 2000*. Value Health 2006; 9(3): 146-156
- Manton, K.G. *Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population*. Milbank Q 1982; 60: 183-244
- Martín, J.J.; Sanchez Campillo, J. "Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud". En: *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Cabasés, J.M (ed.). Fundación BBVA: 2006
- Maynard, A. *Towards a Euro-NICE?* Eurohealth, 2001; 7(2): 26

- McGuire, G.; Serra, V. *The cost of care. Is there an optimal level of expenditure?* Harvard Int Rev, 2005; 27(1)
- Michel, J.P.; Robine J.M. *A new general theory of population ageing.* The Geneva Papers on Risk and Insurance, 2004; 29(4): 667-678
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Barómetro Sanitario, 2005.* Madrid: <www.msc.es>, 2005
- Newhouse, J.P. *Medical care costs: how much welfare loss?* J Econ Perspect, 1992; 6(3):3-21
- Nixon, J.; Ullmann, P. *The relationship between health care expenditure and health outcomes.* Eur J Health Econ 2006, 7: 7-18
- Nordhaus, W.D. *The health of nations: the contribution of improved health to living standards.* NBER Working paper series. Working paper 8818. Cambridge: MA, National Bureau of Economic Research, 2002
- OECD. *Health at a Glance.* OECD Indicators, 2005. París: 2005a
- OECD. *OECD Health Data File 2005,* París: 2005b
- OECD. *OECD Health Data File 2006,* París: 2006a
- OECD. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Economics Department Working Paper No. 477, París: 2006b.
- Oliver, J.; Celso, G. *Convergencia real y ocupación pública en España 1995-2001: una visión europea.* Cuadernos de Información Económica, 2003; 177: 42-50
- Ortún, V. *De la evaluación a la gestión: acotar la brecha entre eficacia y efectividad.* Ekonomiaz, 2005; 60(3), Vol. I: 58-75
- Ortún, V. *Estrategias poblacionales y de alto riesgo: dosis según caso.* De próxima publicación en Gestión Clínica y Sanitaria 2006; 29
- Ortún, V. "Reforma de la sanidad". En: Muñoz, S.; García Delgado, J.L.; González Seara L (dir.). *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes.* Civitas, 2002
- Pearson, S.D.; Rawlins, M.D. *Quality, innovation, and value for money, NICE and the British National Health Service.* JAMA, 2005; 294(20): 2618-2622
- Peiró, S.; Bernal-Delgado, E. *¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud?* Gac Sanit, 2006; 20 (Supl.1): 110-116
- Pinto, J.L.; Martínez Pérez, J.E. *Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares.* Ekonomiaz, 2005; 60(3), Vol. I: 192-209

- Puig-Junoy J. "Sostenibilidad y fuentes de financiación del crecimiento del gasto sanitario público. Implicaciones para el Sistema Nacional de Salud". Cap. 7. En: Puig-Junoy, J.; López-Casasnovas, G.; Ortún, V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson, 2004. p. 207-235
- Puig-Junoy, J. "La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones". En: Puig-Junoy, J. et al. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Barcelona: Fundació Rafael Campalans, 2007a
- Puig-Junoy, J. "¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del Sistema Nacional de Salud?" En: Puig-Junoy, J. et al. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Barcelona: Fundació Rafael Campalans, 2007b
- Puig-Junoy, J. *¿Son suficientes los impuestos para financiar el Sistema Nacional de Salud?* Gac Sanit 2000; 14(4): 261-263
- Puig-Junoy, J. *¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada?* Gac Sanit 2006c; 20(Supl.1): 96-102
- Puig-Junoy, J.; Castellanos, A.; Planas, I. "Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013". Cap. 3. En: Puig-Junoy, J.; López-Casasnovas, G.; Ortún, V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson, 2004, p. 93-129
- Puig-Junoy, J.; Planas, I.; Tur, A. *Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. Registro histórico 1991-1003 y proyecciones 2004-2017*. Centre de Recerca en Economia i Salut (GRES-UPF). Mimeo: 2005
- Puig-Junoy, J.; Rovira, J. *Issues raised by the impact of tax reforms and regional devolution on health care financing in Spain, 1996-2002*. Environment and Planning C: Government and Policy 22, p. 453-464, 2004
- Raitano, M. *The impact of death-related costs on health-care expenditure: a survey*. ENEPRI Research Report No. 17, AHEAD WP7. February 2006
- Reinhardt, UE. *Does the Aging Of The Population Really Drive The Demand For Health Care?* Health Aff 2003; 22(6): 27-39
- Rico, A.; Infante, A. *Demografía y sanidad en España, ¿qué podemos aprender de Europa?* Información Comercial Española, 2004; 815: 185-204
- Rode, M.; Rushton, M. *Options for raising revenue for health care*. Discussion Paper No. 9. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002: 2004
- Ruiz-Huerta, J. *Gasto sanitario público, ¿visto para sentencia?* XXV Jornadas de Economía de la Salud, AES. Barcelona: 2005, p. 71-112

- Ruiz-Huerta, J.; Granada, O. *La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica*. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 31/2003.
- Sacristán, J.A.; Oliva, J.; Del Llano, J.; Prieto, L.; Pinto, J.L. *¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España?* Gac Sanit 2002; 16(4): 334-43
- Sánchez Maldonado, J.; Cabasés, J.M. "Análisis y valoración del sistema de financiación territorial sanitaria y su adaptación". En: Cabasés, J.M. (ed.). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Fundación BBVA, 2006
- Sánchez Maldonado, J.; Ordóñez, C.; Molina, C. "Las necesidades relativas de gasto de las CCAA. Elaboración de un indicador basado en la población". En: Cabasés, J.M. (ed.). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Fundación BBVA, 2006
- Seshamani, M. *The impact of ageing on health care expenditures: impending crisis, or misguided concern?* Office of Health Economics. London: 2004
- Seshamani, M.; Gray, M. *A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs*. J Health Econ, 2004a ; 13: 315-327
- Seshamani, M.; Gray, M. *Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs*. Age Ageing, 2004b; 33: 556-561
- Solsona, M.; Vicianá, F. *Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio*. Gac Sanit, 2004; 18(suppl.1): 8-15
- Stearns, S.C.; Norton, E.C. *Time to include time to death? The future of health care expenditure projections*. Health Econ, 2004; 13: 315-327
- Steinman, L.; Telser, H.; Zweifel, P. *The impact of aging on future healthcare expenditure*. Working Paper No. 0510. University of Zurich: Socioeconomic Institut, 2005
- Thorpe, K.E. *The rise in health care spending and what to do about it?* Health Aff, 2005; 24(6): 1436-1445
- Urbanos, R.M. *El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud*. Presupuesto y Gasto Público, 2006; 42: 229-240
- Weisbrod, B.A. *The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment*. J Econ Lit 1991; 29: 523-552
- Williams, A. *What could be NICER than NICE?* OHE Annual Lecture. London: The Office of Health Economics 2004
- Williams, A. *An aging population - Burden or blessing?* Value Health 2005; 8(4): 447-450
- Zweifel, P.; Felder, S.; Meier, M. *Ageing of population and health care expenditures: a red herring?* Health Econ, 1999; 8: 485-496

