

## PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

# ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada?

Jaume Puig-Junoy

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

(Health care financing: is it enough and appropriate?)

### Resumen

**Introducción:** El objetivo de este breve artículo consiste en presentar los resultados de las proyecciones del impacto sobre el gasto sanitario público español hasta el año 2013 de los principales factores demográficos y tecnológicos que pueden presionar las necesidades de gasto al alza.

**Material y métodos:** El crecimiento anual del gasto se estima empleando el método de la descomposición de los factores del crecimiento en dos escenarios. Los factores considerados fueron: el factor demográfico, que incluye el efecto del aumento de la población y el del cambio en la estructura de edades (envejecimiento progresivo); el crecimiento del precio de los recursos utilizados en la producción de servicios sanitarios por encima de la inflación general de la economía; y la prestación sanitaria real media (intensidad de recursos y tecnología).

**Resultados y discusión:** En 2013, el gasto sanitario público se situaría entre el 5,7 y el 6% del PIB, o sea, como mínimo, entre 0,24 y 0,53 puntos del PIB por encima de la cifra del año 2003. El factor con una mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario público futuro continuará siendo previsiblemente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. El crecimiento del gasto sanitario público real hasta el año 2013 según el escenario base de este estudio, es compatible con un incremento real del 2,5% en el consumo real del resto de los bienes y servicios por la población española. Para financiar ese aumento del gasto sanitario público la población española destinaría a esta finalidad menos del 7% del aumento real de renta en los próximos 10 años.

**Conclusiones y perspectivas:** Sin ser menospreciable, el ritmo esperado de crecimiento del PIB permite hacer frente sin dificultades al crecimiento atribuible a los factores demográficos. El cambio en las tecnologías sanitarias continuará siendo muy probablemente el principal factor causante del crecimiento del gasto público sanitario.

**Palabras clave:** Proyecciones. Gasto sanitario. Envejecimiento.

### Abstract

**Introduction:** The object of this short paper is to present the results of Spanish public health care expenditures projections until 2013 according to the expected impact of the main demographic and technological health cost drivers.

**Material and methods:** Future annual health expenditures are estimated using a simple method based on the decomposition of the past main growth factors in two scenarios. The main cost drivers considered were the following: demography, which includes the increasing number of people and the impact of population ageing; the increase in the price of health care inputs above the general price level; and the impact of changes in medical practice related with expanding medical technology.

**Results and discussion:** In 2013, public health care expenditure may be around 5.7% and 6% of gross domestic product (GDP); that is, at least, between 0.24 and 0.53 additional GDP points will be spent on public health care. The main factor responsible for the future expenditure increase will continue to be the increase in the average health service intensity, followed by demographic factors. In the base-case scenario, public expenditure increase until 2013 will be compatible with a real 2.5% annual increase in consumption of non-health goods and services. In order to finance the future costs, the Spanish population will have to devote to public health expenditure less than 7% of income increase until 2013.

**Conclusion and perspectives:** Despite being important, the expected Spanish GDP growth until 2013 may be enough to finance the increase in public health expenditure as a result of the impact of demographic changes. Expanding medical technology is expected to continue being the main driver of future costs.

**Key words:** Future expenditure. Health care expenditures. Ageing.

Correspondencia: Jaume Puig-Junoy.  
Universitat Pompeu Fabra. C/Triás Fargas 25-27. 08005  
Barcelona. España.  
Correo electrónico: jaume.puig@upf.edu.

### Introducción

El gasto sanitario total por persona en España en el año 2002<sup>1</sup>, ajustado por la paridad del poder adquisitivo, fue de 1.646 dólares. En el contexto de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) ésta es una cifra relativamente moderada ya que la mediana de estos países se sitúa en 2.515 dólares, o sea, un 34,6% por en-

cima de la cifra española. Este nivel de gasto equivale a un 7,62% del PIB<sup>2</sup>; la mediana de la OCDE es del 8,7%. El gasto sanitario público fue equivalente en 2002 al 5,45% del PIB. La posición relativa del gasto sanitario en España, tanto para el gasto total como para el público, experimenta una mejora notable hasta 1990, pero en la década de los noventa se produjo un ligero retroceso. En 1970 el gasto sanitario público en España como proporción del PIB se situaba en el percentil 18: sólo el 18% de los países de la OCDE tenían un nivel de gasto igual o inferior al de España<sup>3,4</sup>. 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 56% de los países gastaba una cantidad igual o inferior por persona. En la década de los noventa se produce también un cierto retroceso en la posición relativa de España ya que en el año 2002 sólo el 27% de los países de la OCDE presenta un gasto público con relación al PIB igual o inferior al español.

El nivel del gasto sanitario total por persona en España, público y privado, es relativamente moderado, según los últimos datos disponibles, cuando se compara con la mediana de los países de la OCDE. Sin embargo, los resultados de estudios recientes<sup>3</sup> indican que no es del todo cierto que el gasto sanitario total por persona sea demasiado bajo, puesto que el gasto total por persona en España es muy cercano al que corresponde a su estado actual de desarrollo económico y al conjunto de determinantes conocidos del gasto sanitario. El gasto sanitario público por persona, en cambio, se sitúa claramente entre un 6 y un 12% por debajo del nivel que correspondería a nuestro país de acuerdo con el nivel de renta y características socioeconómicas. Así pues, lo que aparece como bajo no es el gasto sanitario total sino el gasto sanitario público.

Aceptando que la determinación del nivel adecuado de recursos destinados a los servicios sanitarios es una cuestión subjetiva que depende del juicio y de las preferencias de los ciudadanos y de los políticos, el objetivo de este breve artículo consiste en presentar los resultados de las proyecciones del impacto sobre el gasto sanitario futuro de los factores que pueden presionar las necesidades de gasto al alza, tales como el aumento de la población, su envejecimiento, la inflación sanitaria diferencial o los cambios en la práctica clínica.

En primer lugar, se realizan proyecciones de la evolución del gasto sanitario público en los próximos años utilizando diversos supuestos sobre la evolución de cada uno de los principales factores que impulsan el crecimiento del gasto. Y, en segundo lugar, sin cuestionar la deseabilidad del aumento del gasto, se examina la medida en que la sociedad española puede permitirse el aumento de los recursos destinados a la atención sanitaria en los próximos años.

Algunos apartados de este artículo actualizan y analizan resultados de un estudio reciente y dirigido por el autor sobre la sostenibilidad económica y financiera del Sistema Nacional de Salud español<sup>3</sup>.

---

## Método y datos

En el contexto internacional, son múltiples los organismos e investigadores que han efectuado proyecciones del gasto sanitario futuro a partir de la descomposición de los factores del crecimiento del gasto. Así, por ejemplo, Smith et al<sup>4</sup> también aplican un método similar para el Office of the Actuary de la Health Care Financing Administration, que realiza anualmente una proyección del gasto sanitario en EE.UU. de los próximos 10 años. Los principales factores macroeconómicos y demográficos que aparecen como factores explicativos del gasto son el crecimiento de la renta real, la inflación (general y diferencial de los recursos sanitarios), la prestación real media, el crecimiento de la población y su envejecimiento<sup>5</sup>.

La realización y reestimación de las proyecciones de la evolución futura del gasto público, y especialmente del gasto sanitario, se lleva a cabo en la mayoría de los países por instituciones públicas o privadas, ya sea de forma periódica o esporádica. Por ejemplo, las proyecciones del gasto sanitario para EE.UU. en el período 2004-2014 indican un aumento de la proporción del PIB destinado a este tipo de gasto de 3,4 puntos del PIB en estos 10 años, que alcanza la cifra del 18,7% del PIB en el 2014<sup>6</sup>. En el Reino Unido, el Wanless Report<sup>7</sup> concluyó que el gasto sanitario como proporción del PIB debía aumentar entre 3 y 5 puntos del PIB entre 2000-2001 y 2022-2023. La proyección del gasto sanitario futuro en España se ha abordado anteriormente por diversos trabajos y para horizontes temporales diversos<sup>8-13</sup>.

Por regla general, el método que se ha empleado más a menudo en la realización de proyecciones del gasto futuro se basa en la utilización de la descomposición de los factores del crecimiento<sup>14</sup>. Generalmente, se adopta la distribución relativa del gasto por cada grupo de edad en un año determinado que se adopta como referencia. A partir de ello, se estima el gasto futuro esperado realizando diversos supuestos, más o menos fundamentados en la experiencia reciente, sobre el impacto de la tecnología y otros factores sobre el crecimiento del gasto sanitario por persona<sup>3</sup>.

El crecimiento anual del gasto sanitario público a precios del año 2003 se estima en este artículo a partir de la evolución y del impacto esperado de cada uno de los siguientes componentes: el factor demográfico, que incluye el impacto del aumento de la población y el impacto del cambio en la estructura de edades de

## PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

ésta (envejecimiento progresivo); el crecimiento del precio de los recursos utilizados en la producción de servicios sanitarios por encima de la inflación general de la economía; y la prestación sanitaria real media (intensidad de recursos y tecnología).

Las proyecciones del gasto sanitario público español hasta el año 2013 que se presentan se han agrupado en dos escenarios bastante conservadores de evolución del gasto: un escenario base y un escenario moderadamente expansivo. Las hipótesis básicas de ambos escenarios son las que se describen en la tabla 1. Ambos escenarios se pueden considerar conservadores en un doble sentido: por una parte, las tasas de crecimiento de la prestación sanitaria real que se adoptan son inferiores a las observadas en los años ochenta; y, por otra parte, no se adopta como objetivo la reducción del diferencial con respecto al comportamiento medio observado en los países de la OCDE.

El método utilizado en la realización de las proyecciones de gasto sanitario público que se han presentado es bastante simple y basado en la observación del comportamiento histórico. A pesar de ello, el método empleado es comparable y homólogo a los utilizados en muchos otros países y arroja conclusiones bastante parecidas sobre la evolución esperada del gasto y el papel de los factores que contribuyen éste.

El método elegido para realizar las proyecciones adopta la estructura del consumo o gasto sanitario relativo por grupos de edad de un año base a partir del cual se calcula el gasto futuro teniendo en cuenta estos coeficientes relativos tratados como fijos a lo largo del tiempo. Una primera limitación reside en la evidencia creciente de que las tasas de crecimiento del gasto sanitario por persona a lo largo del tiempo no son uniformes

por grupo de edad, sino que son precisamente mayores en población más joven que en la población mayor de 64 años<sup>17-19</sup>. Una segunda limitación procede del cuestionamiento de la propia relación entre nivel de gasto y edad: la asociación relevante no es sólo la edad, sino la probabilidad de defunción<sup>20</sup>. Es decir, el gasto es más elevado cuando se aproxima la muerte que no por el simple efecto de la edad. Sin embargo, un estudio reciente<sup>21</sup> pone de relieve que el error de no basar las proyecciones en la probabilidad de muerte sino en el gasto según la edad es mucho más pequeño de lo que se pensaba, ya que no llega a una quinta parte del efecto demográfico.

## Resultados

En la tabla 2 se presentan las tasas de crecimiento anual hasta el año 2013, que se obtienen en los dos escenarios propuestos (véase también la fig. 1). En el escenario base, el gasto sanitario público real experimentaría un crecimiento del 35,02% la década comprendida entre el año 2004 y el 2013. En un escenario más moderadamente expansivo que el considerado en el escenario base, el crecimiento del gasto al cabo del período de 10 años sería del 42,71% respecto del gasto en 2003.

La responsabilidad de los distintos factores considerados en este trabajo como impulsores del gasto sanitario público se puede observar en la tabla 3.

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla 3, el factor demográfico, es decir, el efecto del aumento de la población y de su envejecimiento progresivo, será la causa de un aumento del gasto del 9,42% en el escenario base y del 10,84% en el escenario moderadamente más expansivo. Es decir, de acuerdo con los supuestos adoptados, y sin la influencia de ningún

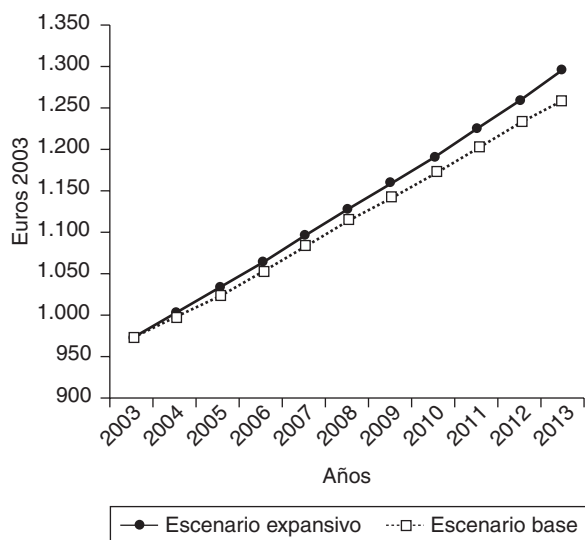
**Tabla 1. Hipótesis de los escenarios de las proyecciones del gasto sanitario público español**

Escenario base	
Evolución del PIB según previsiones de la OCDE <sup>15</sup>	
Evolución de la población española total y de su composición con un flujo inmigratorio continuado de 160.000 personas al año <sup>16</sup>	
Cobertura sanitaria del 100%	
Coefficientes de gasto relativo por grupo quinquenal de edad y sexo de 1998 <sup>11</sup>	
Evolución de la inflación sanitaria diferencial según la tasa de crecimiento media observada en el período 1991-2001 (0,26%) <sup>3</sup>	
Evolución de la prestación sanitaria real media según la tasa de crecimiento media observada en el período 1991-2001 (1,86%) <sup>3</sup>	
Escenario moderadamente expansivo	
Evolución del PIB, de la cobertura sanitaria, coeficientes de gasto relativo e inflación sanitaria diferencial según escenario base	
Evolución de la población española total y de su composición con un flujo inmigratorio continuado de 250.000 personas al año <sup>16</sup>	
Evolución de la prestación sanitaria real media igual a la tasa de crecimiento real del PIB menos la de la inflación diferencial	

**Tabla 2. Tasas de crecimiento anual (%) del gasto sanitario público real**

Año	Escenario base (%)	Escenario moderadamente expansivo (%)
2004	3,28	4,03
2005	3,20	4,00
2006	3,14	3,65
2007	3,10	3,62
2008	3,06	3,57
2009	3,02	3,54
2010	2,97	3,50
2011	2,94	3,48
2012	2,91	3,43
2013	2,87	3,40
2004-2013	35,02	42,71

**Figura 1. Gasto sanitario público previsto bajo los dos escenarios. Gasto por persona (euros 2003).**



Fuente: elaboración propia.

otro factor en el gasto, el aumento acumulado del mismo en este período de 10 años sería de algo más del 10%.

El crecimiento de la prestación sanitaria real media es el factor con mayor influencia en el crecimiento del gasto, ya que en el escenario base únicamente este factor haría aumentar el gasto poco más del 20% (20,24%) al cabo de 10 años, y en más de un 25% en el escenario moderadamente expansivo (25,46%).

Se puede constatar en los dos escenarios una tasa de crecimiento anual esperada decreciente en el tiempo. La explicación de este fenómeno que revela una cierta desaceleración radica en la evolución y los supuestos realizados sobre el factor demográfico. En la tabla

3 se puede observar que en los escenarios base y moderadamente expansivo, la tasa de crecimiento anual del factor demográfico se reduce casi a la mitad entre el año 2003 y el 2013. Esta reducción de la tasa de incremento del factor demográfico se debe principalmente a un proceso de desaceleración del crecimiento de la población previsto en un futuro, que no es atribuible a una disminución en la entrada de inmigrantes en España, puesto que las proyecciones de flujos migratorios realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) consideran una migración exterior constante a partir del año 2005. La justificación de este fenómeno de desaceleración hay que buscarla más en los supuestos de natalidad con los que el INE ha elaborado sus proyecciones. A pesar de considerar un cierto incremento temporal de la fecundidad (número de hijos por mujer), el número de nacimientos previstos va disminuyendo a partir del 2007.

Analizando la participación de cada uno de los factores a lo largo de los próximos 10 años, se constata que el factor con un mayor peso es el incremento previsto de la prestación sanitaria media, seguido por el incremento del factor demográfico. El incremento del diferencial de precios que afronta el gasto público sanitario resta como un factor claramente marginal (un crecimiento acumulado del 2,63%).

La evolución de la proporción que representa el gasto sanitario público sobre el PIB, en términos reales, es resultado de la evolución, por un lado, del gasto (numerador) y, por el otro, de la evolución del PIB (denominador). En la tabla 4 y la figura 2 se presenta la evolución esperada de esta proporción hasta el año 2013.

En el escenario base, el gasto sanitario público aumentaría desde el 5,46% del PIB en año 2003 hasta alcanzar el 5,70% en 2013, o sea, experimentando un aumento de 0,24 puntos del PIB con relación a 2003. En el escenario moderadamente expansivo, la propor-

**Tabla 3. Descomposición de los factores causantes del crecimiento esperado del gasto (tasas de crecimiento anual)**

Año	Factor demográfico		Prestación sanitaria		Inflación diferencial
	Escenario base (%)	Escenario moderadamente expansivo (%)	Escenario base (%)	Escenario moderadamente expansivo (%)	Escenario base y moderadamente expansivo (%)
2004	1,13	1,20	1,86	2,53	0,26
2005	1,05	1,16	1,86	2,53	0,26
2006	1,00	1,12	1,86	2,23	0,26
2007	0,95	1,09	1,86	2,23	0,26
2008	0,91	1,05	1,86	2,23	0,26
2009	0,87	1,01	1,86	2,23	0,26
2010	0,83	0,98	1,86	2,23	0,26
2011	0,79	0,95	1,86	2,23	0,26
2012	0,77	0,91	1,86	2,23	0,26
2013	0,73	0,88	1,86	2,23	0,26
2004-2013	9,42	10,84	20,24	25,46	2,63

PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

**Tabla 4. Estimaciones del gasto público sanitario en relación con el PIB en España (%)**

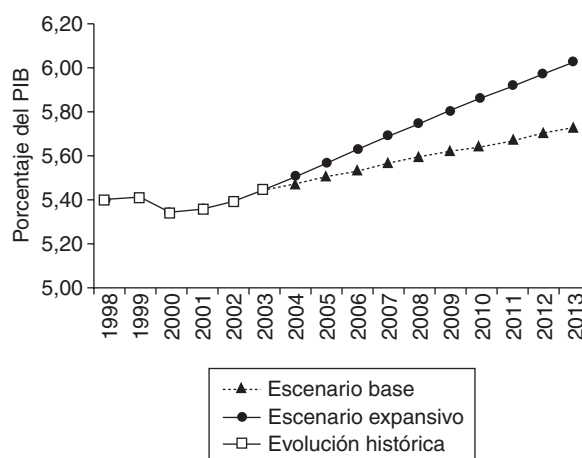
Año	Escenario base (%)	Escenario moderadamente expansivo (%)
2004	5,46	5,50
2005	5,48	5,57
2006	5,52	5,63
2007	5,55	5,69
2008	5,58	5,75
2009	5,61	5,81
2010	5,64	5,87
2011	5,66	5,92
2012	5,68	5,97
2013	5,70	6,03

ción del PIB destinada a financiar el gasto sanitario público aumentaría en 0,53 puntos del PIB entre el año 2003 y el 2013, superando ligeramente el 6% al final del período. En los dos escenarios analizados, el gasto sanitario público debería crecer más deprisa que el PIB. Ello, sin embargo, no constituye garantía suficiente para la eliminación del diferencial del gasto sanitario público español con el comportamiento medio observado en la OCDE ya que esta diferencia dependerá especialmente de la evolución futura en estos países de la elasticidad-renta del gasto. Si bien, se puede presumir que, como mínimo, la evolución prevista en ambos escenarios sería suficiente para no profundizar aún más ese diferencial.

Si se acepta que la evolución tecnológica, la elasticidad-renta del gasto sanitario y las expectativas de la población española en el sistema sanitario público no son compatibles con un crecimiento del gasto inferior al de la renta, tal como implicaría el escenario base, 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.

En la tabla 5 se presenta el efecto estimado del crecimiento del gasto sanitario público real según estos dos escenarios en la renta disponible para el gasto en bienes y servicios no sanitarios.

**Figura 2. Gasto sanitario público previsto bajo los dos escenarios y evolución histórica de los últimos 5 años. Gasto como proporción del PIB (euros 2003).**



Fuente: elaboración propia.

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%, es decir 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 moderadamente 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 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.

En la tabla 6 se ha estimado el impacto de los escenarios de crecimiento esperado del gasto sanitario público real hasta 2013 en el crecimiento real de los recursos públicos disponibles para la financiación del resto de los servicios públicos. En el escenario base, entre 2003 y 2013 el gasto sanitario real crecerá a una

**Tabla 5. Proporción de aumento real del gasto no sanitario y proporción del aumento real de la renta dedicado a atención sanitaria**

Escenario de crecimiento del público por persona (2003-2013)	Escenarios de crecimiento del gasto sanitario público por persona	
	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	6,70	8,10

**Tabla 6. 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	3,05	3,62
Proporción del aumento real en los ingresos públicos destinado a sanidad		
Presión fiscal constante	16,70	20,40
Aumento de la presión fiscal en 1 punto del PIB	15,10	18,40
Aumento de la presión fiscal en 2 puntos del PIB	13,70	16,70

tasa anual del 3,05% (el 3,62% en el escenario moderadamente 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 durante estos 10 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.

## Conclusiones

Las proyecciones del gasto sanitario público hasta el año 2013 indican un crecimiento promedio esperado que supera el ritmo de crecimiento del PIB. En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría, en una estimación conservadora, entre el 5,7 y el 6% del PIB.

El factor con una mayor influencia en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos 10 años continuará siendo previsiblemente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. A pesar de la importancia relativa del factor demográfico (aumento de la población y envejecimiento), el crecimiento del gasto sanitario público atribuible a los cambios en la demografía resultaría sostenible sin ningún tipo de problemas, si el resto de los factores que impulsan el gasto se mantuviera invariable.

Tal como se ha observado en la literatura médica internacional, el cambio en la intensidad de los 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 de satisfacer las expectativas de los ciudadanos y del nivel de satisfacción de la población con este sistema, 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.

El crecimiento del gasto sanitario público real hasta el año 2013 según el escenario base de este estudio es compatible con un incremento real del 2,5% en el consumo real del resto de los bienes y servicios por la población española. Para financiar ese aumento del gasto sanitario público la población española destinaría a esta finalidad menos del 7% del aumento real de renta en los próximos 10 años.

El problema real no es la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos del gasto sanitario público sino la deseabilidad social de éste. Aún cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta pendiente es: ¿valen lo que cuestan? Y, al margen de cuáles sean la magnitud y deseabilidad del crecimiento del gasto, resulta imprescindible identificar y evaluar las ventajas y los inconvenientes de las alternativas para su financiación<sup>22</sup>: reformas destinadas a mejorar la eficiencia del gasto público (hacer más con lo mismo), reformas destinadas a aumentar la financiación pública y privada del gasto (hacer más con más), y reformas destinadas a priorizar y racionar las prestaciones públicas.

Abrir ventanas para la necesaria ventilación de la discusión sobre las reformas necesarias en la financiación sanitaria española (volumen y origen de los recursos), más allá del discurso sobre el pertinaz déficit sanitario y de esgrimir el escudo de la equidad nunca demostrada en el actual sistema de copago farmacéutico (posiblemente bastante inequitativo) como arma inmovilizadora frente a cualquier propuesta de cambio, aconseja someter al contraste de la evidencia políticas tales como: la introducción progresiva de mecanismos de financiación de base capitativa a organizaciones integradas para la prestación de atención sanitaria (hacer más con lo mismo); introducir cambios en el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas mediante un aumento sustancial de la capacidad normativa y la creación de impuestos o recargos finalistas afectados a la financiación de la sanidad (hacer más

### PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

con más recursos públicos); la redistribución más equitativa de la participación del usuario en el coste de los medicamentos y la introducción de copagos evitables a través de una financiación pública basada en la equivalencia terapéutica y en la relación coste-efectividad de las innovaciones (hacer más con algo más de recursos privados en manos públicas).

---

#### Agradecimientos

El autor agradece la valiosa ayuda recibida de Iván Planas y Albert Castellanos en la preparación de los datos de este artículo.

#### Bibliografía

1. OECD Health data File 2004. Paris: OECD; 2005.
2. Observatorio SNS. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
3. Puig-Junoy J (dir), López-Casasnovas G, Ortún V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Editorial Masson; 2004.
4. Smith S, Heffler SK, Calfo S. National health projections through 2008. *Health Care Financ Rev.* 1999;21:211-35.
5. Orosz E, Morgan D. SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD countries: A comparative analysis. Paris: OECD, Health Working Paper N.º 16; 2004.
6. Heffler S, Smith S, Keehan S, Clemans MK, Zezza M, Truffer C. U.S. Health spending projections for 2004-2014. *Health Aff* 2004; web exclusives 10.1377/hlthaff.w5.74.
7. Wanless D. Securing our Future Health: Taking a Long-Term View, Final Report. London: HM Treasury; 2002.
8. Puig-Junoy J. Aspectos Macroeconómicos del Gasto Sanitario en el Proceso de Convergencia Europea. Barcelona: UPF Economics Working Paper 73; 1994.
9. Pellisé L, Truyol I, Blanco A, Sánchez F. Financiación sanitaria y proceso transferencial. En: López Casasnovas G, editor, Rico A, coordinador. Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías (Vol I). Madrid: Fundación BBVA y IEA; 2001.
10. Comisión Europea (European Commission). Agreed projections on health expenditures – notes. Brussels: ECFIN/307/01-EN; 2001.
11. Urbanos R. Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y sociosanitaria para el período 2000-2050. Madrid: informe no publicado; 2002.
12. Ahn N, Alonso A, Herce JA. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Madrid: Documentos de Trabajo Fundación BBVA; 2003. p. 7.
13. Ahn N, García JR, Herce JA. Demographic uncertainty and health care expenditure in Spain. Madrid: Documento de Trabajo de FEDEA 2005-07; 2005.
14. Schieber GJ, Poullier JP. Overview of international comparisons of health care expenditures. *Health Care Financ Rev.* 1989; Annual Supplement:1-7.
15. Downes P, Drew A, Ollivaud P. The OECD medium-term reference scenario: Economic Outlook N.º 74. Paris: OECD Economics Department Working Papers N.º 372; 2003.
16. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de población calculadas a partir del Censo de 1991. Madrid: INE; 2003.
17. Sheehan P. Health Costs, Innovation and Ageing. Melbourne: Centre for Strategic Economic Studies Working Paper N.º 9; 2002.
18. Polder JJ, Bonneux L, Meerding WJ, Van Der Maas PJ. Age-specific increases in health care costs. *Eur J Public Health.* 2002;12:57-62.
19. Shactman D, Altman SH, Eilat E, Thorpe KE, Doonan M. The Outlook For Hospital Spending. *Health Aff.* 2003;22:12-26.
20. Stearns SC, Norton EC. Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions. *Health Econ.* 2004;13:315-27.
21. Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Pol.* 2005;75:178-86.
22. Puig-Junoy J. ¿Son suficientes los impuestos para financiar el SNS? *Gac Sanit.* 2000;14:261-3.