

## ¿Más recursos para la salud?

La reciente publicación del libro "*¿Más recursos para la salud?*" (de la Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Ed. Masson, 2004) da pie a sus autores a ofrecer al lector, en este breve texto, unos comentarios de sus principales conclusiones.

Más allá de la actual disputa política sobre déficits e insuficiencias financieras de la sanidad, los resultados obtenidos en nuestro trabajo indican que no es del todo cierto que la cifra total de gasto sanitario en España (las diferencias territoriales requieren aquí un análisis de segundo nivel), sea demasiado baja. Ello es así puesto que el gasto total hoy supone un nivel muy cercano al que corresponde a su estado actual de desarrollo económico y al conjunto de determinantes conocidos del gasto sanitario.

En lo que se refiere al gasto sanitario público por persona en el año 2001, éste sí resulta entre un 6 y un 12% inferior al que correspondería a España de acuerdo con el nivel de renta y características socio-económicas. Es decir, alrededor de 0,3 - 0.6 puntos del PIB, lo que equivale a una cuantía estimada entre 60 y 120 euros per cápita y año.

Cifras todas ellas moderadas que dejan intuir que los problemas de sostenibilidad (listas de espera, nuevas prestaciones, mejora de la calidad, etc) futura del sistema sanitario español no se resuelven con un simple incremento de financiación (en la supuesta línea de nuestros referentes europeos), sino que pasan sobre todo por prestar una mayor atención a cómo gastamos los recursos disponibles. Para ello, y de nuevo, las diversidades territoriales requieren aquí un tratamiento específico.

Con el crecimiento de la renta de los españoles, es previsible que tanto el gasto sanitario privado como el público tiendan a crecer por encima de lo que lo haga nuestro PIB nominal. Ello es probable que se acentúe en Comunidades Autónomas de elevada renta relativa. Sin embargo, que crezca el gasto sanitario público no implica que la financiación pública de dicho gasto tenga que crecer exclusivamente con cargo al contribuyente, pudiéndolo hacer también el copago del usuario (principio del beneficio).

De hecho, en estudios comparados se observa que los países con coberturas sanitarias más amplias (nuevas prestaciones, más calidad percibida, con intersecciones asistenciales en lo sociosanitario) mantienen una proporción mayor de copagos (por ejemplo, los países nórdicos). Ello es lógico cuando los incrementos de cobertura pueden estar recogiendo prestaciones de menor efectividad terapéutica y más valoración o preferencia individual.

Es previsible también un incremento de la financiación privada de los servicios sanitarios. Si quiere mantenerse el criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de los recursos que esa financiación permita, el control debería ser público, de ahí la importancia de huir del pago directo, a efectos de evitar la explotación de los usuarios.

Conviene destacar, en el sentido antes apuntado, que desde el año 1990 hasta el año 2001, el gasto sanitario público ha crecido a un ritmo anual real, descontando el efecto de la inflación, del 2,8%. La variación en la población total y el envejecimiento progresivo de la misma es responsable de poco más de una tercera parte de este crecimiento real, de forma que el crecimiento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) ha sido el principal factor que ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario público.

Las proyecciones del gasto sanitario público en los próximos 10 años (2004-2013) realizadas en nuestro estudio indican un crecimiento promedio esperado que supera también el ritmo de crecimiento del PIB. En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría así entre el 5,7% y el 6% del PIB, o sea, no más de entre 0,24 y 0,53 puntos adicionales del PIB, por encima de la cifra del año 2003. En otros términos, de acuerdo con el escenario base de este estudio, el gasto sanitario público podría crecer, en términos reales, un 35% hasta el año 2013.

El factor con una mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos diez años continuará siendo previsiblemente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. De ahí la importancia de los estudios coste efectividad de todas las prestaciones sanitarias, incluidos los medicamentos.

A pesar de la importancia relativa de los factores demográficos (aumento de la población y envejecimiento), el crecimiento del gasto sanitario público atribuible a los cambios en la demografía resultaría sostenible sin mayores problemas, si el resto de componentes que impulsan el gasto se mantuviera constante. Además, dichas previsiones pueden variar a la baja según cuales sean las prácticas clínicas seguidas en los estadios últimos de la enfermedad (desde el encarnizamiento terapéutico hacia los cuidados paliativos y domiciliarios).

Sin ser pues menospreciable, el envejecimiento relativo de la población, el ritmo esperado de crecimiento del PIB parece pues que permite hacer frente sin excesivas dificultades al crecimiento atribuible a dicho factor, dentro siempre de coordenadas de utilización razonable de los recursos disponibles. Otro tema distinto es el del impacto de la inmigración en el gasto sanitario público, por el momento mal resuelto en la financiación autonómica de nuestros sistemas autonómicos de salud.

En otro orden de cosas, la estimación del coste por cada año de vida ganado con un aumento del gasto sanitario público en España indica que este coste se sitúa por debajo de los 13.000 euros, cifra aún inferior a la mayoría de los valores generalmente utilizados como cifra de referencia límite para la disposición máxima a pagar por la obtención de un año de vida adicional. En general, el establecimiento de un umbral de eficiencia, fijado alrededor de los 30.000 euros como coste máximo por cada año de vida adicional ajustado por calidad obtenido con las innovaciones sanitarias, puede representar una guía, genérica aunque no determinista, para las decisiones públicas de asignación de recursos, y especialmente para las decisiones de financiación pública de nuevas prestaciones en España, que van a ser la clave para la sostenibilidad de la financiación pública del gasto sanitario.

Hechas las salvedades anteriores, 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 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.

En conclusión, el problema real no es tanto la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos del gasto sanitario público como la deseabilidad social del mismo. Aún cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta relevante, a suscitar en tiempo y lugar, es si éstos ¿valen lo que cuestan?. Al margen de cual sea la magnitud y deseabilidad del crecimiento del gasto, resulta imprescindible identificar y evaluar de forma objetiva las alternativas para la financiación del mismo: 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.

Guillem López Casasnovas  
Vicente Ortún Rubio  
Jaume Puig-Junoy

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra