

(WA)

HB
34
-0474
1994

Economics Working Paper 73

**Aspectos Macroeconómicos del Gasto
Sanitario en el Proceso de Convergencia
Europea**

Jaume Puig i Junoy
Universitat Pompeu Fabra

Enero 1994



UNIVERSITAT POMPEU FABRA

*Plaça de la Universitat, 24
Teléfono: (34) 93 481 54 00
Fax: (34) 93 481 54 01
E-mail: info@upf.edu*

Economics Working Paper 73

**Aspectos Macroeconómicos del Gasto
Sanitario en el Proceso de Convergencia
Europea**

Jaume Puig i Junoy
Universitat Pompeu Fabra

Enero 1994

Keywords: Gasto Público, Gasto Sanitario, Convergencia Europea, Sistema Sanitario Español.

Journal of Economic Literature classification: H51, I11, I18.

UNIVERSITAT POMPEU FABRA
BIBLIOTECA



1001892199

Abstract

En este artículo se analizan las líneas de convergencia (pseudo) espontánea de los sistemas sanitarios europeos: la norma de la relación renta-gasto y la efectividad de la contención de costes. La relevancia que puedan tener estas líneas sincronizadoras para el futuro del sistema sanitario español conduce a indagar el significado de algunos tópicos implícitos en el debate sobre la política sanitaria en España. En primer lugar, ¿es síntoma de buena salud cumplir la norma sobre la adecuación del gasto sanitario al nivel de renta?. En segundo lugar, ¿es un buen remedio prescribir la contención del gasto sanitario como objetivo prioritario o nos podríamos permitir un mayor nivel de gasto?. El artículo concluye analizando algunas implicaciones de estas reflexiones sobre los criterios más apropiados para el diseño de una política de gasto sanitario eficiente.

El gasto sanitario constituye una medida de los recursos que la sociedad destina a la consecución del bienestar que se deriva de la salud. Ahora bien, el valor de estos recursos no coincide necesariamente con el valor que la sociedad concede a la salud obtenida, a causa de la conocida presencia de fallos del mercado (asimetría de información, complejidad e incertidumbre, indivisibilidades y externalidades), de forma que el precio/coste de la atención sanitaria es distinto de la utilidad marginal que obtienen los individuos. Las diversas y numerosas formas de regulación (intervención pública) del sector sanitario deberían tener como uno de sus objetivos la obtención de una eficiencia que no permite el mercado; o sea, restablecer la eficiencia microeconómica de los servicios sanitarios. El tan repetido objetivo de *racionalizar y contener el crecimiento del gasto sanitario público*¹ debiera pues juzgarse en este contexto por su contribución a la eficiencia microeconómica y en relación al coste de oportunidad del gasto sanitario respecto de otros objetivos con los que compite (pensiones, subsidio de desempleo, defensa, infraestructuras, educación, etc.).

1. CONDICIONANTES MACROECONOMICOS DEL GASTO SANITARIO.

El proceso de convergencia europea no ha definido explícitamente ninguna política sanitaria *europaea* ni se prevee ningún proceso de armonización de los sistemas sanitarios nacionales. Aunque no deben armonizarse las reglas del sistema sanitario, conviene resaltar que: por una parte, se pueden esgrimir algunas razones en favor de la convergencia de los sistemas sanitarios (competencia entre empresas de distintos países, movilidad de los trabajadores) (ROVIRA, 1992); y, por otra, hay algunos rasgos de *convergencia* espontánea o *sincronización* en el comportamiento de los sistemas sanitarios de los países de la Comunidad Europea (CE). La ausencia de normas explícitas de armonización no excluye la posibilidad de que los principios del mercado único obliguen a la convergencia de forma implícita, o que, simplemente, la propia competitividad lleve a adoptar políticas convergentes en materia fiscal y de gasto público².

¹ *Líneas de política económica y presupuestaria* del Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, agosto 1993.

² Una aplicación de este tipo de argumentos al caso de las empresas públicas lleva a observar que a pesar de que no existe una política de privatización *europaea*, el aumento de la competencia a partir de 1993 (principio de libre competencia y neutralidad sobre el régimen de propiedad; principio de paridad de trato; y regulación de las ayudas estatales) implica presiones hacia la privatización (convergencia) para los países miembros de la CE (BÓSS, 1993).

Las líneas de *convergencia* de facto o sincronización en la evolución reciente de los sistemas sanitarios de la CE pueden sintetizarse en los tres rasgos siguientes:

1. *La relación entre el gasto sanitario y la renta nacional*³.- Existe una elevada correlación entre el nivel real de gasto sanitario y los recursos disponibles para financiarlos en cada país (política presupuestaria de los gobiernos).

2. *El gasto sanitario es manejable*.- El sector público puede controlar el coste de la atención sanitaria mediante la regulación de la oferta (control de precios y de cantidad) mejor que a través del control de la demanda (participación del usuario en el coste del servicio), gracias al poder de monopsonio que lleva consigo la existencia de un financiador público mayoritario.

3. *La competencia regulada*.- Las propuestas de reforma de los sistemas sanitarios confluyen en la *idea* de una estructura del mercado sanitario en la que cada proveedor (sea público o privado) debería competir para obtener **contratos** del asegurador (o comprador) en base al precio y calidad de sus servicios (mercados internos; competencia pública; casi-mercados).

A continuación se examinan algunas características e implicaciones que presentan las dos primeras líneas de convergencia, es decir, aquellas basadas en los datos observados.

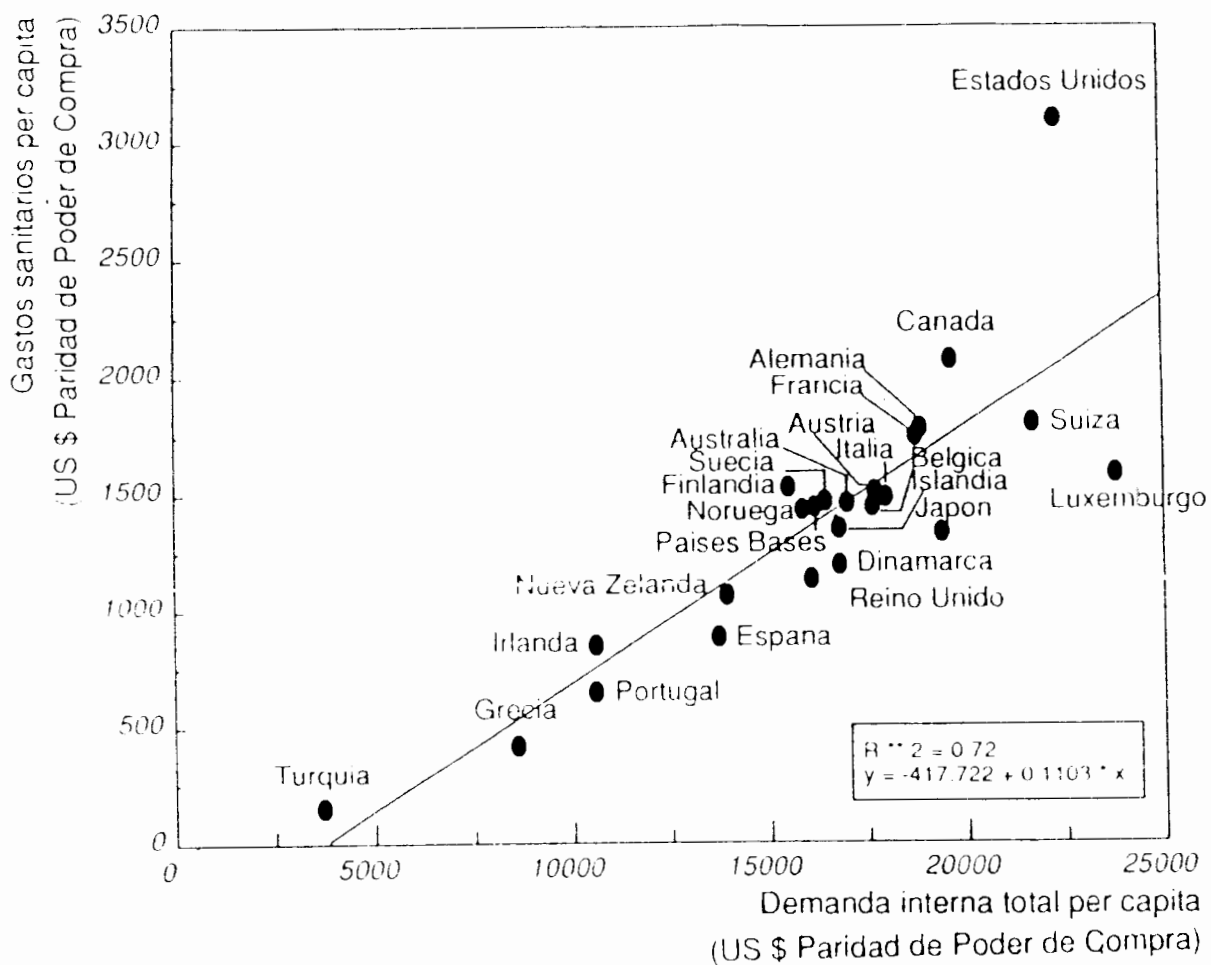
La conocida relación entre gasto sanitario y riqueza que se observa en el Gráfico 1 para 1992 se ha interpretado, casi normativamente, como la prueba empírica de que la cuota que la sociedad destina a la consecución de su objetivo salud sigue el nivel de renta y bienestar alcanzado por cada país en cada momento (OCDE, 1993). Así, siguiendo esta interpretación y tomando los restantes conceptos de gasto como un dato, cuando un país gasta en sanidad más de lo que le permite su nivel de renta, incurre en déficit público; es decir, compromete gastos futuros e incrementa la carga financiera, convirtiéndose así en un obstáculo al crecimiento económico⁴.

³ A esta relación se le atribuye a menudo un valor normativo del que carece. En el contexto de este artículo se utiliza la expresión *norma* únicamente en el sentido de regularidad empírica establecida (hecho) mediante métodos estadísticos.

⁴ Esta interpretación de la relación renta-gasto es asimismo coherente con el punto de vista de la expresión de demanda agregada. La demanda de atención sanitaria depende de factores como el nivel de educación o de características socio-económicas estrechamente correlacionadas con el nivel de renta. Así pues, la relación renta-gasto puede representar la demanda según el nivel de renta. La demanda de consumo sanitario sería un indicador del coste de oportunidad asignado socialmente a estos servicios para cada nivel de renta,

GRÁFICO 1

DEMANDA INTERNA Y GASTO SANITARIO PER CAPITA EN 1992



Fuente: OCDE 1993, cortesía de JP Poullier.

suponiendo conciencia del coste completo por parte de los usuarios e información perfecta y simétrica sobre el resultado.

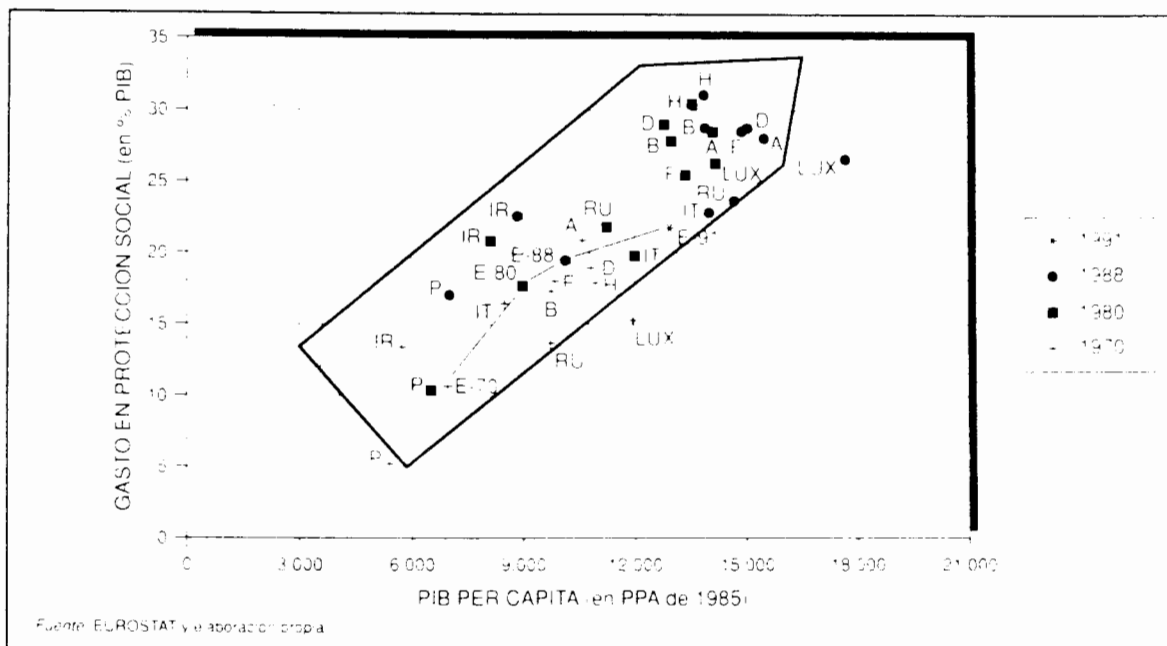
La recta de regresión del Gráfico 1 representa el gasto esperado para un nivel de renta dado. Durante las últimas décadas se observa una convergencia gradual hacia la línea tendencial (POULLIER, 1993; OCDE, 1993). Esto indica que los países con el mismo nivel de renta tienden a gastar lo mismo en sanidad (*norma*)⁵. No se trataría pues de un resultado aleatorio (exceptuando cambios de criterio contable), puesto que las divergencias de la recta deberían ser corregidas por las fuerzas macroeconómicas o por una política pública deliberada con capacidad de control del gasto a nivel macro. Un ejemplo de la convergencia hacia la línea de regresión es el caso de Irlanda. Este país ha reducido la *generosidad* de su sistema sanitario después de la entrada en la CE acercando su posición a la recta de regresión (extensión de la lista de medicamentos no gratuitos; introducción de precios por ingresos hospitalarios y visitas de especialistas). Así pues, las diferencias existentes entre los países de la CE en gasto sanitario vienen marcadas por el nivel de renta; es decir, según se desprende de la generalización empírica, las diferencias en los recursos asignados al objetivo salud parece que dependen directamente del grado de convergencia real.

El comportamiento del gasto sanitario no refleja un caso particular. Similar patrón de comportamiento europeo se ha observado para el conjunto del gasto en protección social, y para el gasto público en educación en particular (ANTON et al, 1993): "si un determinado país comunitario lleva un desfase de quince años en su nivel de renta con otro país de la Comunidad, la proporción del PIB que dedica a protección social cabe esperar que sea muy semejante a la que tenía ese segundo país hace quince años" (Gráfico 2).

⁵ La variable explicativa sería, pues, la renta esperada. La pendiente de la recta de regresión crece a lo largo del tiempo recogiendo este efecto temporal la influencia del cambio tecnológico. "*Se explican pequeñas desviaciones del camino deseado del gasto sanitario por fluctuaciones cíclicas, donde el ajuste necesario queda suavizado a lo largo de un período de años*" (POULLIER, 1993). Es muy probable, sin embargo, que la renta refleje los efectos de otras variables explicativas altamente correlacionadas con la misma.

GRÁFICO 2

PROTECCION SOCIAL Y NIVEL DE RENTA



Fuente: Antón, et al. (1993).

La *línea de convergencia* o sincronización establecida según la recta de regresión es responsable de desigualdades en la distribución del gasto sanitario. La *norma* implica divergencias o desigualdades elevadas en el nivel de gasto por habitante y en la proporción de la demanda interna dedicada a consumo sanitario (Cuadro 1). Es decir, la condición de convergencia sanitaria observada consiste en que los países convergen sólo si converge la renta. Por lo tanto, la convergencia sanitaria depende directamente de la convergencia real. De esta forma, España se sitúa cerca de la recta de regresión, ligeramente en la parte inferior, pero tiene uno de los niveles de gasto más bajos de la CE: sólo Grecia y Portugal presentan valores inferiores de gasto por habitante y de proporción de la demanda interna.

CUADRO 1

PROPORCION DE LA DEMANDA INTERNA DEDICADA A GASTO SANITARIO EN LA CE.

PAIS	1960	1970	1980	1990	1991
Alemania	4.9	6.0	8.4	8.8	9.1
Bélgica	3.4	4.2	6.5	7.9	8.1
Dinamarca	3.6	5.9	6.7	6.7	7.0
ESPAÑA	1.6	3.6	5.4	6.4	6.5
Francia	4.3	5.9	7.5	8.8	9.1
Grecia	2.6	3.7	4.0	4.9	4.8
Irlanda	3.8	5.1	8.1	7.6	8.0
Italia	3.6	5.2	6.6	8.1	8.3
Luxemburgo	-	4.7	6.8	7.0	6.6
Países Bajos	4.0	5.9	8.0	8.4	8.7
Portugal	-	3.0	5.1	6.1	6.2
Reino Unido	3.9	4.6	5.9	6.0	6.6
Media CE	3.6	4.8	6.6	7.2	7.4

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (1993).

Esta línea de convergencia o sincronización observada comporta, pues, desigualdades territoriales en el nivel de gasto sanitario por persona entre los países de la CE. Ello no implica, sin embargo, un patrón paralelo de desigualdades de salud, lo cual contribuye a explicar la escasa contestación actual de la relación renta/gasto. En primer lugar, el nivel de salud de la población se encuentra afectado por variables como la educación y la renta, que juegan un papel más determinante que los propios recursos sanitarios, a los cuales en los

países desarrollados corresponde una contribución marginal. Y, en segundo lugar, el nivel de gasto sanitario en los países de la CE es lo bastante elevado como para que, dada su productividad marginal decreciente, el beneficio marginal en términos de resultado (salud) de una unidad adicional de recursos sanitarios sea muy reducido o incluso casi cero (CULYER, 1989). Sirvan como ilustración los excelentes resultados que reflejan los indicadores tradicionales de estado de salud (esperanza de vida, mortalidad infantil, etc.) en España frente a los pobres resultados de Estados Unidos, a pesar de que éste país gasta en sanidad una proporción de la demanda interna que duplica a la española.

Más allá de esta línea de convergencia, los resultados de las políticas de contención de costes en la década pasada ofrecen algunas similitudes y, al mismo tiempo, notables diferencias en el comportamiento del gasto sanitario en los países de la CE. La efectividad de las políticas de contención de costes se ha traducido en la desaceleración generalizada del crecimiento del gasto en los años 80. El aumento moderado de la dimensión de los servicios sanitarios cabe atribuirlo parcialmente al efecto de la cobertura poblacional, que experimentó los mayores aumentos en las décadas anteriores. En España, la proporción de la demanda interna dedicada a gasto sanitario público pasó del 4.4% en 1980 al 5.2% en 1990, mientras que la media de la CE permanecía casi estancada (5.4% en 1980 y 5.6% en 1990)⁶. A pesar de la contención de costes, el gasto ha continuado creciendo. ¿Qué es lo que ha aumentado durante los años 80? ¿Se compran más servicios o se pagan los servicios más caros? En este aspecto es donde se observa un comportamiento diferencial entre los países de la CE: en algunos casos el esfuerzo de contención se realiza más sobre los precios y en otros tiene más incidencia sobre las cantidades.

⁶ El aumento registrado en 1991 cabe atribuirlo a los efectos de la crisis económica sobre el denominador del ratio, la demanda interna.

CUADRO 2
DESCOMPOSICION DEL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO TOTAL EN LA CE, 1980-90.
 Tasas de crecimiento anual acumulativo.

PAIS	GASTO NOMINAL	Inflación general	Inflación sanitaria diferencial	GASTO REAL	Población	Intensidad recursos por hab.
Alemania	5.0	2.6	0.7	1.5	0.3	1.2
Bélgica	7.9	4.2	0.6	2.9	0.1	2.7
Dinamarca	7.2	5.9	0.2	1.0	0.0	1.0
ESPAÑA	14.4	8.9	0.4	4.6	0.4	4.2
Francia	10.4	6.2	-0.9	5.0	0.5	4.5
Grecia	22.6	18.3	-1.2	4.9	0.5	4.4
Irlanda	7.7	6.8	2.2	-1.3	0.3	-1.6
Italia	14.8	10.0	0.6	3.8	0.2	3.5
Luxemburgo	8.7	5.0	0.4	3.2	0.4	2.8
Países Bajos	4.4	2.0	0.5	1.8	0.5	1.3
Portugal	22.6	17.1	0.4	4.3	0.0	4.3
Reino Unido	9.8	6.1	1.3	2.1	0.2	1.9
Media CE	11.3	7.8	0.4	2.8	0.3	2.5

Fuente: OCDE (1993).

En el Cuadro 2 se presenta la descomposición del crecimiento del gasto sanitario en los países de la CE en la década de los 80. Las diferencias en el aumento de precios, dejando al margen la inflación general, corresponden al aumento del precio relativo de la sanidad (inflación sanitaria diferencial). El precio relativo aumenta para todos los países, excepto Francia y Grecia, siendo muy elevado en Irlanda y Reino Unido. La inflación sanitaria diferencial en España se sitúa sobre la media de la CE con una tasa anual del 0.4%. La variación en la cantidad de recursos comprados presenta divergencias importantes entre países: desde un fuerte aumento en Francia, Grecia, Portugal y España hasta un descenso en Irlanda⁷. Resulta notorio el comportamiento diferencial de España respecto del promedio de la CE: el aumento acumulado del gasto real en los años 80 ha sido 1,8 veces superior al de la media de la CE sin España⁸. Ello evidencia un mayor énfasis (o éxito) en el control de precios (los salarios, por ejemplo) que en el control de plantillas o de otros recursos⁹.

El comportamiento reciente del gasto sanitario público en España presenta una moderación del crecimiento en relación con la demanda interna. El crecimiento más importante se produce en los años 70 al pasar del 2.4% al 4.4%; mientras que en los 80 sólo pasa del 4.4% al 5.2%, a pesar de un aumento de la cobertura pública desde el 83% hasta el 99% de la población y de una mayor tasa de envejecimiento. Por otro lado, la observación de las prioridades en la asignación del gasto público por objetivos en la década de los 80 pone de relieve un descenso de la importancia relativa de la sanidad dentro del conjunto del gasto de las Administraciones Públicas (AA.PP.); la proporción del gasto público destinado a sanidad se ha reducido desde el 13.7% en 1980 hasta el 11.2% en 1991. Mientras tanto, ha aumentado de forma destacable el gasto de intervención económica (inversiones, intereses de la deuda pública)¹⁰.

⁷ El aumento en la cantidad se separa en aumento por crecimiento de la población y por aumento de la intensidad de recursos (crecimiento del número de pruebas y actos por persona; aumento del tiempo y de los recursos por paciente).

⁸ Una hipótesis a tomar en consideración al analizar el crecimiento del gasto sanitario es la posible presencia de objetivos *extra-sanitarios* para el sector sanitario público español, como pudiera haber sido el contribuir al mantenimiento del empleo durante los períodos de crisis económica.

⁹ LOPEZ CASASNOVAS (1992) subraya las mayores dificultades para controlar el gasto futuro que se derivan del énfasis reciente en el control salarial del empleo público.

¹⁰ El gasto en inversiones públicas dentro del gasto de las AA.PP. ha pasado del 5% en 1980 al 11.3% en 1990; los intereses de la deuda pública han pasado del 2.2% al 8.8% en el mismo período. Estos últimos representan el 17% de los Presupuestos Generales del Estado para 1994.

La destacada desaceleración del gasto sanitario español en la última década se hace patente a través de la comparación de los factores del crecimiento en la década de los 60, los 70 y los 80 (Cuadro 3). En los años 80 el crecimiento real ha sido un 50% inferior al de los años 70; a pesar de ello, ¿qué sector de la economía consigue que cada uno de sus clientes le compre como promedio un 42% más, en términos reales, tal como ha ocurrido en los últimos diez años en los servicios sanitarios?

CUADRO 3

DESCOMPOSICION DEL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO ESPAÑOL.

Tasas de crecimiento anual acumulativo

	1960 1970	1970 1980	1980 1990
GASTO NOMINAL	24.9	24.3	14.4
Deflactor de la demanda interna	6.4	15.3	8.9
Deflactor del gasto sanitario	7.5	15.3	9.3
Inflación sanitaria diferencial	1.0	0.0	0.4
GASTO REAL	16.2	7.8	4.6
Población ajustada estructura de edades	1.5	1.4	1.0
Intensidad de recursos por persona	14.4	6.3	3.6

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (1993).

2. GASTO SANITARIO Y EFICIENCIA ECONOMICA.

La relación entre el gasto sanitario y la renta es uno de los temas de más tradición en los análisis de economía de la salud. La teoría económica ha puesto de relieve que esta relación presenta problemas de diversa índole. En primer lugar, problemas derivados del marco analítico (curva de Engel, función de consumo); en segundo lugar, problemas de carácter técnico (econométricos, supuestos teóricos); en tercer lugar, problemas derivados del grado de comparabilidad, calidad y definición de los datos; y, en cuarto lugar, problemas de interpretación. Sin perder de vista estos problemas, pero tomando la relación como una observación empírica sólidamente establecida, en esta segunda parte se analizan algunas implicaciones derivadas de la interpretación del sentido de esta relación para justificar la necesidad de políticas de contención del gasto sanitario.

La desaceleración del crecimiento del gasto sanitario operada en la década de los 80 se ha llevado a cabo manteniendo la tendencia al agrupamiento en torno a la recta tendencial del Gráfico 1; pero, al mismo tiempo, se ha observado que ello sucedía con efectos restrictivos sobre los precios relativos o sobre la cantidad de magnitudes muy distintas entre los países de la CE (apartado 1). Los países que gastan menos en sanidad, ¿consumen un volumen reducido de atención sanitaria o es que el coste de los mismos servicios es menor que en otro país?. Los países en los que la proporción de la demanda interior dedicada a sanidad es más alta, ¿compran una cantidad mayor de servicios, o simplemente los pagan más caros, o bien, es que son menos eficientes?.

Los servicios sanitarios son muy intensivos en personal, así pues, el precio del factor trabajo es un indicador bastante aproximado del precio de los servicios en cada país. Con las limitaciones que impone la disponibilidad estadística, se puede tomar la renta de los médicos como variable representativa del precio del factor trabajo en el sector. En general, se observa que la renta media de los médicos: (a) es sistemáticamente superior a la renta media por persona; y (b) aumenta a medida que crece el nivel de renta per cápita¹¹ (PARKIN, 1991). Estos hechos se traducen en una elevada correlación entre la renta relativa de los médicos (renta media de los médicos en relación a la renta media de la población) y la proporción del gasto sanitario dentro de la demanda interior total. Es decir, parece que las diferencias en el precio pagado por la sanidad, aproximado por la renta media de los médicos, está muy relacionado con el gasto sanitario per cápita (Gráfico 3). La proporción de gasto destinada a sanidad es mucho mayor precisamente en aquellos países en los que la renta relativa de los médicos es más elevada¹². ¿Cuáles son los factores que permiten mantener los ingresos relativos del personal sanitario, especialmente de los médicos, a un nivel más bajo que en

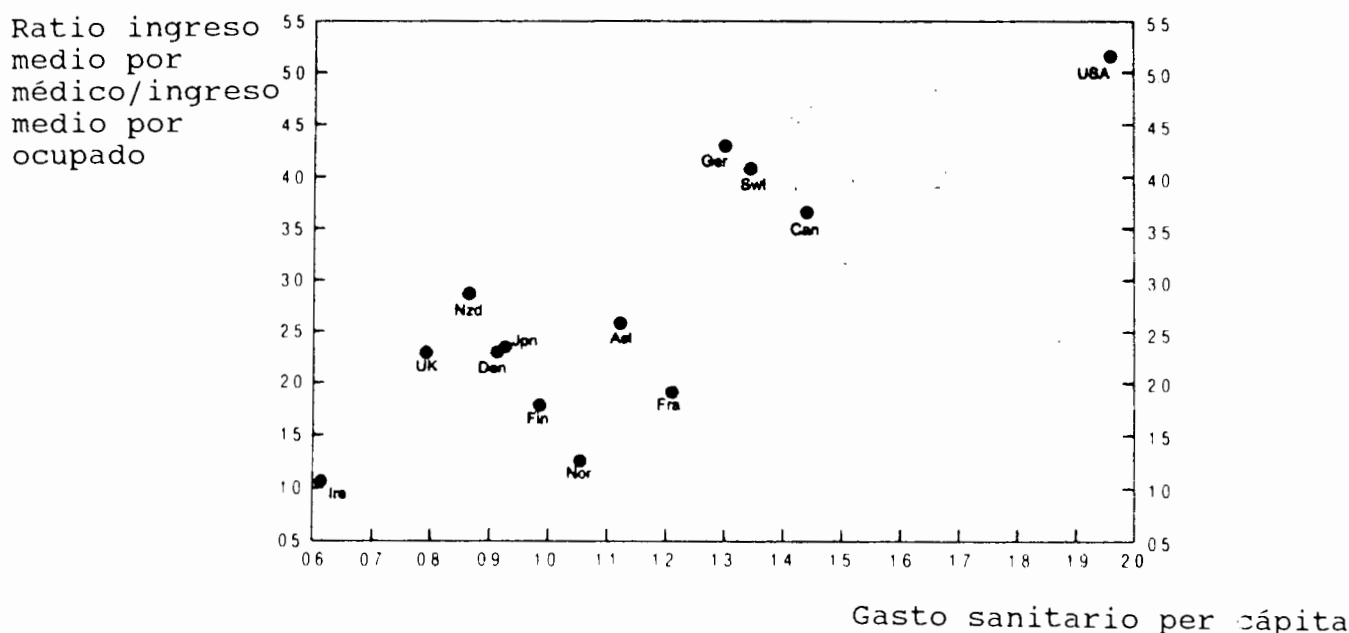
¹¹ Si los países utilizan la misma tecnología sanitaria (idéntica función de producción) pero disponen de dotaciones distintas de factores productivos (capital y trabajo), entonces ocurrirá que los servicios producidos por sectores intensivos en trabajo en los países con menor dotación relativa de capital tendrán también un precio menor puesto que el precio relativo del trabajo es inferior (BHAGWATI, 1984).

¹² Lo que los consumidores y el financiador público ven como gasto sanitario tiene su contrapartida en la percepción de rentas por los proveedores sanitarios.

otros países?. Esta relación, no obstante, es poco útil para generar inferencias para el diseño de la política de contención del gasto, puesto que la teoría explicativa subyacente es insatisfactoria y, además, la renta media es también una combinación de precios y cantidades de actos médicos.

GRÁFICO 3

EL GASTO SANITARIO Y RENTA MEDIA RELATIVA DE LOS MÉDICOS



Fuente: OECD (1992).

2.1 LA SANITARIZACION DE LA ECONOMIA.

El análisis del gasto sanitario a nivel global debería contribuir a explicar no tanto el por qué el gasto sanitario es elevado, sino más bien, desde un punto de vista dinámico, por qué está creciendo más deprisa que el gasto en otros bienes y servicios. Desde este punto de vista, se examina para el caso del sistema sanitario español: primero, la diferencia entre la evolución de la propensión media y marginal al gasto sanitario; y, segundo, el comportamiento previsible de los factores descriptivos en los que se descompone el crecimiento diferencial de los servicios sanitarios.

La proporción del gasto sanitario sobre la demanda interior total representa la propensión media al gasto sanitario. O sea, la cuota del gasto total dedicada a sanidad. Esta es la medida más utilizada para evaluar el crecimiento del sector. Las variaciones en la propensión media reflejan el del comportamiento de la propensión marginal: la proporción de cada peseta adicional de gasto que se dedica a sanidad. Si la propensión marginal al gasto sanitario es del 7.4% en 1991, mientras que la propensión media es del 6.5%; ello indica que, manteniendo el resto de condiciones constantes y la misma propensión marginal, en el futuro el gasto sanitario tenderá a absorber como máximo el 7.4% del gasto total. Desde el punto de vista de la perspectiva dinámica puede ser tanto o más interesante analizar las variaciones en la propensión marginal, pues es aquí, en el margen, donde se reflejan las tendencias de comportamiento.

CUADRO 4
PROPENSION MEDIA Y MARGINAL AL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA

Porcentajes

Período	Propensión media (1)	Propensión marginal (2)	(2)/(1)
1961-1970	2.55	4.35	1.71
1971-1980	4.85	5.82	1.20
1981-1990	5.89	6.78	1.15

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (1993).

En el Cuadro 4 se presenta la evolución de la propensión media y marginal al gasto sanitario en España durante las tres últimas décadas. La propensión marginal ha sido durante todo el período superior a la propensión media, lo cual se corresponde con el crecimiento continuado de ésta última. Ahora bien, la propensión marginal ha crecido de forma menos rápida que la propensión media. El comportamiento de la propensión marginal al gasto sanitario en el período 1981-1990 llevaría a proyectar en el infinito, *ceteris paribus*, una proporción de gasto dedicado a sanidad del 6.8%, para la que el gasto sanitario se estabilizaría. Lo destacable de estos datos es que: (a) la tasa a la cual se estabiliza el gasto ha crecido un 50% menos en la década de los años 80 que en la de los años 70, lo cual implica una desaceleración mucho mayor de la que transmite la propensión media; y (b) la distancia entre la cuota media de gasto dedicado a sanidad y la tasa de estabilización de esta cuota se redujo de forma muy importante en los años 70, pero se ha mantenido más estable en los años 80; es decir, el gasto sanitario se estabilizaba, *ceteris paribus*, en una proporción del gasto total un 71% superior a la observada en los años 60, mientras que en los años 70 sólo es un 20% superior y en los años 80 lo es en un 15%.

Desde un punto de vista descriptivo (descomposición estadística), la diferencia entre la tasa de crecimiento del gasto sanitario y la del resto del gasto interior se puede descomponer en dos factores: los cambios en los precios relativos de los servicios sanitarios, y los cambios en las cantidades relativas. El primer factor corresponde a la inflación sanitaria diferencial¹³. El segundo refleja la variación en la cantidad de sanidad consumida en relación con la variación en el consumo del resto de bienes y servicios¹⁴.

CUADRO 5
DIFERENCIA ENTRE LA TASA DE CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO Y LA DEL RESTO DEL GASTO INTERIOR EN ESPAÑA.

Tasas de crecimiento anual acumulativo

	1960 1970	1970 1980	1980 1990
g	8.9	4.1	1.6
P_g/P_n	1.0	0.0	0.4
Q_g/Q_n	7.8	4.1	1.2

g = diferencia entre la tasa de crecimiento del gasto sanitario y la del resto del gasto interior.

P_g/P_n = tasa de crecimiento diferencial entre el precio de los servicios sanitarios y el precio del resto de sectores productivos (precios relativos).

Q_g/Q_n = tasa de crecimiento diferencial entre la cantidad consumida de servicios sanitarios y la del resto de consumos (cantidades relativas).

Fuente: Elaboración propia.

¹³ El cambio en los precios relativos presenta importantes problemas de medida. Las variaciones en los precios relativos se producen por un aumento del precio de los recursos superior al aumento sufrido por los recursos que utilizan los demás sectores; también, como resultado de un aumento de la productividad inferior al registrado por los demás sectores.

¹⁴ Las variaciones en las cantidades relativas vienen determinadas por los cambios en la estructura demográfica, por la inducción de demanda por parte de los proveedores sanitarios, por el ritmo de adopción y utilización de innovaciones tecnológicas y por la demanda de seguros y de atención sanitaria.

La tasa de crecimiento relativo del gasto sanitario en España se ha reducido desde el 8.9% anual en los años 60, hasta el 4.1% en los años 70 y el 1.6% en los años 80 (Cuadro 5). Los precios relativos de la sanidad han aumentado a razón de un 0.4% anual en la última década frente a un crecimiento nulo en la década anterior. La cantidad consumida de sanidad frente a la cantidad del resto de bienes y servicios ha crecido un 1.2% anual como promedio durante los años 80; es decir, el volumen de servicios sanitarios consumidos aumenta un 1.2% más que el aumento del resto de consumos. Ahora bien, el cambio más notable es que durante la década de los 80 el crecimiento de las cantidades relativas se ha reducido a menos de una tercera parte del de los años 70.

Las hipótesis sobre el comportamiento de la diferencia entre la tasa de crecimiento del gasto sanitario y el resto del gasto interior sirve para realizar proyecciones sobre la dimensión futura del sector sanitario español; o, lo que es lo mismo, sobre la cuota que la sociedad destina al consumo sanitario. Estas proyecciones se realizan a partir de la expresión (FUCHS, 1990):

$$S_n = [e^{gn} \cdot S_0] / [(e^{gn} \cdot S_0) + (1-S_0)]$$

donde:

S_0 = proporción del gasto sanitario sobre el gasto interior en el año base;

S_n = proporción del gasto sanitario sobre el gasto interior total en el año n;

g = diferencia entre la tasa de crecimiento del gasto sanitario y el resto del gasto interior.

e = exponencial

CUADRO 6

PROYECCIONES DE LA DIMENSION DEL GASTO SANITARIO ESPAÑOL

Hipótesis sobre g	S_{1995}	S_{2000}	S_{2015}	S_{2020}	S_{2025}
0.5	6.6	6.7	7.2	7.4	7.5
1.0	6.7	7.0	8.1	8.5	8.8
1.5	6.9	7.4	9.0	9.7	10.4
2.0	7.0	7.7	10.1	11.1	12.1
2.5	7.2	8.1	11.3	12.6	14.1

Fuente: Elaboración propia.

En el Cuadro 6 se presentan los resultados de las proyecciones de la dimensión del gasto sanitario español hasta el año 2025 a partir de un rango de valores de g que oscila entre un valor mínimo del 0.5% anual hasta un valor máximo del 2.5% anual. Una primera hipótesis, baja, de crecimiento diferencial de la tasa de crecimiento (g) se sitúa en el 0.5% anual, lo cual supondría un aumento casi imperceptible en las cantidades relativas caso de mantenerse el aumento en los precios relativos de los años 80. A partir de una proporción del gasto situada en el 6.4% en 1990, en este caso la proporción del gasto sanitario crecería moderadamente alcanzando el 7.5% en el año 2025. Una segunda hipótesis, media, con un crecimiento anual de g muy cercano al de la década pasada (del 1.5%)¹⁵ llevaría al gasto sanitario a absorber el 9% del gasto total en el año 2015 y el 10.4% en el año 2025; es decir, la proyección de una tasa de crecimiento parecida a la actual llevaría a un aumento de la cuota en 4 puntos en 35 años. Finalmente, una tercera hipótesis, calificada como alta, basada en un crecimiento de g del 2.5% anual¹⁶ conduciría al gasto sanitario a absorber el 14.1% del gasto en el año 2025: de cada 100 pesetas de gasto, más de 14 se destinarían a pagar atención sanitaria (el nivel de Estados Unidos en 1993).

La extrapolación de tendencias derivada de la información que aporta el comportamiento reciente de la propensión marginal al gasto en sanidad así como del diferencial entre la tasa de crecimiento del gasto sanitario y el resto del gasto conducen a preveer un aumento en la cuota que la sociedad española destina al consumo sanitario, con un cierto margen de incertidumbre sobre la magnitud concreta. Parece que una proyección medianamente conservadora situaría el gasto sanitario en el entorno del 7-7.4% del gasto interior total en el año 2000, cifra equivalente a la media de la CE en 1990.

La contención del gasto sanitario se presenta como un objetivo para la mayoría de las economías occidentales. En el caso de la economía española, del mismo modo que para los demás países de la CE, se observa como a pesar de la destacada desaceleración del crecimiento del gasto sanitario en la década pasada, resulta bastante razonable esperar un aumento en los recursos absorbidos por el objetivo bienestar asociado al estado de salud, o al propio *proceso* de recibir atención sanitaria. La cuestión que se plantea en esta situación estriba en saber si la sociedad puede permitirse esta *sanitarización* de la economía. O, en términos más precisos, ¿cuál es la pérdida de bienestar, o ganancia, que se deriva del aumento de la cuota de recursos destinados a la sanidad?; ¿en qué consiste la ganancia potencial de bienestar, si es que se puede hablar de tal, que se deriva de una política de contención del gasto sanitario?.

¹⁵ El valor de g para la segunda mitad de la década de los 80 es del 1.9% anual, mientras que para la primera mitad fue del 1.2%.

¹⁶ Esta tasa de crecimiento es superior en 0.9 puntos a la del período 1981-1990, sin embargo es un 61% inferior a la registrada en el período 1971-1980.

2.2 LA ILUSION BAUMOLIANA.

¿Debe constituir un motivo de preocupación para la sociedad que la atención sanitaria absorba una proporción creciente de los limitados recursos disponibles? A pesar de que existe un consenso casi general sobre la deseabilidad de que la proporción del gasto sanitario dentro de la economía tienda a estabilizarse, se pueden esgrimir dos tipos de argumentos, desde un punto de vista macroeconómico, para tratar de justificar una menor relevancia y urgencia de las políticas de contención del gasto: uno, basado en las características de la demanda (disponibilidad a pagar); y otro basado en las características de la tecnología empleada en la producción de servicios sanitarios (menor crecimiento de la productividad).

Puesto que el cambio tecnológico parece explicar la mayor parte del crecimiento de costes, NEWHOUSE (1992 y 1993) sugiere que el mayor gasto debiera interpretarse como una mayor disponibilidad a pagar por las nuevas tecnologías. El autor esgrime como justificación de esta interpretación que la tasa de crecimiento del gasto es parecida entre países con distintos sistemas sanitarios e incluso dentro de un mismo país para sistemas de provisión diferentes (caso de la comparación de las *Health Maintenance Organizations* y los esquemas de *fee-for-service* en Estados Unidos)¹⁷. Según este autor, el exceso de preocupación por el crecimiento rápido de los servicios sanitarios¹⁸ puede ocasionar que los límites impuestos al gasto sanitario conlleven una pérdida de bienestar, mayor cuanto más alta sea la valoración individual de los servicios no prestados a causa de los límites establecidos. Al margen de la debilidad de la justificación teórica del argumento, resulta interesante extraer dos observaciones: (a) la pérdida/ganancia de bienestar derivada del mayor/menor consumo sanitario se convierte en una cuestión de determinación empírica; y (b) el control de la magnitud de la variación del bienestar excede de la capacidad de control de una política macro basada en imponer límites al crecimiento del gasto, puesto que depende del valor y del coste marginal de una unidad adicional de recursos asignada a los servicios sanitarios (y dentro de los mismos, a los distintos programas sanitarios) o a otros consumos (coste de oportunidad). El efecto sobre el bienestar de una política macro de limitaciones globales al crecimiento del gasto será, como mínimo, incierto.

¹⁷ Puede observarse como el dato, el crecimiento generalizado de los costes, es susceptible de ser deducido tanto de la hipótesis de la disponibilidad a pagar por parte de los consumidores como del poder de mercado de los oferentes que les confiere la información asimétrica, el cual se ve aumentado gracias a la complejidad de las innovaciones tecnológicas y la cobertura aseguradora,

¹⁸ "...ni los ciudadanos ni los economistas están especialmente preocupados por un crecimiento rápido en otros sectores de la economía (ordenadores, fax, teléfono celular)" (NEWHOUSE, 1992).

Desde el punto de vista de la tecnología de la producción de servicios sanitarios, el problema del crecimiento del gasto sanitario se ha interpretado como un reflejo del reducido crecimiento de la productividad, problema presente en la mayoría de los servicios personales (BAUMOL, 1993). La naturaleza de la tecnología es la causante de que los procesos de producción permitan un grado de estandarización muy bajo y que la calidad del servicio esté muy relacionada con el tiempo de trabajo (sanidad, enseñanza). La presencia de una productividad casi estancada (aunque positiva) en estos servicios es la causa, siguiendo la interpretación de Baumol, del crecimiento relativo del gasto sanitario: en este caso, lo que se percibe no es más que una *ilusión financiera* fruto de la inflación en los precios monetarios relativos de la sanidad frente al resto de productos.

El crecimiento de la productividad de la economía significa que la sociedad puede consumir una cantidad mayor de todos los bienes y servicios¹⁹: el aumento de consumo de cualquier sector se puede conseguir transfiriendo una parte de los recursos empleados en los sectores con mayores ganancias de productividad hacia los sectores de productividad casi estancada. Ahora bien, esto es lo que según Baumol percibimos como una *ilusión financiera* puesto que implica un cambio en la proporción de la renta dedicada a cada producto. ¿Cómo se produce este cambio en la cuota destinada a cada producto? Veamos una ilustración de la *ilusión baumolinana* que reproduce una situación con datos ligeramente parecidos a los de la economía española.

Supongamos una economía en la que hay dos sectores: el sector 1 que produce servicios con una productividad estancada (servicios sanitarios), y el sector 2 que corresponde al resto de productos (resto de sectores), con una tasa de crecimiento de la productividad mucho más elevada que la del sector 1. La productividad crece a un ritmo promedio anual del 2.5%²⁰. En el año inicial, la producción del sector 2 equivale al 93.6% del consumo total y la del sector 1 al restante 6.4%. La sociedad desea mantener la cuota de consumo real destinado a los servicios del sector 1 vigente en el año base²¹. ¿Qué sucedería en esta economía con la proporción de la renta destinada al consumo de los bienes y servicios de ambos sectores al cabo de un período de 50 años si se mantiene el crecimiento medio de la productividad?

Un aumento anual de la productividad del 2.5% implica que al cabo de 50 años la sociedad puede consumir una cantidad de bienes y servicios 3,35 veces superior a la del año inicial. Tomando 100 como valor inicial de la producción global de la economía, y manteniendo la cuota de la producción del sector 1, el volumen de producción se distribuiría de la siguiente forma entre los dos sectores:

¹⁹ La validez de esta explicación requiere tan sólo que la variación de la productividad sea no negativa en todos los sectores.

²⁰ Corresponde a la cifra de la tasa de crecimiento de la productividad en la economía española en el período 1981-1985.

²¹ Atribuyendo el sector 1 a la producción de servicios sanitarios, esta condición equivale a mantener constante la producción real de servicios sanitarios en el PIB.

Unidades de producción (cantidades)

Año	Sector 1	Sector 2	Total
Año 0	6.4	93.6	100.0
Año 50	21.5	313.8	335.3

Al cabo de 50 años, suponiendo que el tiempo total de trabajo continua siendo el mismo que en el año inicial, con el valor del tiempo de trabajo total deben poder comprarse todos los bienes y servicios (gasto total). Pero, ¿qué ocurre entonces en el año 50 con la proporción del sector 1 y del sector 2 dentro del gasto total? El número de horas de trabajo necesarias para comprar la producción del sector 1 crece en la misma proporción que su producción puesto que no obtiene incrementos de productividad. Si se mide el gasto destinado a cada sector como la proporción de horas de trabajo que se necesitan para comprar la producción de cada uno de ellos, la cuota del gasto total destinada a cada sector sería la siguiente:

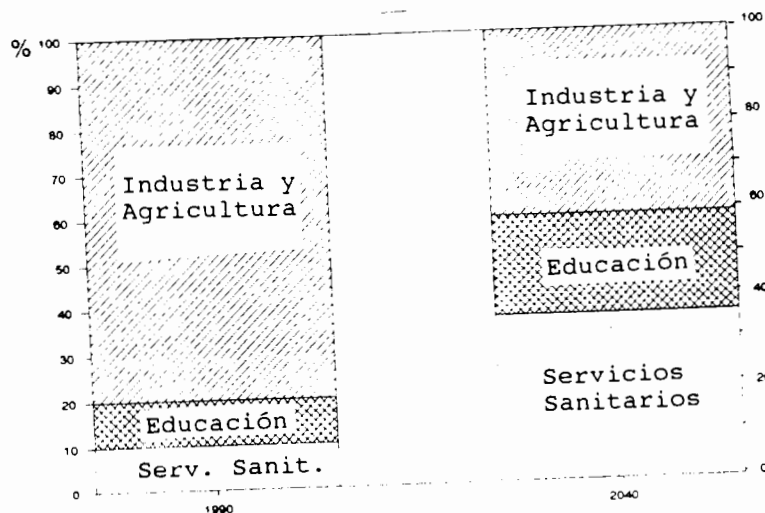
Proporción del gasto total

Año	Sector 1	Sector 2	Total
Año 0	6.4	93.6	100.0
Año 50	21.5	78.5	100.0

Al cabo de 50 años la proporción del gasto destinado a la producción del sector 1 representa el 21.5% del gasto total en términos monetarios. Sin embargo, ello sucede a pesar de que la cantidad de servicios consumidos del sector 1 permanece constante al nivel del año 0. La proyección de estos datos para el caso de la economía de Estados Unidos lleva a Baumol a predecir una cuota del gasto sanitario del 35% en el año 2039; de forma que, sanidad y enseñanza de forma conjunta acapararían más de la mitad del PIB de ese año (Gráfico 4).

GRÁFICO 4

HIPÓTESIS SOBRE LOS CAMBIOS EN EL GASTO TOTAL EN LA ECONOMÍA DE EE.UU.



Fuente: Baumol (1993).

En la medida en que esta situación se produzca como resultado de los diferenciales en el crecimiento de la productividad y que la productividad global de la economía siga creciendo, en términos *baumolianos*, no hay ningún motivo para que la sociedad no pueda permitirse el mantenimiento de la cuota real de consumo sanitario. El problema de la necesidad de contención del gasto sanitario aparece erróneamente como resultado de esta *ilusión financiera* que se agudiza a causa de la financiación pública mayoritaria sujeta a restricciones presupuestarias. Desde este punto de vista, el problema del gasto sanitario reside principalmente en los límites arbitrarios que impone la financiación canalizada a través del sector público o la regulación de precios de la producción financiada mediante seguros privados o directamente por el usuario. Estos límites harán disminuir la cantidad y la calidad de los servicios.

La bondad de la *ilusión baumoliana* debe contrastarse, como mínimo²², con dos implicaciones. En primer lugar, a medida que aumenta el peso relativo de los sectores estancados, el aumento de la productividad del resto de sectores debe ser más elevado para permitir el mismo aumento del producto global²³. Ello significa que aumenta el coste de oportunidad de los recursos traspasados a sectores de productividad estancada como pueden ser los servicios sanitarios, mientras disminuye el beneficio marginal de estos últimos en términos de resultado (años de vida ajustados por calidad, por ejemplo) (CULYER, 1989): la sociedad puede estar renunciando a un beneficio marginal elevado a cambio de uno reducido cuando asigna más recursos a la sanidad. En segundo lugar, el aumento de la proporción de recursos destinados a la sanidad hubiera sido muy reducido si tan sólo fuera debido a la variación de los precios relativos (Cuadro 5 y 6), lo cual limita sobremanera la capacidad explicativa del argumento. En todo caso, la *ilusión baumoliana* constituye tan sólo una explicación parcial del peso creciente de los servicios sanitarios en la economía y, por lo tanto, es insuficiente para *justificar* la *sanitarización* de la economía.

²² Al margen de las consideraciones que siguen se sitúa (a) el supuesto de mercados perfectamente competitivos implícito en el comportamiento de los precios de la ilustración; (b) la discusión de hasta qué punto el aumento en la productividad de los servicios sanitarios es tan reducida como a menudo se afirma; y (c) el supuesto de exogeneidad de la tecnología sanitaria.

²³ La sostenibilidad del argumento de Baumol requiere una tasa de crecimiento acelerado de la productividad en el sector 2. En el año 51, la productividad del sector 2 debe aumentar en un 3.2% para mantener constante la proporción de la producción real del sector 1.

2.3 LA PERDIDA DE BIENESTAR.

En los apartados precedentes se ha observado cómo si no se actúa poniendo límites al crecimiento del gasto sanitario éste absorbe una proporción creciente de recursos, en un proceso de *sanitarización* de la economía, aunque en los últimos años esta tendencia tiende a amortiguarse. En este contexto, ¿cuáles son las ganancias de eficiencia que se pueden esperar de las políticas de contención del gasto? Las ineficiencias o pérdidas de bienestar que ocasiona el aumento del gasto sanitario pueden identificarse a través de los argumentos macroeconómicos o bien a través del punto de vista microeconómico.

Desde el punto de vista macro pueden distinguirse los problemas atribuidos al gasto sanitario global de los imputados al gasto sanitario como gasto público. El argumento macro se presenta en dos versiones complementarias (REINHARDT, 1989): la reducción del ahorro y la asignación de recursos escasos a usos que compiten entre sí²⁴.

El crecimiento del gasto sanitario supone para el conjunto de la economía una reducción de la capacidad de ahorro; esta reducción se traduce en una disminución de la productividad puesto que la formación de capital es menor, y es ésta la que permite aumentar la productividad del trabajo. Los menores aumentos de productividad que implica el hecho de asignar una proporción creciente de recursos a los servicios sanitarios reduce la competitividad de los productos nacionales frente a los de otros países que consiguen mayores incrementos de productividad. Así pues, el gasto sanitario termina por limitar la capacidad de crecimiento económico. En otros términos, el aumento del gasto sanitario por encima de la recta tendencial de la relación renta/gasto contribuye a frenar la convergencia real y, a medio y largo plazo, la convergencia sanitaria. La justificación de la necesidad de contención del gasto sanitario en este argumento implica considerar el consumo sanitario como algo especialmente inútil y antieconómico; no hay, sin embargo, ninguna razón evidente para no poner el énfasis en otros tipos de gasto como la publicidad, el tabaco, las bebidas alcohólicas, etc.

A un nivel más alto o más bajo, el gasto público está sujeto a límites que se justifican por motivos como el conflicto entre el aumento de los impuestos y los incentivos a los agentes económicos, o como la necesidad de reducir el déficit público para controlar la inflación. Dado un límite global del gasto público, los recursos que se dedican a servicios sanitarios son recursos que dejan de gastarse en otras alternativas: debe compararse el coste de oportunidad de los recursos destinados a sanidad con opciones como el gasto en infraestructuras físicas o en otras infraestructuras sociales como educación. El aumento del gasto público en sanidad supone una reducción de la capacidad de ahorro público, disminuyendo los fondos disponibles para inversión pública. El énfasis en el control del gasto sanitario en base al argumento del déficit público presupone, sin una evidencia razonable, que

²⁴ El argumento de la pérdida de competitividad debida al aumento del coste laboral (sanidad financiada a través de un impuesto sobre la nómina) debido al crecimiento del gasto sanitario es poco acertado. El salario total, no sólo el monetario, es el que se determina a largo plazo en el mercado de trabajo. Entonces, la pérdida de competitividad, en todo caso, no debe atribuirse al gasto sanitario (salario en especie) sino más bien al salario total.

la valoración social del aumento de una unidad de recursos asignada al consumo sanitario es mayor que la de los recursos públicos asignados a otros servicios (por ejemplo, a subvenciones a empresas públicas como Renfe, Iberia o Hunosa, en el caso español).

Los argumentos macro sobre la necesidad de limitación del gasto sanitario sirven para poner de relieve como, del mismo modo que para el conjunto del gasto público, asociar reducción o contención del gasto con eficiencia es un sesgo ideológico (SEGURA, 1993). Lo importante no es reducir el gasto sanitario sino la forma en que éste se reduce (o aumenta): escasa ganancia de bienestar se obtendrá de la reducción de servicios con una elevada efectividad clínica mientras se mantiene el consumo de servicios con escasa o nula efectividad (servicios innecesarios y perjudiciales). La racionalidad para la defensa de la contención del gasto sanitario debería fundamentarse en **los efectos del gasto marginal en sanidad sobre el nivel de bienestar social en comparación con el de otros bienes y servicios** (una cuestión empírica); valoración social del beneficio marginal que evoluciona con el tiempo y es función de las características socio-económicas de los individuos.

El gasto sanitario se puede limitar de forma efectiva, tal como ha sucedido durante la década pasada en los países de la CE o incluso más allá, manteniendo ineficiencias elevadas desde un punto de vista micro. Es decir, los instrumentos de control macro adolecen de serias limitaciones para mejorar la efectividad clínica, condición previa para la eficiencia económica: los instrumentos de regulación a nivel macro (controles de precios y de cantidades) pueden funcionar aparentemente bien, a pesar de la evidencia de asignación ineficiente de recursos (utilización inapropiada). Los límites de los instrumentos macro derivan precisamente de la información asimétrica entre el proveedor y el consumidor e información imperfecta incluso para el propio proveedor sobre el resultado de la atención (la calidad del servicio prestado).

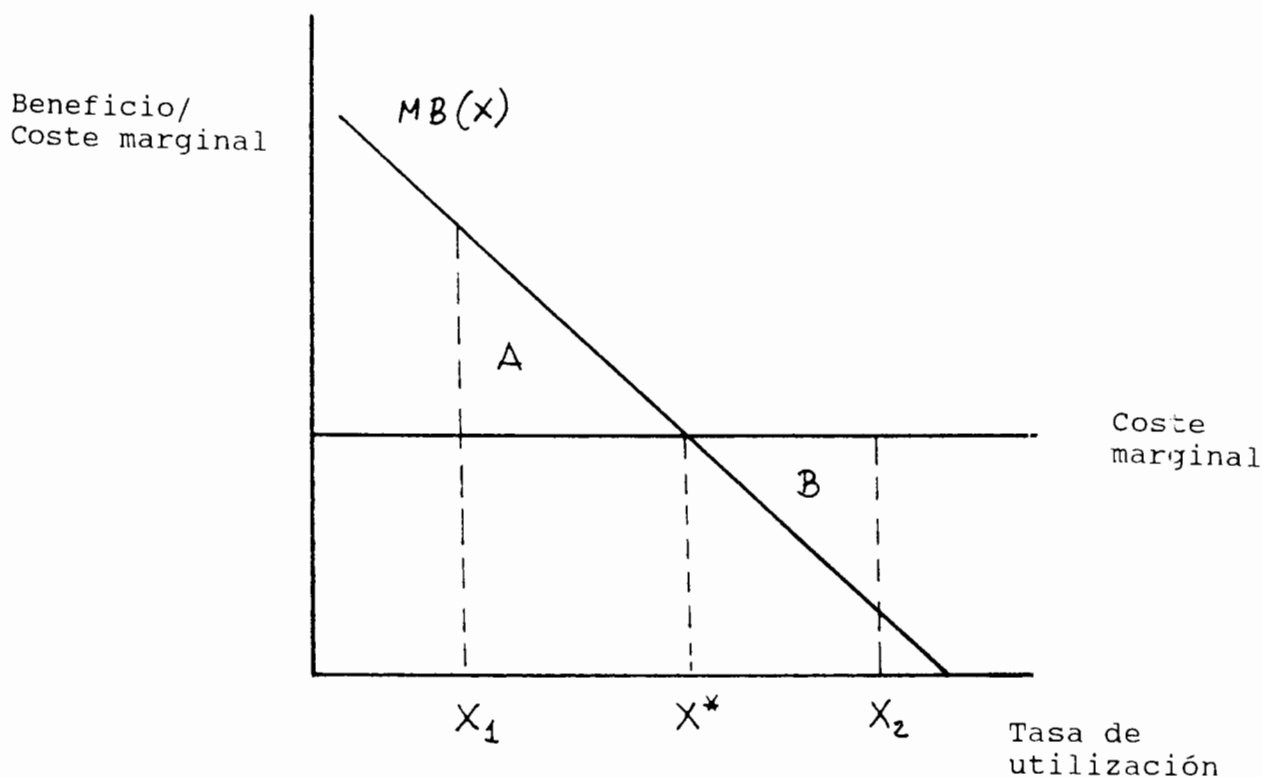
En nuestro país empezamos a contar ya con evidencia empírica sobre la utilización inapropiada de los recursos sanitarios. El concepto de utilización inapropiada se emplea aquí en el sentido de la utilización de tecnologías sanitarias de eficacia probada para situaciones establecidas en casos para los que no está indicada. La evidencia para el sistema sanitario español se limita a la utilización inapropiada de servicios hospitalarios (ingreso inapropiado y/o estancias inapropiadas). Los resultados de los estudios realizados presentan una situación poco diferente a la obtenida a partir de los estudios realizados para otros sistemas sanitarios, existiendo pues un amplio potencial para la reducción de la ineficiencia atribuible al uso no apropiado de los recursos sanitarios²⁵. En un estudio realizado en el Hospital del Mar de Barcelona se verificó que el 14% de los ingresos y el 40% de las estancias de pacientes con neoplasia de pulmón fueron inactivos según el protocolo de evaluación de la adecuación (BAÑERES et al, 1993). Los principales motivos de inadecuación fueron causas sociales y realización de pruebas diagnósticas que podrían haberse realizado al margen del internamiento.

²⁵ La interpretación de la utilización inapropiada como falta de eficiencia económica depende en buena medida del motivo del uso innecesario. Por ejemplo, cuando la principal variable explicativa de las estancias inapropiadas es la falta de apoyo familiar (OTERINO, 1993) la pérdida de bienestar debe ser bastante menor que cuando la causa es la innecesariedad del mismo ingreso.

Disponer de información sobre la probabilidad de que la intervención sea efectiva es una condición necesaria pero no suficiente para que desaparezcan las variaciones en la utilización debidas a desacuerdo médico (efectividad subjetiva) y falta de información sobre las tecnologías sanitarias. El método de PHELPS y PARENTE (1990) permite estimar el coste de la ineficiencia (pérdida de bienestar social) ocasionado por la falta de información sobre la verdadera efectividad clínica.

GRÁFICO 5

PÉRDIDA DE BIENESTAR Y TASAS DE UTILIZACIÓN

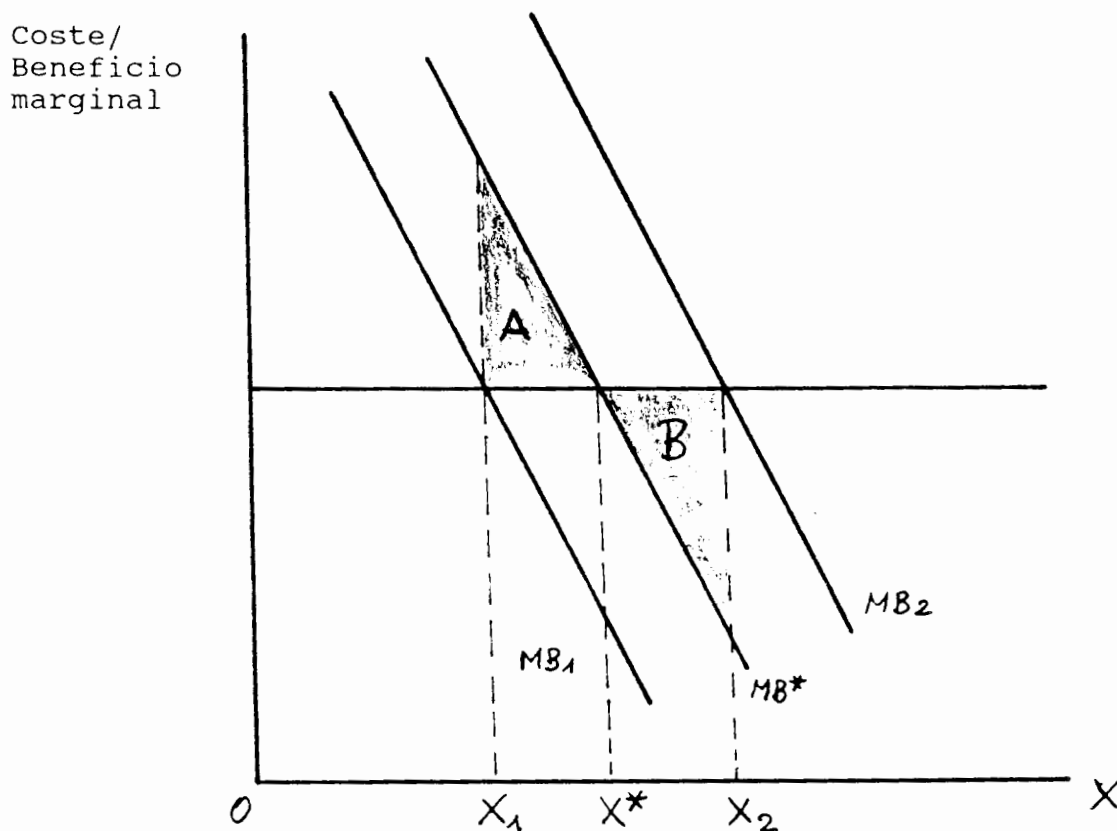


En la mayoría de las intervenciones sanitarias se observa la presencia de productividad marginal decreciente a medida que aumenta la tasa de utilización de una tecnología. En otros términos, el beneficio marginal de cualquier tecnología disminuye cuando aumenta la población a la que se extiende su aplicación (extensión a situaciones clínicas de menor riesgo, por ejemplo). La curva de beneficio marginal, $MB(x)$, del gráfico 5 representa esta situación. El área por debajo del beneficio marginal desde $X=0$ hasta el valor observado de X representa el bienestar total de los pacientes. El bienestar se maximiza cuando el beneficio marginal de la tecnología se iguala con su coste marginal (por simplicidad, el coste marginal es constante en el gráfico 6), o sea cuando la tasa de utilización es X^* . Cualquier tasa de utilización distinta de X^* proporciona un nivel de bienestar inferior. Una zona geográfica que sólo utilice la tecnología a la tasa X_1 está impidiendo que sus pacientes reciban un beneficio que supera el coste de la atención; la situación inversa se da en X_2 .

Las variaciones no convergentes en la utilización de las tecnologías entre zonas geográficas implican percepciones diferentes sobre el verdadero beneficio marginal. Esta situación se puede representar por MB_1 y MB_2 para dos regiones idénticas que infravaloran o sobrevaloran, respectivamente, el verdadero beneficio marginal (MB^*) en el gráfico 6.

GRÁFICO 6

INEFICIENCIA DEBIDO A INFORMACIÓN SESGADA SOBRE EL BENEFICIO MARGINAL



Actuando racionalmente (coste marginal = beneficio marginal) estas zonas geográficas utilizarían la tecnología a los niveles X_1 y X_2 , respectivamente. Si se dispone de información sobre el verdadero beneficio marginal ambas regiones se pueden acercar a la curva MB^* ; este cambio representaría una ganancia de bienestar (reducción de la pérdida actual) equivalente a la suma de las áreas A (por infrutilización) y B (por utilización excesiva).

A partir de las variaciones observadas en la utilización de determinadas tecnologías entre regiones se puede obtener una estimación (PHELPS y PARENTE, 1990; PHELPS y MOONEY, 1992) de la pérdida de bienestar (ineficiencia) ocasionada por la falta de información (o utilización incorrecta de la misma) sobre el beneficio marginal de cada tecnología equivalente a la suma de los triángulos A y B del gráfico 6. Suponiendo que la tasa de utilización *correcta* es aquella que proporciona un beneficio marginal igual al coste marginal y que la tasa de utilización media representa la tasa correcta, la pérdida de bienestar se puede expresar como:

$$W = [0.5 * (\text{Gasto total en X}) * CV^2] / E_p ,$$

donde W=pérdida de bienestar; CV=coeficiente de variación de la utilización (corregido de las variaciones explicables por diferencias en las preferencias individuales o factores socio-económicos); y E_p =valor absoluto de la elasticidad precio de la demanda. Las estimaciones realizadas arrojan un potencial de reducción de la ineficiencia muy superior a los costes de los estudios para disponer de información sobre la efectividad clínica, así como una ordenación relativa de prioridades basada en la magnitud de la pérdida de bienestar. Una evaluación coste beneficio rigurosa debería comparar los costes de producir y difundir la información y de los costes de los sistemas de incentivos para incidir (modificar) en la práctica clínica, con la reducción en la pérdida de bienestar (reducción de la variación no justificada) efectivamente conseguida con la actuación sobre la información tecnológica.

3. MICROREGULACION DE LA PRACTICA CLINICA.

El enfoque de los problemas del gasto sanitario a nivel *macro*, tanto en la identificación de la ineficiencia como en los instrumentos para reducirla, presenta serias limitaciones cuando se examina el problema de la falta de eficiencia a nivel *micro*. Este hecho constituye una justificación para trasladar el énfasis desde las medidas globales de contención del coste, con una alta efectividad a corto plazo, a medidas de micro-regulación de la práctica clínica, menos espectaculares pero con una mayor probabilidad de reducir la pérdida de bienestar a medio y largo plazo²⁶. En este marco se sitúan instrumentos de contención de costes como el desarrollo de recomendaciones de buena práctica clínica que incluyan la consideración de la relación coste-efectividad; cambios en la auto-regulación profesional en el sentido de modificar la autonomía de las decisiones clínicas mediante un control de calidad de los servicios comprados (por ejemplo, en un entorno de competencia regulada²⁷ por el sector público entre productores públicos y privados) a través de la evaluación mediante protocolos de utilización apropiada debidamente consensuados (BOROWITZ and SHELDON, 1993). Los cambios en la regulación sanitaria en la dirección de la micro-regulación clínica presentan un potencial de mejora de la eficiencia que, sin poner en peligro las condiciones de accesibilidad a los servicios, mejoran el bienestar social en un contexto de serias limitaciones para el crecimiento del gasto sanitario público.

²⁶ Los instrumentos para controlar los costes a nivel global ocasionan una reducción indiscriminada de la utilización (o de su crecimiento) de los servicios con resultados como mínimo inciertos sobre el nivel de bienestar. Una forma de mantener la calidad de los servicios es redirigir la contención de costes hacia los servicios innecesarios o médicamente inadecuados.

²⁷ Los objetivos de las reformas basadas en la competencia gestionada llevan a que los proveedores se vean obligados a competir en coste y en calidad para conseguir contratos de los financiadores/compradores. La evaluación de la calidad constituye, pues, un elemento crucial en el sistema de control de la relación contractual.

No existen, sin embargo, soluciones fáciles ni remedios sin efectos secundarios, puesto que el diseño de una política eficiente de gasto sanitario debe resolver algunas contradicciones que afectan de forma específica a la regulación de este sector:

1. La contradicción de objetivos entre el control del gasto sanitario público y los intereses industriales de los sectores que suministran recursos a la sanidad (política sanitaria *versus* política industrial y de empleo).
2. La contradicción entre el beneficio difuminado del control del gasto (todos los contribuyentes) y la concentración del coste en los perjudicados (industria farmacéutica, oficinas de farmacia, proveedores, médicos, pacientes).
3. La contradicción entre la política de contención de costes (injerencia externa en la autonomía profesional) y los incentivos del médico para conseguir una mayor efectividad clínica (costes de agencia).
4. La contradicción entre el escaso beneficio marginal de la utilización de tecnologías con efectividad clínica nula o no establecida (beneficio en términos de salud) y la satisfacción del usuario derivada del propio proceso de atención sanitaria (transmisión de información y delegación en el médico).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANTON, V. et al (1993), **Comparación del gasto de las Administraciones Públicas entre España y los países de la CE**, Hacienda Pública Española, 126: 7-25.
- BAÑERES, J. et al (1993), **Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar**, Medicina Clínica, 100: 407-411.
- BAUMOL, W.J. (1993), **Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice**, Public Choice, 77: 17-28.
- BHAGWATI, J.N. (1984), **Why are services cheaper in the poor countries?**, Economic Journal, 94: 279-286.
- BOROWITZ, M. and SHELDON, T. (1993), **Controlling health care: from economic incentives to micro-clinical regulation**, Health Economics, 2: 201-204.
- BÖSS, D. (1993), **Privatization in Europe: A comparison of approaches**, Oxford Review of Economic Policy, 9(1): 95-111.
- CULYER, A. (1989), **Competition and Market in Health Care: What we know and what we don't**, NHS White Paper Occasional no. 3, Centre for Health Economics, University of York.
- De FRANCISCO, M. y MATEOS, B. (1992), **El difícil control de la inflación en los servicios**, Papeles de Economía Española, 52/53: 63-66.
- FUCHS, V.R. (1990), **The health sector's share of the gross national product**, Science, 247: 534-538.
- LOPEZ CASASNOVAS, G. (1992), **Costes económicos y problemas financieros de la reforma sanitaria**, en *La reforma del sistema sanitario*, FEDEA, Madrid.
- LOPEZ CASASNOVAS, G. et al (1992), **Estudi del sistema de finançament autonòmic de la sanitat**, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- NEWHOUSE, J.P. (1992), **Medical care costs: How much welfare loss?**, Journal of Economic Perspectives, 6(3): 3-21.
- NEWHOUSE, J.P. (1993), **An iconoclastic view of health cost containment**, Health Affairs, supplement: 152-171.
- OECD (1992), **United States**, OECD Economic Surveys 1991/1992, Paris.
- OCDE (1993), **OECD Health Systems: Facts and Trends**, Paris.
- OTERINO, D. (1993), **Hospitalización inapropiada: motivos y determinantes**, IVESP. Valencia (mimeo).
- PARKIN, D. (1991), **Comparing health service efficiency accross countries**, en A. McGuire, P. Fenn and K. Mayhew (eds.), *Providing health care. The economics of alternative systems of finance and delivery*, Oxford Univ. Press, Oxford: 172-191.
- PHELPS, C.E. and PARENTE, S.T. (1990), **Priority setting in medical technology and medical practice assessment**, Medical Care, 28(8): 703-723.
- PHELPS, C.E. and MOONEY, C. (1992), **Correction and update on Priority setting in medical technology assessment**, Medical Care, 30(8): 744-751.
- POULLIER, J.P. (1993), **Mayor eficacia en la prestación de servicios de salud: contribuciones no clínicas**, V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Granada.
- REINHARDT, U.E. (1989), **Health care spending and American competitiveness**, Health Affairs, Winter:5-21.
- ROVIRA, J. (1992), **Un modelo unificado de sistema sanitario a nivel europeo: ¿objetivo alcanzable o utopía?**, Economía y Salud, 11: 1-2.
- SEGURA, J. (1993), **Sobre políticas microeconómicas de competitividad**, Papeles de Economía Española, 56: 348-360.

RECENT WORKING PAPERS

1. Albert Marcet and Ramon Marimon
Communication, Commitment and Growth. (June 1991)
[Published in *Journal of Economic Theory* Vol. 58, no. 2, (December 1992)]
2. Antoni Bosch
Economies of Scale, Location, Age and Sex Discrimination in Household Demand. (June 1991)
[Published in *European Economic Review* 35, (1991) 1589-1595]
3. Albert Satorra
Asymptotic Robust Inferences in the Analysis of Mean and Covariance Structures. (June 1991)
[Published in *Sociological Methodology* (1992), pp. 249-278, P.V. Marsden Edt. Basil Blackwell: Oxford & Cambridge, MA]
4. Javier Andrés and Jaume Garcia
Wage Determination in the Spanish Industry. (June 1991)
[Published as "Factores determinantes de los salarios: evidencia para la industria española" in J.J. Dolado et al. (eds.) *La industria y el comportamiento de las empresas españolas (Ensayos en homenaje a Gonzalo Mato)*, Chapter 6, pp. 171-196, Alianza Economía]
5. Albert Marcet
Solving Non-Linear Stochastic Models by Parameterizing Expectations: An Application to Asset Pricing with Production. (July 1991)
6. Albert Marcet
Simulation Analysis of Dynamic Stochastic Models: Applications to Theory and Estimation. (November 1991), 2d. version (March 1993)
[Forthcoming in *Advances in Econometrics* invited symposia of the Sixth World Congress of the Econometric Society (Eds. JJ. Laffont i C.A. Sims). Cambridge University Press]
7. Xavier Calsamiglia and Alan Kirman
A Unique Informationally Efficient and Decentralized Mechanism with Fair Outcomes. (November 1991)
[Forthcoming in *Econometrica*]
8. Albert Satorra
The Variance Matrix of Sample Second-order Moments in Multivariate Linear Relations. (January 1992)
[Published in *Statistics & Probability Letters* Vol. 15, no. 1, (1992), pp. 63-69]
9. Teresa Garcia-Milà and Therese J. McGuire
Industrial Mix as a Factor in the Growth and Variability of States' Economies. (January 1992)
[Forthcoming in *Regional Science and Urban Economics*]
10. Walter Garcia-Fontes and Hugo Hopenhayn
Entry Restrictions and the Determination of Quality. (February 1992)

11. Guillem López and Adam Robert Wagstaff
Indicadores de Eficiencia en el Sector Hospitalario. (March 1992)
[Published in *Moneda y Crédito* Vol. 196]

12. Daniel Serra and Charles ReVelle
The PQ-Median Problem: Location and Districting of Hierarchical Facilities. Part I (April 1992)
[Published in *Location Science*, Vol. 1, no. 1 (1993)]

13. Daniel Serra and Charles ReVelle
The PQ-Median Problem: Location and Districting of Hierarchical Facilities. Part II: Heuristic Solution Methods. (April 1992)
[Forthcoming in *Location Science*]

14. Juan Pablo Nicolini
Ruling out Speculative Hyperinflations: a Game Theoretic Approach. (April 1992)

15. Albert Marcet and Thomas J. Sargent
Speed of Convergence of Recursive Least Squares Learning with ARMA Perceptions. (May 1992)
[Forthcoming in *Learning and Rationality in Economics*]

16. Albert Satorra
Multi-Sample Analysis of Moment-Structures: Asymptotic Validity of Inferences Based on Second-Order Moments. (June 1992)
[Forthcoming in *Statistical Modelling and Latent Variables* Elsevier, North Holland. K.Haagen, D.J.Bartholomew and M. Deistler (eds.)]

- Special issue** Vernon L. Smith
Experimental Methods in Economics. (June 1992)

17. Albert Marcet and David A. Marshall
Convergence of Approximate Model Solutions to Rational Expectation Equilibria Using the Method of Parameterized Expectations.

18. M. Antònia Monés, Rafael Salas and Eva Ventura
Consumption, Real after Tax Interest Rates and Income Innovations. A Panel Data Analysis. (December 1992)

19. Hugo A. Hopenhayn and Ingrid M. Werner
Information, Liquidity and Asset Trading in a Random Matching Game. (February 1993)

20. Daniel Serra
The Coherent Covering Location Problem. (February 1993)

21. Ramon Marimon, Stephen E. Spear and Shyam Sunder
Expectationally-driven Market Volatility: An Experimental Study. (March 1993)
[Forthcoming in *Journal of Economic Theory*]

22. Giorgia Giovannetti, Albert Marcet and Ramon Marimon
Growth, Capital Flows and Enforcement Constraints: The Case of Africa.
(March 1993)
[Published in *European Economic Review* 37, pp. 418-425 (1993)]
23. Ramon Marimon
Adaptive Learning, Evolutionary Dynamics and Equilibrium Selection in
Games. (March 1993)
[Published in *European Economic Review* 37 (1993)]
24. Ramon Marimon and Ellen McGrattan
On Adaptive Learning in Strategic Games. (March 1993)
[Forthcoming in *A. Kirman and M. Salmon eds.* "Learning and Rationality in
Economics" Basil Blackwell]
25. Ramon Marimon and Shyam Sunder
Indeterminacy of Equilibria in a Hyperinflationary World: Experimental
Evidence. (March 1993)
[Forthcoming in *Econometrica*]
26. Jaume Garcia and José M. Labeaga
A Cross-Section Model with Zeros: an Application to the Demand for
Tobacco. (March 1993)
27. Xavier Freixas
Short Term Credit Versus Account Receivable Financing. (March 1993)
28. Massimo Motta and George Norman
Does Economic Integration cause Foreign Direct Investment?
(March 1993)
[Published in *Working Paper University of Edinburgh* 1993:1]
29. Jeffrey Prisbrey
An Experimental Analysis of Two-Person Reciprocity Games.
(February 1993)
[Published in *Social Science Working Paper* 787 (November 1992)]
30. Hugo A. Hopenhayn and Maria E. Muniagurria
Policy Variability and Economic Growth. (February 1993)
31. Eva Ventura Colera
A Note on Measurement Error and Euler Equations: an Alternative to
Log-Linear Approximations. (March 1993)
32. Rafael Crespi i Cladera
Protecciones Anti-Opa y Concentración de la Propiedad: el Poder de Voto.
(March 1993)
33. Hugo A. Hopenhayn
The Shakeout. (April 1993)

34. Walter Garcia-Fontes
Price Competition in Segmented Industries. (April 1993)
35. Albert Satorra i Brucart
On the Asymptotic Optimality of Alternative Minimum-Distance Estimators in Linear Latent-Variable Models. (February 1993)
36. Teresa Garcia-Milà, Therese J. McGuire and Robert H. Porter
The Effect of Public Capital in State-Level Production Functions Reconsidered. (February 1993)
37. Ramon Marimon and Shyam Sunder
Expectations and Learning Under Alternative Monetary Regimes: an Experimental Approach. (May 1993)
38. José M. Labeaga and Angel López
Tax Simulations for Spain with a Flexible Demand System. (May 1993)
39. Daniel Serra and Charles ReVelle
Market Capture by Two Competitors: The Pre-Emptive Location Problem. (May 1993)
[Forthcoming in *Journal of Regional Science*]
40. Xavier Cuadras-Morató
Commodity Money in the Presence of Goods of Heterogenous Quality. (July 1993)
[Forthcoming in *Economic Theory*]
41. M. Antònia Monés and Eva Ventura
Saving Decisions and Fiscal Incentives: A Spanish Panel Based Analysis. (July 1993)
42. Wouter J. den Haan and Albert Marcet
Accuracy in Simulations. (September 1993)
[Forthcoming in *Review of Economic Studies*]
43. Jordi Galí
Local Externalities, Convex Adjustment Costs and Sunspot Equilibria. (September 1993)
[Forthcoming in *Journal of Economic Theory*]
44. Jordi Galí
Monopolistic Competition, Endogenous Markups, and Growth. (September 1993)
[Forthcoming in *European Economic Review*]
45. Jordi Galí
Monopolistic Competition, Business Cycles, and the Composition of Aggregate Demand. (October 1993)
[Forthcoming in *Journal of Economic Theory*]
46. Oriol Amat
The Relationship between Tax Regulations and Financial Accounting: a Comparison of Germany, Spain and the United Kingdom. (November 1993)

47. Diego Rodríguez and Dimitri Vayanos
Decentralization and the Management of Competition. (November 1993)
48. Diego Rodríguez and Thomas M. Stoker
A Regression Test of Semiparametric Index Model Specification. (November 1993)
49. Oriol Amat and John Blake
Control of the Costs of Quality Management: a Review of Current Practice in Spain. (November 1993)
50. Jeffrey E. Prisbrey
A Bounded Rationality, Evolutionary Model for Behavior in Two Person Reciprocity Games. (November 1993)
51. Lisa Beth Tilis
Economic Applications of Genetic Algorithms as a Markov Process. (November 1993)
52. Ángel López
The Command for Private Transport in Spain: A Microeconomic Approach. (December 1993)
53. Ángel López
An Assessment of the Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (1985-89) as a Source of Information for Applied Research. (December 1993)
54. Antonio Cabrales
Stochastic Replicator Dynamics. (December 1993)
55. Antonio Cabrales and Takeo Hoshi
Heterogeneous Beliefs, Wealth Accumulation, and Asset Price Dynamics. (February 1993, Revised: June 1993)
56. Juan Pablo Nicolini
More on the Time Inconsistency of Optimal Monetary Policy. (November 1993)
57. Lisa B. Tilis
Income Distribution and Growth: A Re-examination. (December 1993)
58. José María Marín Viguera and Shinichi Suda
A Model of Financial Markets with Default and The Role of "Ex-ante" Redundant Assets. (January 1994)
59. Angel de la Fuente and José María Marín Viguera
Innovation, "Bank" Monitoring and Endogenous Financial Development. (January 1994)
60. Jordi Galí
Expectations-Driven Spatial Fluctuations. (January 1994)

61. Josep M. Argilés
Survey on Commercial and Economic Collaboration Between Companies in the EEC and Former Eastern Bloc Countries. (February 1994)
62. German Rojas
Optimal Taxation in a Stochastic Growth Model with Public Capital: Crowding-in Effects and Stabilization Policy. (September 1993)
63. Irasema Alonso
Patterns of Exchange, Fiat Money, and the Welfare Costs of Inflation. (September 1993)
64. Rohit Rahi
Adverse Selection and Security Design. (February 1994)
65. Jordi Galí and Fabrizio Zilibotti
Endogenous Growth and Poverty Traps in a Cournotian Model. (November 1993)
66. Jordi Galí and Richard Clarida
Sources of Real Exchange Rate Fluctuations: How Important are Nominal Shocks?. (October 1993, Revised: January 1994)
[Forthcoming in *Carnegie-Rochester Conference in Public Policy*]
67. John Ireland
A DPP Evaluation of Efficiency Gains from Channel-Manufacturer Cooperation on Case Counts. (February 1994)
68. John Ireland
How Products' Case Volumes Influence Supermarket Shelf Space Allocations and Profits. (February 1994)
69. Fabrizio Zilibotti
Foreign Investments, Enforcement Constraints and Human Capital Accumulation. (February 1994)
70. Vladimir Marianov and Daniel Serra
Probabilistic Maximal Covering Location Models for Congested Systems. (March 1994)
71. Giorgia Giovannetti.
Import Pricing, Domestic Pricing and Market Structure. (August 1993, Revised: January 1994)
72. Raffaella Giordano.
A Model of Inflation and Reputation with Wage Bargaining. (November 1992, Revised March 1994)
73. Jaume Puig i Junoy.
Aspectos Macroeconómicos del Gasto Sanitario en el Proceso de Convergencia Europea. (Enero 1994)

