

¿Son suficientes los impuestos para financiar el Sistema Nacional de Salud?

(Are taxes sufficient for financing the Spanish National Health System?)

La decisión sobre cuánto hay que gastar en sanidad pública es una decisión política que idealmente revelaría preferencias 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. El abordaje del llamado problema de la (in)suficiencia financiera en los diversos niveles del sistema sanitario público español requiere dar respuesta a tres tipos de cuestiones. En primer lugar, ¿cuál es el volumen de recursos necesario para tener un sistema sanitario o unos indicadores de salud y de satisfacción al menos comparable al de los países de la Unión Europea (UE) y teniendo en cuenta la evolución previsible de los factores que impulsan el gasto?. En segundo lugar, ¿cómo deberían asignarse estos recursos entre tipos de atención y entre patologías y grupos de pacientes? Y, en tercer lugar, ¿cuáles deberían ser las fuentes de obtención de los recursos?

La (in)suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud (SNS) no se puede establecer a partir de valores absolutos sino que tiene que ser analizada con relación al sistema comparado. La financiación pública en 1997 alcanzó un nivel equivalente al 5,6% del PIB, siendo inferior a la media no ponderada de la UE en 0,5 puntos (6,1% en la UE).

A la vista de la estrecha correlación positiva entre PIB y gasto sanitario, el acercamiento al gasto medio europeo sólo tiene sentido cuando el nivel de renta es también similar al europeo, como en el caso del Reino Unido¹. Cuando se tiene en cuenta el diferencial de renta entre el Estado español y la UE, se observa que la financiación pública por persona en nuestro país equivale en 1997 al 90,6% del que nos correspondería según la relación renta per cápita/financiación sanitaria en la UE (la «norma» europea)². Así pues, desde este punto de vista, la financiación sanitaria pública no parece del todo claro que sea suficiente cuando se compara con el comportamiento de los países de la UE. No obstante, resulta imprescindible recordar que lo importante no es lo que se gasta sino que es lo que se compra y lo que se obtiene. Ello es imprescindible para no caer en el engaño de la comparación de las cifras agregadas: ni la tipología de sistemas sanitarios de los países de la UE es comparable ni mucho menos lo es la cobertura de prestaciones a la que corresponden las cifras de gasto².

Las posibles respuestas a los problemas de (in)suficiencia no pueden ser separadas del análisis del destino de la financiación y de lo que se obtiene con ella. Desde un punto de vista más amplio, la cuestión de la suficiencia debe ser examinada teniendo en cuenta tres premisas inexcusables. En primer lugar, la mayor o menor insuficiencia global es compatible con la existencia de destacables insuficiencias que no necesariamente dependen del volumen global de recursos asignados a la sanidad pública: insuficiencias territoriales (desigualdades elevadas en la proporción del PIB autonómico destinado a sanidad pública), insuficiencias en algunos recursos (farmacia en detrimento de atención primaria, por ejemplo) e insuficiencias en la asignación de recursos a algunos tipos de pacientes (listas de espera). En segundo lugar, la (in)suficiencia depende de lo que la población esté dispuesta a pagar para poder financiar la atención sanitaria: si se requiere mayor financiación, alguien debe aportarla. Si queremos mantener el principio de que el acceso a los servicios se base en la necesidad y no en la capacidad, entonces debemos mantener el grueso de la financiación en el ámbito público mediante impuestos. Y, en tercer lugar, lo relevante es en qué se van a gastar los hipotéticos recursos adicionales, cuál es la productividad marginal de estos recursos y cuál el coste de oportunidad de los mismos (a lo que renunciamos). Esto último requiere un análisis coste-beneficio de la utilización de los recursos adicionales así como una evaluación de las ineficiencias que se podrían reducir.

El futuro de las necesidades de financiación pública se encuentra influenciado por la dinámica de las fuerzas que impulsan y explican el crecimiento del gasto público. Este crecimiento se puede descomponer en los siguientes factores: la tasa de cobertura sanitaria (número de personas protegidas), el factor demográfico (envejecimiento), el índice de precios sanitarios (inflación general y diferencial de la sanidad) y la prestación sanitaria media por persona (aumento de la utilización e intensidad de recursos per cápita). En el período 1987-1995 el gasto sanitario público creció un 13,2% anual. Si descontamos el efecto de la inflación, la principal causa de crecimiento durante este período ha sido el crecimiento de la utilización de recursos por persona (prestación sanitaria real por persona).

El efecto del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario futuro parece que será más bien mo-

derado³. Las previsiones de impacto de la demografía sobre el gasto sanitario en el Estado español teniendo en cuenta las previsiones demográficas y las diferencias relativas en el gasto per cápita según grupo de edad indican un impacto sobre el crecimiento anual del gasto en términos reales que se sitúa entre el 0,85% y el 0,89% hasta el año 2010. Según todas las previsiones disponibles, el ritmo de crecimiento real del PIB permite hacer frente sin dificultades a este ritmo de crecimiento.

La financiación de la sanidad pública se encuentra sometida a restricciones macroeconómicas que, en buena medida, se pueden considerar como quasi-exógenas. La más relevante es la restricción presupuestaria que suponen los criterios de la UE relativos a las finanzas públicas (protocolo de déficit público excesivo) que obliga a limitar la financiación si ésta no va acompañada de la reducción en otras partidas de gasto o de mayor presión fiscal. Entonces, ¿la financiación de la sanidad pública tiene cabida dentro de las previsiones de crecimiento del PIB? La prestación sanitaria real media ha crecido un 6,05% anual entre 1987 y 1995. Con un crecimiento real del PIB esperado del 2,5% hasta el año 2005 y descontando el efecto del envejecimiento de la población y de la inflación sanitaria diferencial, quedarían sólo 1,5 puntos para la prestación real media, lo que está bastante por debajo de los datos recientes. Esto permite afirmar que, si permanece constante el peso de la sanidad dentro del PIB, es muy previsible que el sector público tenga problemas importantes para mantener el ritmo de crecimiento del gasto público en un futuro cercano (insuficiencia financiera o *gap* entre oferta y demanda).

Las respuestas a la insuficiencia financiera se pueden agrupar en cuatro categorías⁴: 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 necesidad de exigir eficiencia en la utilización de los recursos públicos es una obligación 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.

Ahora bien, de ninguna manera la cuantificación de las mejoras de eficiencia puede ser suficiente para cu-

brir el *gap* citado entre las necesidades de financiación y lo que permite el *status quo* actual de la financiación pública. Es más, en muchos casos algunas mejoras de eficiencia 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. La redistribución interna entre programas de gasto implica, dada la restricción presupuestaria global de la UE 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. Las alternativas por esta vía se encuentran en elevar la presión fiscal general, elevar la presión fiscal de manera selectiva, elevarla mediante un tramo autonómico en algunos impuestos y/o en la creación de impuestos afectados a la financiación de la sanidad. El aumento de la presión fiscal puede resultar poco aceptable desde el punto de vista político y económico y podría incrementar la proporción del gasto público global sobre el PIB.

Al margen de los condicionantes derivados del marco presupuestario de la UE (escenarios de consolidación fiscal y financiera), el 64% de los españoles opina que el nivel de impuestos es demasiado elevado y el 30% que es el apropiado según una encuesta realizada para *The Economist* en febrero de este año⁵. Sin embargo, el 87% de los españoles opina que el gobierno debería gastar más dinero en sanidad. Cuando se explicita a los entrevistados que deben tener en cuenta el coste de oportunidad, se observa cómo el 41% de los españoles opina que se debería gastar más en servicios públicos incluso si ello supone pagar más impuestos (el 23% opina que prefiere tener menos servicios y pagar menos impuestos). En una muestra de 17 países, la opinión de los españoles a favor de más servicios aun asumiendo el coste fiscal es la más elevada sólo por detrás del Reino Unido y de Nueva Zelanda.

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 se pueden relacionar con la reforma de la finan-

ciación autonómica, tema abordado en la sección de debates de este número de Gaceta Sanitaria por G. López y J. Rey, mediante la ampliación de la corresponsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas (completando el proceso transferencial) y con el ejercicio autonómico de competencias fiscales (espacio fiscal).

A la vista de la resistencia política y social a los aumentos de impuestos generales y al estrecho margen que permite el sistema tributario en el contexto de la UE, otra alternativa a examinar se encuentra en la instrumentación de impuestos afectados a la financiación de la sanidad pública⁶. Este tipo de instrumento presentaría algunas ventajas: visibilidad de los beneficios y poca interferencia política. Ahora bien, el aumento de la financiación no resuelve por sí sólo las demandas de mayores recursos; no está claro cómo justificar ingresos afectados para la sanidad pero no para otros servicios; y, además, si no hay aumento de la presión fiscal, otros servicios públicos deberán soportar la correspondiente disminución (¿más cirujanos en los servicios de cardiología a costa de menos mejoras en las carreteras en las que se producen más accidentes?). Por otro lado, conviene tener presente que los ingresos afectados serán vulnerables a las oscilaciones del ciclo económico.

El aumento del gasto mediante el incremento de la financiación privada pudiera llegar mediante el aumento de los copagos, del gasto en pago directo a proveedores privados o del gasto en seguros sanitarios. Si en el SNS se 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 sino para urgir análisis basados en la evidencia. Ahora bien, no hay que soslayar que la actual situación del sistema de copagos hace urgente su revisión por varias razones. Los niveles de copago actuales en España son los más reducidos de Europa y siguen una senda de reducción temporal. No hay ninguna evidencia de que contribuyan a la equidad del sistema, más bien existen sospechas fundadas en contra. Copagos de baja intensidad pueden ayudar a reducir el consumo abusivo sin afectar la equidad si se diseñan los instrumentos fis-

cales adecuados para su corrección cuando sea el caso (por ejemplo, mediante gastos fiscales en el IRPF). La aceptabilidad social de copagos en servicios públicos está estrechamente relacionada con la visibilidad del destino local de los ingresos recaudados por esta vía.

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. Se raciona en todos los países del mundo (por precio, disminuyendo cantidades, calidades, creando colas, etc.), pero el criterio de necesidad, propio de la financiación pública, obliga a valoraciones y prioridades. Priorizar implica determinar quién va primero o cuál 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 únicamente como un mero ejercicio técnico.

Agradecimientos

Agradezco las observaciones y sugerencias de Guillem López Casasnovas y Vicente Ortún Rubio a un borrador previo de este texto, así como los comentarios de un grupo de trabajo del Consorci Hospitalari de Catalunya a un texto más amplio sobre el tema.

Jaume Puig-Junoy

*Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Departament d'Economia i Empresa
Universitat Pompeu Fabra
Barcelona*

Bibliografía

1. Towse A, Sussex J. «Getting UK health care expenditure up to the European Union mean» - what does that mean? *BMJ* 2000; 320:640-2.
2. López-Casasnovas G. Diagnóstico de situación y pronóstico de evolución futura de la financiación y el gasto de la sanidad española. CRES-UPF mimeo, 2000.
3. McMorro K, Roeger W. The economic consequences of

ageing populations (A comparison of the EU, US and Japan). *Economic Papers*, European Commission, November 1999, Number 138.

4. Ovreteit JA. Managing the gap between demand and publicly affordable health care in an ethical way. *Eur J Public Health* 1997; 7:128-35.
 5. http://www.angusreid.com/media/content/PRE_REL.cfm.
 6. Mossialos E, Dixon A, McKee M. Paying for the NHS. *BMJ* 2000; 320:197-8.
-