

TEMA DE DEBATE: LOS RETOS ECONÓMICOS DE LA SANIDAD

Los retos económicos de la sanidad

José M. Domínguez Martínez

La sanidad en España: problemas, soluciones y retos

Alfonso Utrilla de la Hoz

La sanidad en España desde un punto de vista económico: problemas, soluciones y retos

José Luis Navarro Espigares

La sanidad en Andalucía: las Unidades de Gestión Clínica desde la óptica enfermera

M.^a Reyes Rodríguez Gilabert y Susana Rueda Pérez

¿Cómo evoluciona el gasto en sanidad en los países ricos? Cincuenta años en perspectiva

Agustín Molina Morales, Almudena Guarnido Rueda e Ignacio Amate Fortes

Los retos económicos de la sanidad

José M. Domínguez Martínez

Resumen: En este artículo se efectúa un repaso de los principales retos económicos que se plantean en la actualidad en relación con el gasto público en sanidad, en el contexto del debate acerca de la sostenibilidad del Estado del Bienestar y de la justificación de la intervención del sector público en el ámbito de la salud. Se presta atención a los principales factores determinantes de la evolución del gasto público y se plantea un listado de cuestiones clave que se suscitan atendiendo a una perspectiva económica.

Palabras clave: Sanidad; gasto público; retos económicos.

Códigos JEL: I100, I130, I180.

1. La sostenibilidad del Estado del Bienestar: un debate antiguo

El debate sobre la sostenibilidad del Estado del Bienestar no es producto de la crisis económica y financiera iniciada en 2007¹. Ya a mediados de los años noventa del pasado siglo se planteaba abiertamente un debate sobre la sostenibilidad de las prestaciones sociales, al tiempo que emergían en el horizonte los diferentes modelos de Estado (Domínguez, 2005, págs. 39-41). No faltaban entonces opiniones que abogaban por reimplantar un Estado de servicios, en el que el sector público limitara sus funciones a la vertiente de la asignación de aquellos bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de una economía basada en el mercado.

La alimentación de la denominada «bomba demográfica», generada por el proceso de envejecimiento de la población, unido a un desplome de las tasas de natalidad en los países desarrollados, no vino sino a introducir grandes retos para la supervivencia de los programas sociales. Más adelante, la irrupción de la crisis, al disparar los registros del déficit y de la deuda públicos, ha acentuado la magnitud de los problemas ligados a los desequilibrios presupuestarios. Las dificultades se agravan en la medida en que las administraciones públicas no se enfrentan a una simple cuestión

¹ Así, en lo que representa un caso significativo, la reforma sanitaria es una cuestión abordada desde hace décadas en Estados Unidos (Domínguez, 2011).

aritmética, sino que, además, en algunos países, la propia solvencia del Estado es puesta en entredicho por unos mercados que se rigen por factores estrictamente dinerarios.

Nos encontramos, en definitiva, en una fase de auténtica recomposición del sistema económico y de reajuste de las relaciones y equilibrios entre los sectores público y privado. La escalada de los acontecimientos que se suceden en un mundo globalizado impide vaticinar los perfiles del sistema que nos aguarda, si el capitalismo, como en anteriores crisis sistémicas, logrará adaptarse o, por el contrario, tendrá que dar paso a otros esquemas más o menos conocidos. En esta fase de adaptación, hay quienes sostienen que el sector público tendrá que replegarse para hacerse más fuerte y eficaz, y que las familias y las empresas habrán de tener una mayor contribución por la vía de precios y tasas para sostener la financiación de servicios públicos individualizables². Por el contrario, otras posicio-

² Así, por ejemplo, Herce (2011) defiende la posición de que «más que nunca, el correcto balance de derechos y obligaciones ante el Estado del Bienestar debe destacarse como garante de sostenibilidad», después de afirmar que «puede que el balance de costes y beneficios del Estado del Bienestar haya superado en algunos países la línea roja de lo que se considera sostenible en el plano financiero, estimulante para la igualdad de oportunidades en el plano social y productivo en el plano económico, y que en realidad sea insostenible, injusto y anticompetitivo». Chuliá (2011) pone el acento en que «ahora que tan de moda se ha puesto criticar la insaciabilidad de los mercados, habrá que reconocer que insaciables son asimismo los Estados del bienestar». Molina (2011) alerta acerca

nes mantienen que no existe ningún problema de sostenibilidad inherente al Estado del Bienestar (Amate, 2011) y que existe una solución sencilla y directa, el aumento de la presión fiscal³.

El debate es realmente complejo y se lleva a cabo en unas coordenadas impregnadas de una considerable dosis de confusión en las que el distanciamiento del rigor económico —favorecido por el desprestigio cosechado por la profesión económica en la reciente crisis— no deja de ganar enteros. Ahora bien, una cosa es que determinados modelos económicos hayan fracasado y otra bastante distinta que pueda llegar a prescindirse incluso de los conceptos y de los principios económicos básicos para describir la realidad y evaluar las medidas propuestas, sean del signo que sean.

2. La justificación de la intervención pública en el ámbito de la salud

Ante el panorama descrito, no es de extrañar que los programas públicos de sanidad, uno de los pilares tradicionales del Estado del Bienestar, se hayan visto afectados de lleno. Muchas son las cuestiones que se plantean en relación con un ámbito de actuación de tanta relevancia social, no solo en términos de restricciones presupuestarias sino también en el plano doctrinal y en el del diseño del propio modelo de sociedad.

Hay determinados bienes como la alimentación, el vestido o el alojamiento que son esenciales para la vida humana. El suministro de estos bienes es confiado en nuestra sociedad de forma absolutamente predominante al mercado. Vemos esto como algo normal, aunque, ante episodios como las colas de indigentes a la espera de recibir alguna ración de alimentos en puntos de distribución de la iniciativa privada de corte humanitario, no deja de sorprendernos, y ello sin necesidad de evocar las imágenes de la pobreza y la marginación en países subdesarrollados. En contraposición, nuestra sociedad da por descontado que el Estado debe tener un protagonismo directo en la prestación de los servicios relacionados con la salud individual de las repercusiones para la desigualdad en el contexto señalado.

³ Es importante atender a la diferenciación entre la sostenibilidad económica y la sostenibilidad financiera. El gasto en salud es económicamente sostenible en tanto el valor producido por el cuidado de la salud exceda de su coste de oportunidad, es decir, del valor de lo que se renuncia por no gastar en otras funciones; en cambio, la sostenibilidad fiscal se convierte en un problema cuando el gobierno es incapaz de atender sus obligaciones del sistema de salud debido a su incapacidad o falta de voluntad de generar recursos suficientes, y bajo circunstancias en las que no puedan desplazarse otras formas de gasto público. Vid. Thomson et al. (2009, págs. 5-7).

dual. Algunos de los más reputados hacendistas comienzan su análisis de la intervención pública en la sanidad haciendo referencia a esa diferenciación.

¿Por qué debe intervenir el sector público en relación con la salud? Los manuales de Hacienda Pública suelen dedicar un buen número de páginas a ilustrar tan relevante cuestión. La respuesta, siguiendo los cánones del análisis tradicional, hay que buscarla en algunos de los abundantes fallos del mercado. Los economistas recurren al fenómeno de la «selección adversa» como justificación fundamental. Supongamos inicialmente que son las compañías de seguro las que se encargan de cubrir el riesgo de enfermedad de todas las personas mediante el cobro de una prima común. Las compañías tendrían que establecer una prima que respondiera al riesgo medio de la población atendida. Esa prima resultará barata para las personas que tengan propensión a las enfermedades y alta para las que no, que podrían optar por abandonar el seguro. Dado que, de esa forma, el riesgo medio empeora, las compañías elevarían la prima, con lo cual se repetiría el proceso. El problema de la «selección adversa» ilustra una situación en la que las personas con mayores riesgos son las que tienen más inclinación a contratar seguros, con las consecuencias indicadas. En el límite, el mercado cobraría unas primas sumamente elevadas a las personas enfermas, quienes se verían en una situación insostenible. La intervención del sector público corrige el problema de la falta de equidad resultante. Algunos economistas se preguntan, no obstante, si las ganancias de equidad compensan las pérdidas que pueden generarse en términos de eficiencia.

El denominado «riesgo moral» es el otro de los grandes ejes de la justificación de la intervención del sector público. Dicho fenómeno puede surgir, con carácter general, en una situación en la que una persona está asegurada frente a un riesgo. Al saber que no tendrá que soportar las consecuencias negativas en caso de que se produzca la contingencia cubierta, puede tender a no adoptar las adecuadas medidas preventivas. Ante las dificultades para desarrollar mercados de seguro como consecuencia de la existencia de ese fenómeno, puede de nuevo apelarse a la intervención pública para establecer un esquema de seguro. Ahora bien, como han señalado Rosen y Gayer (2008, pág. 196), «el punto clave es que la provisión pública de un seguro de salud lleva exactamente al mismo problema de azar moral que un seguro privado,

puesto que reduce demasiado el precio de los servicios médicos afrontado por los pacientes».

La justificación de la intervención del sector público en relación con la salud es, pues, controvertida. Pero, tal y como ha subrayado Stiglitz (2000, pág. 321), una de las principales razones para la actuación gubernamental en la atención sanitaria no tiene nada que ver con la eficiencia. Prevalence, por el contrario, la visión de que hay una serie de bienes y servicios, como la atención sanitaria, cuya disponibilidad para los individuos no debe estar relacionada con su renta. Es lo que se conoce como *igualitarismo específico*. En este punto es preciso subrayar que hay dos aspectos claramente diferenciados: la financiación de un servicio por el sector público es algo independiente de si la producción del servicio es pública y privada.

3. La evolución del gasto público en sanidad

Varios son los factores que empujan al alza los gastos públicos en sanidad:

— De entrada, la curva de demanda de los servicios de sanidad tiene una pendiente negativa: aunque pueda ser relativamente inelástica al precio, este influye en la cantidad de servicios demandados. La inexistencia de un precio implica, en consecuencia, un consumo de servicios superior al que existiría si se estableciera un determinado pago⁴. En este contexto, debe tenerse presente, no obstante, el papel que puede jugar el tiempo de espera para la recepción de los servicios solicitados, que puede actuar como un freno para la demanda e incluso actuar como un factor de desvío de esta hacia el mercado, en el caso de personas que dispongan de ingresos suficientes o sistemas de cobertura privados⁵.

— Pocos servicios son tan dependientes de las recomendaciones y prescripciones de los profesionales encargados de su prestación como el de la atención sanitaria. La posibilidad de una parte de la demanda inducida por la propia oferta es un rasgo habitualmente reflejado en los manuales de Economía⁶.

⁴ The Economist (2011b, pág. 26) tipifica a los españoles como «ávidos consumidores de la sanidad gratuita»: con cerca de 8 visitas anuales al médico, es uno de los países europeos con mayor propensión a las consultas médicas, si bien se ve superado por Alemania.

⁵ The Economist (2011a) destaca cómo en Japón, donde existe un sistema sanitario envidiado por todo el mundo, aunque también en crisis, los pacientes «a menudo deben esperar horas para una consulta de tres minutos».

⁶ En esta misma línea, cada vez se viene prestando más atención a los desembolsos de las grandes compañías farmacéuticas en campañas promocionales orientadas a

— El proceso de envejecimiento poblacional es un factor de enorme importancia a la hora de explicar la evolución de los gastos sanitarios. Su aumento se ve reforzado por el hecho de la mayor necesidad de atenciones para los colectivos de personas de edad más avanzada⁷.

— El aumento de la incidencia de algunas patologías, como la obesidad, provoca un incremento de los gastos sanitarios de manera estructural⁸.

— Las propias características de los servicios sanitarios, que son intensivos en personal, a lo que hay que añadir la organización de las intervenciones y las estancias hospitalarias, que tienen sus limitaciones y exigencias mínimas. Es cierto que los avances tecnológicos permiten obtener ganancias de eficiencia y de eficacia, pero a costa de incurrir en costes cuantiosos.

— La demanda de los cuidados sanitarios está relacionada positivamente con el nivel de renta de la población⁹.

— Cabe, por último, apuntar el interrogante de en qué medida, como ocurre en grandes organizaciones, una parte del gasto podría evitarse corrigiendo posibles ineficiencias en la asignación de los recursos disponibles¹⁰. Las dificultades existentes para definir, medir y evaluar el producto de los diferentes servicios sanitarios hacen que esa tarea sea ciertamente complicada.

los médicos. Así, el diario Financial Times (Jack, 2011) destacaba que, en los ocho primeros meses de 2011, una docena de compañías había invertido más de 150 millones de dólares en actividades relacionadas con la profesión médica.

⁷ Como se constata en un informe de The Economist (2011, pág. 6), «si la atención sanitaria no hubiese avanzado tanto como lo ha hecho, no estaríamos asistiendo a un aumento sostenido en la esperanza de vida en todos los países europeos... pero el éxito tiene un precio: las poblaciones longevas tienden a contraer enfermedades que son típicamente más prevalentes a medida que aumenta la longevidad».

⁸ Según un estudio realizado en Inglaterra, los costes totales vinculados al sobrepeso y la obesidad podrían aumentar un 70 por ciento entre 2007 y 2015 (OCDE, 2010, pág. 3). La utilización de impuestos selectivos con vistas a estimular un cuidado personal de la salud es una opción que se está abriendo paso en algunos países (Domínguez, 2009).

⁹ Al respecto puede verse Scotiabank Group (2011).

¹⁰ Clements et al. (2011, pág. 44) sostienen que las grandes ineficiencias en el gasto en muchos países sugieren que hay mucho margen para contener los incrementos de costes sin poner en peligro la salud. Según las conclusiones de diversos estudios, en promedio dentro de los países de la OCDE, la esperanza de vida al nacer podría elevarse más de dos años, manteniendo constantes los gastos en salud, si todos los países llegaran a ser tan eficientes como los que llevan a cabo las mejores prácticas (OCDE, 2010b, pág. 4).

4. El debate económico sobre la sanidad: cuestiones clave

Son, en definitiva, muchas las cuestiones que se suscitan en la actualidad en relación con la sanidad. Dada la enorme trascendencia que tiene para el bienestar social y su importancia en el terreno económico, se hace necesario culminar un amplio debate, ya suscitado, que, a partir de unas bases objetivas y bien documentadas, permita clarificar la situación, valorar las implicaciones de las distintas opciones existentes y vislumbrar las perspectivas asociadas a cada una de ellas. La lista de cuestiones planteadas es sumamente extensa y variada. Sirvan como muestra las que se recogen a continuación:

— ¿Cuál es la naturaleza económica de los servicios relacionados con la salud?

— ¿Debe financiarse la sanidad pública exclusivamente con impuestos generales? ¿Cabe introducir fórmulas de copago en determinados supuestos?¹¹

— ¿Debe ir necesariamente unida la financiación pública con la prestación pública de los servicios? ¿Es extensible el régimen actual existente en el caso de los funcionarios públicos en España, que tienen la posibilidad de elegir entre la oferta pública y la privada?

— ¿Cuál es el valor de los servicios sanitarios? ¿Cuáles son los resultados en el nivel de salud?

— ¿Pueden identificarse márgenes de mejora en el ámbito de la eficiencia?

— ¿Cómo puede mejorarse la coordinación entre los distintos sistemas regionales? ¿Podría articularse un esquema para la extensión de las mejores prácticas?

Con su habitual crudeza, el semanario británico *The Economist* (2011b) sintetizaba no hace mucho las coordenadas de la cuestión sanitaria en España: «El gasto sanitario representa en torno al 30-40 por ciento de los presupuestos de los gobiernos autonómicos. Los longevos españoles están con razón orgullosos del hecho de disfrutar de una atención sanitaria gratuita desde la cuna a la tumba. Pero unas crecientes facturas de medicamentos, una población en proceso de envejecimiento, laxos

¹¹ Schwartz (2011) propone el concepto de «pago solidario», frente al de «copago», como fórmula de participación individual en los gastos sociales, de la que estarían exoneradas las personas con falta de medios: «creo indispensable en una democracia que los individuos se hagan responsables de, al menos, una parte de lo que hacen gastar a los demás a través del impuesto».

controles de costes y unos menores ingresos fiscales están probando la resistencia del sistema. Una estimación señala que los costes de sanidad se duplicarán de aquí a 2018». Algunas estimaciones recientes apuntan que el gasto público en salud crecerá en España, en términos reales, hasta el año 2060, a una tasa anual media comprendida entre el 1,8 por ciento y el 2,4 por ciento (Blanco et al., 2011).

Como en la mayoría de los países de la OCDE, el sector público es la principal fuente de financiación de la sanidad en España, aportando casi las tres cuartas partes del total (73,6 por ciento en 2009, unos 2 puntos por encima de la media de los países de la OCDE) (OCDE, 2011). Los retos de la sanidad están ahí. Ignorar los problemas suele ser garantía de que lleguen a ser incontrolables. Ante unas necesidades crecientes de recursos, las alternativas no son excesivamente numerosas. Como se concluye en un reciente estudio de la OCDE (Scherer y Devaux, 2010), «a largo plazo, la necesidad de recuperar el equilibrio fiscal implicará que los sistemas de financiación pública habrán de imponer las mismas clases de reducciones que fueron aplicadas en Finlandia y Canadá en los años noventa o habrán de elevarse los tipos de gravamen de los impuestos y las cotizaciones sociales».

Referencias bibliográficas

AMATE FORTES, I. (2011): «La sostenibilidad del Estado de bienestar», *Ateneo del Nuevo Siglo*, n.º 14.

BLANCO, A.; URBANOS, R. y THUISSARD I. J. (2011): «Projecting healthcare expenditure in Spain under different scenarios: methodology and results», Instituto de Estudios Fiscales, *Papeles de Trabajo* n.º 3/2011.

CLEMENTS, B.; COADY, D.; SHANG, B. y TYSON, J. (2010): «Healing health care finances», *Finance & Development*, marzo.

CHULIÁ, E. (2011): «Qué bienestar y a qué precio», *Expansión*, 18 de octubre.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, J. M. (2005): «Nuevas ideas y políticas fiscales y presupuestarias: el papel del sector público en el siglo XXI», *Sistema*, n.º 184-185.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, J. M. (2009): «¿Un impuesto a la gordura?», *La Opinión de Málaga*, 21 de octubre.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, J. M. (2010): «La re-

forma sanitaria de Obama», La Opinión de Málaga, 7 de abril.

HERCE, J. A. (2011): «El “big” y el “bang” de la solidaridad», Expansión, 28 de julio.

JACK, A. (2011): «Millions spent on incentives to doctors», Financial Times, 30 de agosto.

MOLINA MORALES, A. (2011): «Bienestar y desigualdad», Ateneo del Nuevo Siglo, n.º 14.

OCDE (2010a): «Health at a Glance: Europe 2010. Executive summary».

OCDE (2010b): «Health care systems: getting more value for money», Economics Department Policy Note N.º 2.

OCDE (2011): OECD Health Data 2011.

ROSEN, H. S. y GAYER, T. (2008): Public Finance, 8ª ed., McGraw-Hill, Boston.

SCHWARTZ, P. (2011): «¿Qué Estado de Bienestar, Sr. Rajoy?», Expansión, 4 de agosto.

SCHERER, P. y DEVAUX, M. (2010): «The challenge of financing health care in the current crisis», OECD Health Working Papers, n.º 49.

SCOTIABANK GROUP (2011): «Health care arithmetic challenges OECD nations», Fiscal Pulse, 30 de junio.

STIGLITZ, J. E. (2000): Economics of the Public Sector, 3ª ed., Norton, Nueva York.

THE ECONOMIST (2011a): «Health care in Japan. Not all smiles», 10 de septiembre.

THE ECONOMIST (2011b): «Health spending in Spain», 17 de septiembre.

THE ECONOMIST (2011c): «The future of healthcare in Europe. A report from the Economist Intelligence Unit».

THOMSON, S.; FOUBISTER, T. y MOSSIALES, E. (2009): «Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses», European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization.