

EL GASTO SANITARIO Y SU FINANCIACIÓN: EVOLUCIÓN, TENDENCIAS Y REFLEXIONES PARA EL FUTURO

Rosa Urbanos Garrido

Universidad Complutense de Madrid

Ministerio de Sanidad y Consumo

En este artículo se presenta el “estado de situación” del gasto sanitario en España, abordando algunas cuestiones relevantes: ¿cómo es el nivel de gasto en comparación con el que muestran otros países de nuestro entorno?; ¿cuál ha sido su evolución en los últimos años?; ¿qué sabemos de su eficacia, eficiencia y equidad?; ¿es posible inferir cuál será su evolución previsible? y, si es así, ¿estamos en condiciones de financiar el gasto sin comprometer el resto de políticas públicas?; ¿existen algunas “recetas” para reforzar la sostenibilidad del sistema?, y, si existen, ¿cuáles son?.

Palabras clave: gasto sanitario, financiación sanitaria.

1. INTRODUCCIÓN

La evolución del gasto sanitario y su financiación se convirtieron durante el año 2005 en uno de los ejes principales del debate político, tal y como lo confirma el protagonismo que adquirieron en las dos primeras Conferencias de Presidentes Autonómicos celebradas hasta la fecha. Teniendo en cuenta que el gasto sanitario público representa de media algo más de un tercio de los presupuestos autonómicos, y considerando que la financiación de la sanidad desde 2002 se integra plenamente en la financiación general de las Comunidades Autónomas, es fácil comprender que el gasto en sanidad haya sido el detonante de una discusión que, empujada después por la reforma territorial iniciada con el Estatuto de Cataluña, desembocará previsiblemente en un nuevo modelo de financiación autonómica. La preocupación por la sostenibilidad del modelo sanitario actual no es, en cambio, nueva. En un sistema de cobertura cuasi universal, con amplias prestaciones y con una mínima presencia de copa-

gos –cuya importancia cuantitativa como fuente de financiación, además, va descendiendo– surge la pregunta de si será posible afrontar el aumento de gasto que se prevé como consecuencia de factores variados y bien conocidos: el envejecimiento, la aparición de nuevas enfermedades y la cronificación de las ya existentes, las elevadas tasas de innovación –y, sobre todo, de difusión– de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, las nuevas pautas de consumo de servicios sanitarios de una población crecientemente medicalizada y con mayores expectativas sobre lo que la Medicina puede hacer por la salud, y también las mayores exigencias de los ciudadanos en lo que se refiere a sus derechos como pacientes y usuarios. Todos los factores citados son de carácter estructural y están estrechamente vinculados al desarrollo económico y social del país, por lo que no es previsible que su impacto pueda controlarse si no es con la puesta en marcha de una serie de políticas proactivas dirigidas precisamente a este objetivo. Pero además de estos factores es preciso considerar que existen otros determinantes de carácter más local que también tienden –y tenderán– a elevar el peso del gasto sanitario sobre el total de gasto público. Entre otros cabría citar el proceso de descentralización.

En este artículo se presenta el “estado de situación” del gasto sanitario en nuestro país, abordando algunas cuestiones relevantes: ¿cómo es el nivel de gasto en comparación con el que muestran otros países de nuestro entorno?; ¿cuál ha sido su evolución en los últimos años?; ¿qué sabemos de su eficacia, eficiencia y equidad?; ¿es posible inferir cuál será su evolución previsible? y, si es así, ¿estamos en condiciones de financiar el gasto sin comprometer el resto de políticas públicas?; ¿existen algunas “recetas” para reforzar la sostenibilidad del sistema?, y, si existen, ¿cuáles son?.

2. ¿GASTAMOS MUCHO O POCO?

Antes de abordar esta pregunta, es conveniente señalar que la sanidad tiene hoy por hoy un peso muy relevante, no sólo en el conjunto de los presupuestos autonómicos, sino también en el conjunto de las políticas de gasto público. La sanidad representaba en el año 2003 el 14% del gasto público total, y constituye la segunda política de gasto cuantitativamente más importante después de la política de protección social (que representa aproximadamente el 34% del gasto total)¹.

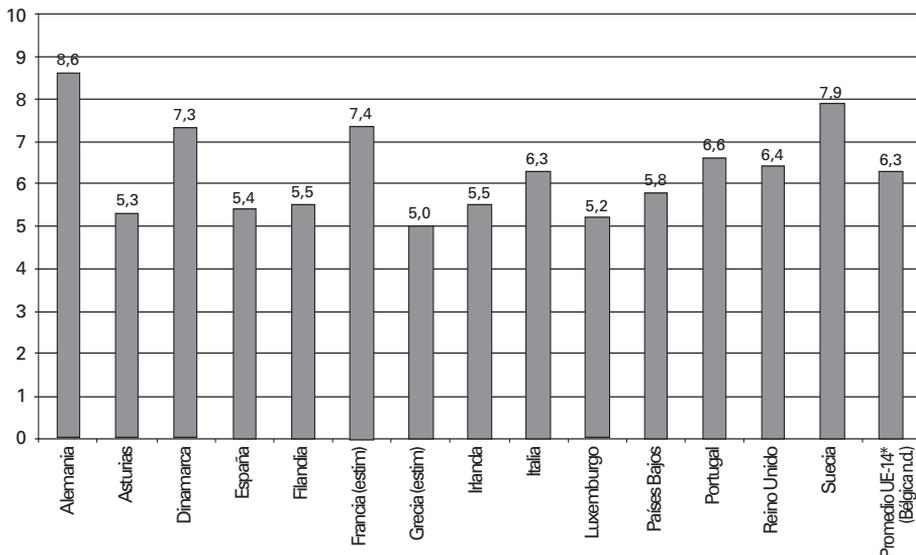
A pesar de su importancia en relación con otras políticas públicas, la clásica comparación con los Estados miembros de la UE-15 de las cifras de gasto sanitario público sobre el PIB indica que la riqueza que dedicamos a la sanidad pública es relativamente baja con respecto a la media europea. De hecho, únicamente Austria, Grecia y Luxemburgo muestran cifras inferiores a las españolas (gráfico 1). A pesar de que en 2003 el por-

(1) Por lo que respecta a las CC.AA., la participación media del gasto sanitario público en el conjunto del gasto público total se sitúa en el 37,6% en el ejercicio 2003.

centaje para España ha crecido con respecto a años anteriores, durante la segunda mitad de los 90 el gasto (liquidado) se mantuvo situado en el 5,4% del PIB, como consecuencia de que los sucesivos acuerdos de financiación sanitaria vincularon el crecimiento del gasto, precisamente, al aumento del PIB.

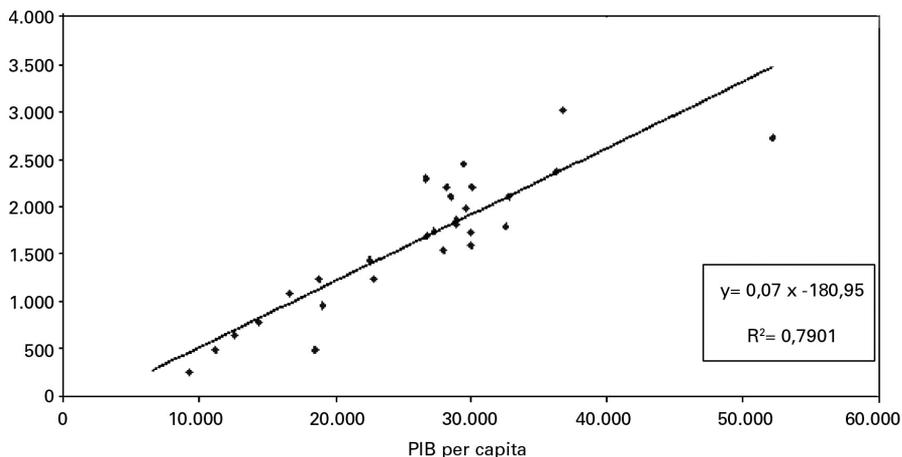
En todo caso, y dado que la proporción de gasto dedicado a sanidad es sensible al nivel de desarrollo económico (los estudios demuestran que la elasticidad renta del gasto es superior a la unidad²), una comparación más precisa requiere ajustar por el nivel de renta de los países que se utilizan como referencia. Los gráficos 2 y 3 muestran la recta de regresión que relaciona el gasto sanitario público per cápita y el PIB per cápita para dos conjuntos de países (en el primer caso, para los pertenecientes al ámbito de la OCDE y, en el segundo, para el subconjunto de países de la OCDE que forman parte de la Unión Europea). En ambos casos España se sitúa por debajo de la recta de regresión, y en ambos se concluye que el gasto sanitario público per cápita en España representa aproximadamente el 87% del que cabría esperar para un país con nuestro nivel de renta, dado el patrón de comportamiento de la muestra de países analizados. Las estimaciones nos acercan algo más a la media estimada cuando la variable utilizada es el gasto sanitario total, como suma de público y privado, situándose entre el 90% y el 93% según el conjunto de países tomado como referencia (Ruiz-Huerta, 2005).

Gráfico 1
GASTO SANITARIO PÚBLICO EN % DEL PIB (2002)



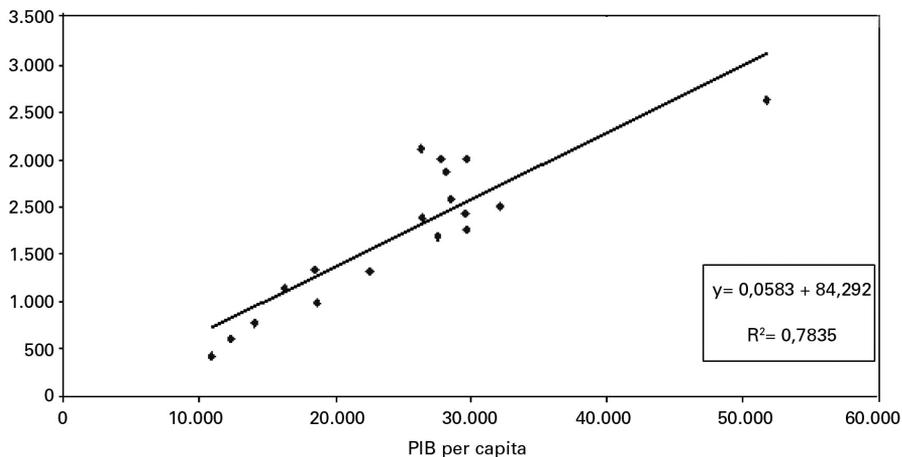
(2) Las estimaciones más recientes realizadas para el ámbito de países pertenecientes a la OCDE indican que la elasticidad – renta del gasto sanitario público se sitúa en 1,31.

Gráfico 2
GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA
FRENTE A PIB PER CÁPITA (OCDE)



Datos: ECO-SALUD OCDE 2005, junio 025.
Fuente: Ruíz-Huerta (2005).

Gráfico 3
GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA
FRENTE A PIB PER CÁPITA (UE19)



Datos: ECO-SALUD OCDE 2005, junio 025.
Fuente: Ruíz-Huerta (2005).

Los gráficos anteriores indican pues que, en comparación con otros países de nuestro entorno, gastamos en sanidad menos de lo que nos correspondería. No es éste un hecho precisamente nuevo, y de él también se han hecho eco los partidos políticos. El propio Partido Socialista Obrero Español, en su programa electoral, incluía como objetivo el progresivo acercamiento de los niveles de gasto a la media europea, continuando así con el ejemplo seguido por otros países³.

Las peticiones para incrementar el esfuerzo que España realiza en términos de gasto sanitario proceden, en realidad, de fuera y de dentro del sector, y se intensificaron con la discusión sobre la financiación iniciada a los pocos meses de la presente legislatura. Dichas peticiones se fundamentan en buena parte en los fuertes incrementos de población que se han producido en el país durante los últimos años, a los que el modelo de financiación hoy vigente no ha mostrado suficiente capacidad de adaptación. Pero, inevitablemente, también aluden a la posición relativa que España ocupa en el contexto de la UE-15⁴.

Conviene destacar, además, cuál es la opinión de la ciudadanía –como expresión de sus preferencias– al respecto de si debería o no aumentarse el gasto sanitario público. El Barómetro Sanitario referido al año 2005 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a), indica que un 45,3% de la población cree que el Estado dedica pocos recursos a la sanidad, frente a un 34,1% que opina que se dedica lo justo, y un 2,8% que cree que se emplean demasiados recursos al sector sanitario.

En resumen, España gasta menos que lo que indica su nivel de renta, y menos también de lo que desea la mayoría de los ciudadanos. Lo que significa que no sólo existe margen de maniobra para incrementar el gasto público en sanidad, sino que además se trata de una medida que, en principio, sería aplaudida por la mayor parte de la población. En todo caso, y con independencia de que el contexto “favorezca” invertir más en el Sistema Nacional de Salud, parece necesario introducir elementos cualitativos –y no únicamente cuantitativos– en el debate sobre el volumen deseable de gasto sanitario. Conocer cuáles son los resultados –en términos de efectividad, de eficiencia, de equidad– de los recursos empleados, y tratar de anticipar la rentabilidad (social) de los posibles recursos adicionales parecen tareas ineludibles a la hora de valorar si la magnitud del gasto es o no la óptima y si “más” implica necesariamente “mejor”.

(3) Es el caso, por ejemplo, del Reino Unido, que en el año 2000 inició un programa de acercamiento a los niveles de gasto medios de la Unión. El programa se concibió con una duración de 9 años (véase Appleby y Harrison, 2006).

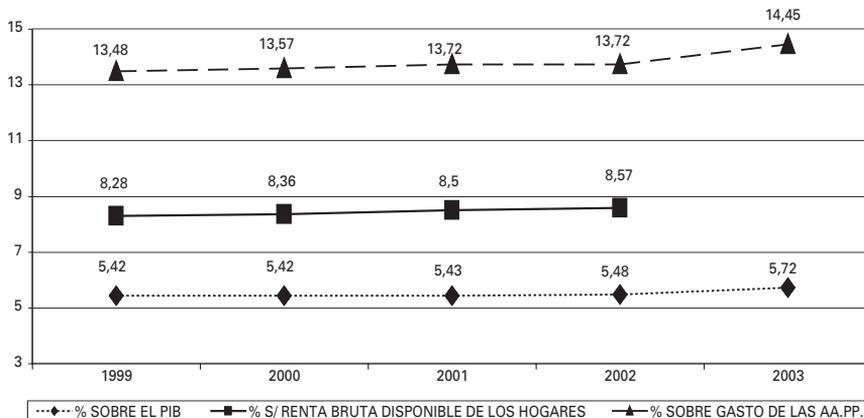
(4) No obstante, es preciso tener en cuenta que los datos a partir de los cuales se calcula la distancia a la media europea corresponden a 2002, y que desde entonces el gasto sanitario ha crecido de forma significativa. También ha aumentado la cuantía de los fondos transferidos desde la Administración Central a las CC.AA. para su financiación, como se verá más adelante. Es de esperar, por tanto, que esa distancia se haya acortado.

3. EVOLUCIÓN RECIENTE DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

Las series de gasto que publica periódicamente el Ministerio de Sanidad y Consumo recogen los datos de gasto procedente de los distintos sectores contabilizado con el criterio de caja –o gasto liquidado–. Hasta hace algunos meses se desconocía cuál era el gasto real –contabilizado según el criterio de devengo– correspondiente a cada ejercicio económico. Este dato se ha hecho público gracias al informe elaborado por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, que fue creado tras la I Conferencia de Presidentes con el mandato de realizar “*un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva contable, pero también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia*”. Dicho grupo, dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado y en el que participaron todas las Comunidades y Ciudades Autónomas, el Ministerio de Economía y Hacienda y el Ministerio de Sanidad y Consumo, consiguió que, con la participación efectiva de la Administración Central y de las Administraciones Autonómicas, aflorase información muy relevante que hasta el momento no se había recogido de manera oficial⁵.

El gráfico 4 muestra cuál ha sido la evolución reciente del gasto sanitario público, expresado en porcentaje del PIB, de la renta bruta disponible y del gasto de las Administraciones Públicas.

Gráfico 4
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO COMO PORCENTAJE DEL PIB, LA RENTA BRUTA DISPONIBLE Y EL GASTO PÚBLICO (1999-2003)

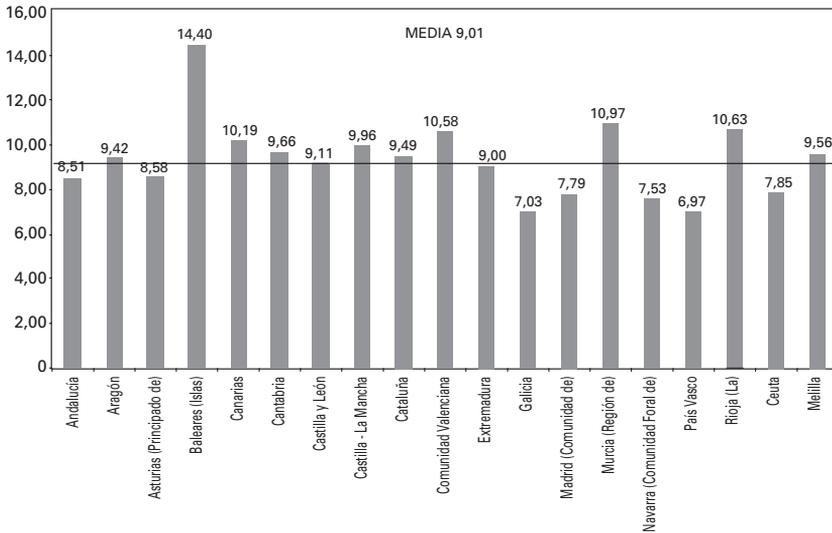


Fuente: Informe del Grupo de trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005)

(5) Además del gasto real y de la deuda pendiente de contabilizar acumulada por las CC.AA. en el período 1999-2003, se recopiló información sobre retribuciones, personal, recursos asistenciales o gasto farmacéutico hospitalario, entre otras variables. El informe del grupo de trabajo se encuentra accesible gratuitamente en: <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf>

En el gráfico anterior se observa cómo la serie de gasto sobre PIB, estabilizada en torno al 5,4% desde finales de los noventa, registra un repunte a partir del año 2002, coincidiendo con la finalización de los traslados de competencias sanitarias a las CC.AA. El gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas, que representa aproximadamente el 90% del total una vez desaparecido el antiguo INSALUD, ha experimentado entre los años 1999 y 2003 una tasa anual media de crecimiento del 9,01%, 1,9 puntos por encima del crecimiento medio anual registrado por el PIB. El gráfico 5 muestra cuál ha sido la evolución para este periodo en las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas.

Gráfico 5
CRECIMIENTO MEDIO DEL GASTO SANITARIO DEL SECTOR
COMUNIDADES AUTONÓMICAS (99/03)



Fuente: Informe del Grupo de trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005).

Las tasas de crecimiento del gasto más elevadas se concentran en Baleares, Murcia, La Rioja, Comunidad Valenciana y Canarias (todas ellas por encima del 10%). En general, se produce una importante coincidencia entre las CC.AA. que experimentan un mayor aumento del gasto y las que registran un importante incremento de la población protegida en esos años. La excepción más destacada corresponde a Madrid, que a pesar de situarse entre las CC.AA. que sufren un mayor impacto poblacional como consecuencia del fenómeno de la inmigración (sólo por detrás de las dos comunidades insulares y de Murcia), aparece en los últimos puestos en lo que a incrementos del gasto se refiere. En cualquier caso, cabe señalar que únicamente en el País Vasco y en Galicia el gasto sanitario crece a una tasa inferior a la del PIB.

El incremento que se ha registrado en estos últimos años en las cifras de gasto de las CC.AA. no se ha distribuido de forma homogénea a lo

largo del período analizado. Los datos del cuadro 1 muestran que, en general, ha tendido a concentrarse en los dos últimos años del período y, particularmente, en 2003. La finalización de los traspasos de competencias a las 10 Comunidades Autónomas anteriormente gestionadas por el INSALUD ha influido claramente en esta tendencia. Las cifras presentadas indican, por lo general, un salto significativo en las tasas de variación interanual del gasto en alguno de esos dos últimos años para este conjunto de Comunidades. El ejercicio 2002 supuso un fuerte aumento para Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura y La Rioja, mientras en 2003 se concentraban los mayores incrementos registrados por Aragón, Asturias, Castilla y León, Madrid y Murcia. Cantabria, por su parte, experimenta aumentos del gasto sanitario muy notables y bastante similares en ambos años.

Los incrementos retributivos producidos en las CC.AA. del antiguo INSALUD a partir de 2002 ayudan parcialmente a explicar estos resultados.

Cuadro 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR
POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 1999-2003

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de variación interanual				TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003			
Andalucía	13,16	4,28	6,94	9,86	8,51	8,07	8,63
Aragón	6,48	10,07	7,90	13,35	9,42	8,14	8,26
Asturias (Principado de)	6,15	7,59	8,36	12,33	8,58	7,36	6,87
Baleares (Islas)	6,85	10,50	23,55	17,43	14,40	13,41	8,66
Canarias	9,20	6,45	12,21	13,01	10,19	9,26	7,81
Cantabria	8,44	11,94	11,00	7,33	9,66	10,45	10,18
Castilla y León	7,99	6,64	6,97	15,05	9,11	7,20	7,31
Castilla-La Mancha	7,48	8,67	15,27	8,59	9,96	10,42	8,07
Cataluña	8,63	6,89	8,92	13,65	9,49	8,14	7,76
Comunidad Valenciana	10,52	7,42	10,27	14,20	10,58	9,39	8,96
Extremadura	7,78	5,45	17,25	5,92	9,00	10,04	6,61
Galicia	5,79	8,56	4,52	9,32	7,03	6,28	7,16
Madrid (Comunidad de)	5,20	8,64	6,56	10,85	7,79	6,79	6,91
Murcia (Región de)	10,12	9,01	10,23	14,61	10,97	9,79	9,56
Navarra (Comunidad Foral de)	7,48	5,37	8,19	9,12	7,53	7,00	6,42
País Vasco	5,69	7,16	7,44	7,60	6,97	6,76	6,42
Rioja (La)	9,31	7,85	13,92	11,54	10,63	10,33	8,58
Ceuta	5,82	6,10	9,98	9,59	7,85	7,28	5,96
Melilla	13,46	11,03	5,15	8,78	9,56	9,83	12,24
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	8,55	7,12	8,83	11,57	9,01	8,17	7,83

Fuente: Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005).

Al margen de conocer cuál ha sido el aumento global del gasto sanitario registrado por las Comunidades y Ciudades Autónomas, resulta relevante comprobar la evolución de los distintos conceptos de gasto. Las clasificaciones económico-presupuestaria (cuadro 2) y funcional (cuadro 3) permiten identificar algunas tendencias dignas de destacar.

Cuadro 2
CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA

	1999		2003		TAM 99/03
	Miles de Euros	% sobre total	Miles de Euros	% sobre total	
Remuneración del personal	13.408.060	48,98	17.735.896	45,89	7,24
Consumo intermedio	5.097.867	18,62	7.964.802	20,61	11,80
Conciertos	1.481.428	5,41	2.039.548	5,28	8,32
Transferencias corrientes	6.438.942	23,52	9.456.724	24,47	10,09
Gasto de capital	945.926	3,46	1.451.650	3,76	11,30
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	27.372.223	100,00	38.648.620	100,00	9,01

Fuente: Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005).

Los datos correspondientes a la clasificación económico-presupuestaria del gasto sanitario indican que prácticamente la mitad de los recursos se dedican a retribuir al personal empleado en los Servicios Autonómicos de Salud. Pero paradójicamente, y a pesar de que el cierre del traspaso de competencias en materia de gestión de la sanidad implicó que las CC.AA. que recibieron esta competencia en 2002 adoptasen una política retributiva alcista que les permitiera equipararse con el resto de las CC.AA., y de que se ha producido un cierto *efecto rebote* por comparación entre los distintos Servicios de Salud, el peso de los gastos de personal sobre el total se ha reducido desde un 48,98% en 1999 a un 45,89% en 2003. La tasa media anual de la remuneración del personal es, como demuestra el cuadro 2, la más reducida (7,23%), y se sitúa casi dos puntos porcentuales por debajo de la correspondiente al gasto total. Éste, junto con el gasto en conciertos, es el componente que ha evolucionado de forma menos dinámica entre 1999 y 2003. Los consumos intermedios (compras corrientes de bienes y servicios) y las transferencias corrientes (gasto en recetas, fundamentalmente) evolucionan, por el contrario, de manera más dinámica, lo que ha reforzado su ya importante peso relativo en el conjunto del gasto. Por su parte, el gasto en inversiones también ha crecido de forma muy rápida, pero continúa representando, como es lógico, un porcentaje escaso del gasto total.

Observados desde la perspectiva funcional (cuadro 3), los datos de gasto también señalan algunos rasgos característicos de nuestro sistema sanitario. En primer lugar, el enorme peso de la atención especializada (que absorbe más de la mitad del gasto total) frente a la magra (y decreciente) importancia de la atención primaria. Ambos componentes evolucionan más lentamente que el gasto total, lo que implica que ambos pierden peso relativo entre el comienzo y el final del período. El desequilibrio de cifras entre asistencia primaria y especializada debe hacer, de nuevo, reflexionar sobre el modelo de organización seguido por el conjunto del sistema. Siendo la atención primaria la puerta de acceso al Sistema Nacional de Salud (con la notable excepción de las urgencias), y en teoría

responsable de la continuidad de los cuidados una vez los pacientes salen del circuito de la asistencia especializada, sorprende una vez más su escaso protagonismo real y sus relativamente reducidas cifras de gasto.

Cuadro 3 CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

	1999		2003		TAM 99/03
	Miles de Euros	% sobre total	Miles de Euros	% sobre total	
Servicios hospitalarios y especializados	14.967.851	54,68	20.747.009	53,68	8,50
Servicios primarios de salud	3.975.414	14,52	5.488.917	14,20	8,40
Servicios de salud pública	263.494	0,96	389.448	1,01	10,26
Servicios colectivos de salud	497.247	1,82	786.711	2,04	12,15
Farmacia	6.230.317	22,76	9.029.110	23,36	9,72
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	388.518	1,42	567.958	1,47	9,96
Gasto de capital	924.136	3,38	1.409.356	3,65	11,13
Transferencias a otros sectores	125.245	0,46	230.109	0,60	16,42
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	27.372.222	100,00	38.648.620	100,00	9,01

Fuente: Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005).

En segundo lugar destaca, pese a su ligero incremento, el escaso peso relativo del gasto en salud pública. No obstante, es necesario señalar que este hecho viene fuertemente determinado por la forma empleada en clasificar y contabilizar el gasto. En realidad, buena parte de los servicios de salud pública (vacunaciones, campañas preventivas, etc.) se encuentran incluidos en la función correspondiente a la atención primaria, lo que tiende a situarnos en la cola del ranking cuando se realizan comparaciones con otros países.

El cuadro 3 muestra, asimismo, cuál ha sido la evolución del gasto en farmacia (contabilizando únicamente las recetas) en los últimos años. Su ritmo de crecimiento ha sido ligeramente superior al del gasto total, de forma que el porcentaje que representa en el conjunto del gasto de las CC.AA. ha aumentado desde el 22,76% de 1999 al 23,36% de 2003. Esta cifra, cuando se incluye el gasto en farmacia ocasionado por los pacientes internados en hospitales y el gasto en medicamentos de dispensación ambulatoria, crece hasta el 28% del gasto total. Más de una cuarta parte, pues, del conjunto del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas se destina a tratamientos farmacológicos.

Finalmente, se observa un alto dinamismo de los gastos en servicios colectivos de salud (que integran los gastos en administración, investigación y formación) y, nuevamente, del gasto de capital, si bien estos dos últimos casos representan porcentajes muy reducidos del gasto total.

En resumen, la remuneración de asalariados –en lo que respecta a la clasificación económica– y la atención primaria –en lo que se refiere a la clasificación funcional– han sido en los últimos años los componentes menos dinámicos del gasto sanitario, mientras la compra de bienes y ser-

vicios y la farmacia han resultado ser los que más han impulsado al alza el gasto sanitario público de las CC.AA. Un gasto que, recordemos, en los últimos años ha experimentado un crecimiento casi dos puntos por encima del crecimiento de la economía. Más adelante trataremos de describir con más detalle cuáles han sido los principales factores que han determinado este aumento y cómo se prevé que evolucionen, al objeto de concluir si el gasto será sostenible en el futuro más próximo.

4. GASTO SANITARIO: ¿QUÉ OBTENEMOS A CAMBIO?

La valoración del gasto sanitario debe ir más allá de la simple descripción de su volumen y evolución, y ha de fundamentarse en los resultados que de él se obtienen. Evaluar su efectividad, su eficiencia y su equidad es parte fundamental de esta tarea. Sin embargo, resulta difícil hacer un diagnóstico global del sistema sanitario en esos términos a partir de la información que proporcionan los estudios aplicados. Los análisis agregados, cuando son posibles (y esto no siempre sucede), pueden ofrecer resultados sesgados como consecuencia del "tamaño de la lente" que se emplea en el estudio. La efectividad, la eficiencia y la equidad del gasto sanitario que sugieren algunos trabajos, y que se desprenden en ocasiones de la simple observación de una realidad no diseccionada, pueden estar enmascarando deficiencias importantes que quedarían a la vista si se pudiera descender a un nivel más desagregado.

En lo que respecta a la efectividad un estudio reciente indica que, en conjunto, *"los indicadores disponibles sostienen la idea de que la actividad de los servicios asistenciales (o al menos una parte) tiene un efecto favorable en la salud de la población"* (Gispert *et al.*, 2006, p. 125). Observado en términos globales, parece que aún no hemos alcanzado la tan temida parte plana de la función de producción (la que relaciona recursos con resultados en salud), aunque es de esperar que aumentos sucesivos del gasto nos acerquen cada vez más a esa situación. La observación de la realidad desde otros ángulos no ofrece siempre, sin embargo, la misma conclusión. Los estudios de uso apropiado identifican numerosos casos en los que los recursos que se emplean en el diagnóstico y/o tratamiento de los pacientes no repercuten en una mejora de la cantidad y/o calidad de vida, e incluso en ocasiones se detecta que pueden reducirla. El artículo de Vicente Ortún, en este mismo número, cita algunos ejemplos de falta de efectividad relevante.

En relación con la eficiencia, una rápida comparación de los indicadores de gasto y salud de los países de nuestro entorno indican que España se encuentra en una situación muy favorable. A este mismo resultado han llegado análisis con cierto grado de sofisticación pero altamente cuestionados por su excesivo nivel de agregación (véase el informe elaborado por la OMS en el año 2000). El gasto sanitario público en nuestro Sistema Nacional de Salud es, como ya se ha descrito anteriormente, relativamente reducido en comparación con otros países y, a pesar de ello, los indicadores de esperanza de vida, mortalidad y morbilidad son bastante satisfactorios. El último informe que contiene los datos de los indicadores de la salud de los españoles así lo ratifica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006b). Al margen de la consideración de que la salud viene determinada por numerosas varia-

bles, dentro de las cuales el sistema sanitario no juega el papel más relevante, la conclusión general es que el grado de eficiencia del SNS resulta, al menos en el contexto de las comparaciones internacionales, muy elevado.

Estos resultados, no obstante, no implican que no exista margen de mejora. Así lo indican por ejemplo los estudios (cada vez más numerosos) de variabilidad en la práctica clínica, que identifican para distintas áreas diferencias significativas en el gasto no explicables por las diferencias que presentan las poblaciones atendidas (véanse, por ejemplo, los trabajos de la Red IRYSS sobre Variaciones en la Práctica Médica en el SNS).

Una de las preguntas más habituales que se plantean en torno al gasto sanitario público es si éste se asigna equitativamente, entendiendo la equidad como igualdad de acceso a igual necesidad. El trabajo más reciente que analiza la existencia de desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios (para individuos de necesidad similar) concluye que las desigualdades en la utilización de servicios médicos y hospitalarios son muy reducidas y poco significativas (Costa y Gil, 2005). Resultados que tienden, además, a confirmar los ya obtenidos en trabajos anteriores. No obstante, este mismo estudio señala la existencia de diferencias significativas entre CC.AA., que los autores interpretan como posiblemente derivadas del impacto que la descentralización ha tenido sobre la forma de provisión de los servicios sanitarios.

La alta valoración que los ciudadanos expresan cuando se les pregunta por los servicios sanitarios públicos y los niveles de satisfacción que indican las encuestas en relación con la atención sanitaria recibida va en paralelo con los niveles de efectividad, eficiencia y equidad que parecen corresponder al Sistema Nacional de Salud. A pesar de que el diagnóstico sobre lo que obtenemos a cambio del gasto resulta, en general, relativamente favorable, no conviene enrocarse en la autocomplacencia, puesto que, como ya se ha señalado, buenos resultados para un ámbito agregado pueden estar ocultando resultados no deseables en ámbitos más concretos. Por ello, a pesar de la utilidad que se deriva de los análisis macro, debe fomentarse la investigación con datos (y en contextos) micro. Para este fin es imprescindible que se disponga de la información que hace posible esos estudios. Las deficiencias en los sistemas de información, aunque se está trabajando sobre ellas, aún son importantes.

5. EVOLUCIÓN PREVISIBLE DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

Prever la evolución del gasto sanitario público no es, por mucho que este ejercicio se repita con cierta frecuencia, tarea fácil. Habitualmente los trabajos que se dedican a este objetivo proyectan hacia el futuro el comportamiento de los factores que determinan el gasto, habitualmente tras tener en cuenta cómo se han comportado en el pasado.

La "disección" o descomposición del gasto en sus factores determinantes empleada en estos ejercicios empíricos suele incluir cuatro componentes: la evolución de la tasa de cobertura (que en el caso de España ha dejado de ser, desde hace años, un factor determinante de crecimiento del gasto puesto que, de facto aunque no de iure, la cobertura es prácticamente universal), la demografía (evolución del volumen y estructura

etaria de la población), los precios y la llamada "prestación real media", que incluye el cambio en la intensidad de uso de los servicios sanitarios y el impacto de los cambios tecnológicos. La metodología de descomposición del gasto aplicada a los datos españoles para el periodo 1999-2003 ofrece los siguientes resultados: a pesar del fuerte incremento poblacional que se ha registrado en España en ese mismo período, el componente demográfico "sólo" explica un 21,35% de la tasa anual media de crecimiento del gasto sanitario público, la prestación real media explica un 32,65% y la evolución de los precios el 46% restante (Informe del Grupo de Análisis del Gasto Sanitario, 2005). Hay que destacar que, dependiendo de cuál sea el período de análisis, el factor precios y la prestación real media se disputan el primer puesto entre los principales impulsores del gasto. La demografía, en cambio, resulta sistemáticamente, en estudios de carácter nacional y también internacional (OCDE, 2006), el factor menos importante. Lo que no implica que el proceso de envejecimiento progresivo que registra buena parte de los países desarrollados, y en particular España, ejerza una influencia menor sobre el gasto, si tenemos en cuenta que los cambios en la estructura de la población también repercuten sobre la intensidad de uso de los servicios sanitarios –especialmente con el paso del tiempo–, y este efecto no queda recogido en el factor demográfico.

Además de influir en el volumen de gasto sanitario, el envejecimiento de la población determina fuertemente –y lo hará aún más en el futuro– el tipo de servicios que se prestan, y obliga a reorganizar la gestión de los cuidados sanitarios. El tratamiento de los procesos crónicos va ganando cada vez más terreno al cuidado de los episodios agudos, y los cuidados de larga duración (atención "socio-sanitaria") y los paliativos requieren de más recursos. La inversión de la pirámide poblacional, en realidad, no obliga únicamente a reorganizar el gasto sanitario, sino que fuerza a que se replantee la mayor parte del gasto social (pensiones, sanidad y servicios sociales). Su efecto empieza a notarse en la propia configuración del Estado del Bienestar, que incorpora ahora un cuarto pilar: la atención a la dependencia. Al ampliarse la frontera de los derechos sociales se introduce, además, un elemento adicional de competencia por los recursos públicos, elemento que es necesario tener en cuenta a la hora de plantearse la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

El incremento de población, aunque ha tenido un efecto (aislado) relativamente menor sobre el gasto en comparación con el resto de factores, ha sido sin duda un componente importante. En los últimos años se han registrado unas tasas de inmigración desconocidas en nuestra historia reciente lo que, por otro lado, hace pensar que difícilmente el crecimiento poblacional será tan rápido en el futuro próximo.

Otros fenómenos han contribuido también a incrementar el gasto sanitario en los últimos años. El proceso de descentralización ha sido uno de ellos. Es frecuente (más bien una regla fija) que cuando una Comunidad Autónoma asume una competencia el gasto asociado aumente, y aunque suele producirse un cierto "salto" más significativo los primeros años tras haberse realizado la transferencia, existe una tendencia a que los aumentos continúen como consecuencia de un cierto efecto imitación entre, en este caso, los Servicios Autonómicos de Salud.

Sea como fuere, un estudio reciente (Puig, 2006) indica que España está en condiciones de financiar la evolución del gasto sanitario público que se prevé para el futuro más próximo, teniendo en cuenta las proyecciones demográficas y el cambio previsible en las tecnologías sanitarias. Según estas previsiones, en 2013 el gasto sanitario público se situaría entre el 5,7% (según el escenario base utilizado para la proyección) y el 6% del PIB (según el escenario expansivo). En el escenario base, el aumento de gasto público previsto podría financiarse dedicando el 6,7% del aumento real de renta que se produzca en España en los próximos 10 años. En el escenario expansivo bastaría con dedicar el 8,1% del incremento de la renta.

6. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL GASTO SANITARIO⁶

Una de las cuestiones que más debate suscitó durante el último año fue hasta qué punto el modelo de financiación vigente era capaz de suministrar los recursos suficientes a las CC.AA. para financiar su (creciente) gasto sanitario. Pese a que se había diseñado con vocación de permanencia, pocos años después de su entrada en vigor el modelo demostró su escasa flexibilidad para adaptarse adecuadamente a uno de los fenómenos que se ha mencionado anteriormente: el importante (y asimétrico) incremento de la población. Éste fue el argumento principal que dio origen a la discusión sobre la financiación del gasto sanitario, y que terminó con la aprobación del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005, derivado de la II Conferencia de Presidentes. Gracias a este acuerdo la Administración General del Estado se comprometió a aumentar los recursos de las CC.AA. de forma importante durante un período de dos años, durante los cuales se preveía proceder a la revisión del actual modelo de financiación⁷.

El acuerdo aprobado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera se compone de dos tipos de medidas: las de carácter cuantitativo (que actúan sobre el lado del ingreso), que en su mayor parte suponen una transferencia de recursos económicos, ya sea directa o indirecta, de la Administración Central a las CC.AA., y las de carácter cualitativo (que actúan sobre el lado del gasto), que constituyen un compromiso de los gobiernos para mejorar la eficiencia y la efectividad del gasto sanitario. Este último bloque de medidas es el que tendrá un mayor impacto en el medio y largo plazo, dado que están pensadas para controlar la trayectoria del gasto,

(6) Este epígrafe está parcialmente basado en Urbanos (2006).

(7) Conviene destacar, no obstante, que los gobiernos regionales disponen de instrumentos para incrementar los recursos que precisan para financiar sus gastos (gracias a la capacidad normativa sobre los tributos cedidos y, obviamente, los propios). Asimismo, dado que el actual modelo de financiación autonómica elimina la separación entre financiación de la sanidad y el resto de competencias, las CC.AA. tienen margen para decidir qué prioridad otorgan a cada política pública y, por tanto, para determinar qué volumen de recursos desean destinar a cada una de ellas.

estabilizando su ritmo de crecimiento en tasas soportables para nuestra economía. Su pretensión es la de imprimir racionalidad al empleo de los recursos públicos sanitarios, sin mermar las prestaciones o la calidad. Si bien algunas de las medidas de carácter "cuantitativo" están concebidas como medidas transitorias, que tendrán efecto hasta que se produzca la reforma del modelo de financiación autonómica, el segundo bloque de medidas está pensado para perdurar en el tiempo.

La aportación total del Gobierno a la financiación de la sanidad que se ha derivado de los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera se eleva a 3.042,4 millones de euros para el año 2006 y a 3.142,4 millones para el año 2007. De los más de 3.000 millones comprometidos para 2006, 1.365 corresponden al cambio en la fórmula de cálculo de los anticipos a cuenta por los tributos cedidos y el Fondo de Suficiencia que la Administración Central entrega en cada ejercicio a los gobiernos autonómicos. Este cambio ha supuesto un avance importante para las CC.AA., que hasta el momento recibían en concepto de entregas a cuenta el 98% de la base de cálculo empleada para estimar el importe de los tributos cedidos y Fondo de Suficiencia. Con esta medida se logra acercar en el tiempo la financiación percibida en un ejercicio por las CC.AA. y la que le corresponde realmente⁸. Es necesario tener en cuenta que la liquidación definitiva del modelo de financiación para cada ejercicio tiene lugar con dos años de retraso (en julio de 2005 se conoció la liquidación definitiva correspondiente a 2003). Dado el volumen de deuda sanitaria acumulada que declararon las CC.AA. en el seno del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, resultaba razonable articular alguna medida que dotara a los gobiernos autonómicos de mecanismos para reducir su endeudamiento y, particularmente, para evitar que la deuda siguiera creciendo en el futuro.

El resto de los recursos comprometidos por la Administración Central (1.677 millones de euros para 2006) constituyen la aportación neta del Estado, e incluyen las partidas que se describen a continuación.

En primer lugar, 500 millones de euros en 2006 (600 en 2007) distribuidos entre las CC.AA. de régimen común conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001, con los datos de población actualizados a 2004. Los aumentos de población que se han producido en nuestro país en los últimos años se han traducido en un mayor volumen de prestación de servicios sanitarios y, por consiguiente, de gasto a cargo de las CC.AA., sin que se produjera de forma automática un aumento similar de recursos como consecuencia de la mayor actividad económica generada por la inmigración. El actual modelo de financiación preveía la puesta en marcha de las asignaciones de nivelación en caso de que se produjeran incrementos extraordinarios de población en alguna Comunidad Autónoma, pero el

(8) En 2005 también se han abonado 1.365 millones de euros por este mismo concepto. Los anticipos a cuenta se fijaron para 2005, a través del Real Decreto-Ley 12/2005 en el 2% de la base de cálculo utilizada para la fijación inicial de las entregas a cuenta por tributos cedidos y Fondo de Suficiencia. Dicho Real Decreto permite que los anticipos puedan alcanzar un importe de hasta el 4% de la base de cálculo en el año 2006 y siguientes.

límite a partir del cual comienzan a operar se situó tan alto que, a pesar del más que notable aumento de población registrado por ciertas Comunidades, dichas asignaciones nunca han podido entrar en funcionamiento.

En segundo lugar, se dotan 500 millones de euros para apoyar a aquellas Comunidades Autónomas cuyos ingresos asignados a la sanidad evolucionen por debajo del crecimiento del PIB nominal⁹. El actual modelo de financiación estableció un mecanismo transitorio de garantía financiera dinámica, por el cual durante los tres primeros años del nuevo sistema (2002-2004) el Estado garantizaba a las CC.AA. que el índice de evolución de los recursos asignados a sanidad fuese el del PIB nominal a precios de mercado, de forma similar a lo establecido en los dos acuerdos de financiación sanitaria previos. Gracias al acuerdo esta garantía se prorroga en principio hasta la entrada en funcionamiento del que será el nuevo modelo de financiación autonómica.

Se articulan asimismo una serie de medidas impositivas que permiten incrementar significativamente los ingresos percibidos por las CC.AA. En primer lugar, se ha procedido a un aumento de los tipos impositivos en los impuestos sobre alcoholes y tabaco, que se estima se traducirá en 227 millones de euros anuales adicionales para las Comunidades Autónomas. Los impuestos especiales, como es sabido, cumplen una función reguladora de los efectos externos causados por ciertos consumos, como es el caso del alcohol y el tabaco. Además de incrementar los ingresos destinados a la financiación de la sanidad, estos impuestos contribuyen a reducir el consumo de ambos productos, lo que redundará en un mayor nivel de salud¹⁰. Por otra parte, entre el conjunto de medidas acordadas figura un aumento de la capacidad normativa de las CC.AA. en relación con el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte, el Impuesto sobre la Electricidad y el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos. De este modo se dota a las CC.AA. de un instrumento adicional de recaudación, que les permite asimismo ejercer el principio de corresponsabilidad fiscal.

Otra de las medidas acordadas consiste en dotar una cantidad de 55 millones de euros para compensar las circunstancias del hecho insular. La compensación por insularidad en la financiación del gasto sanitario tiene

(9) Esta medida se instrumenta mediante la dotación de una partida presupuestaria en los Presupuestos Generales del Estado del año 2007 y siguientes, hasta el que corresponda a la liquidación del ejercicio inmediatamente anterior al de entrada en vigor de la revisión del sistema de financiación. Téngase en cuenta que en 2006 se procedió al pago de la garantía correspondiente al ejercicio 2004, tal y como está previsto en la Ley 21/2001.

(10) En lo que se refiere a los impuestos sobre el alcohol y bebidas alcohólicas, sus tipos impositivos se incrementan un 10 por 100. En cuanto al Impuesto sobre las Labores del Tabaco, el tipo específico aplicable a los cigarrillos se incrementa un 5,3 por 100 mientras que el tipo "ad valorem" se incrementa casi en un punto porcentual. Los tipos impositivos "ad valorem" aplicables al resto de labores del tabaco se incrementan en una proporción similar a la elevación global que sufre la fiscalidad de los cigarrillos por aplicación de los nuevos tipos.

lugar, por lo tanto, por una doble vía: a través del fondo general, que en el año base (1999) se distribuyó regionalmente teniendo en cuenta la población protegida, la población mayor de 65 años y la insularidad, y que condiciona en consecuencia el volumen de recursos que cada año percibe cada Comunidad, y a través de este fondo específico derivado del acuerdo de financiación.

Las medidas señaladas hasta ahora se dirigen a compensar determinadas deficiencias del modelo de financiación. Dentro de las medidas cuantitativas también destacan otras específicamente dirigidas a resolver problemas en el ámbito sanitario que no habían sido abordados hasta ese momento. Es el caso de los fondos específicos creados para compensar, respectivamente, la asistencia a residentes extranjeros (con una dotación estimada de 200 millones de euros), y la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertas sólo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (100 millones de euros).

Por lo que respecta a la asistencia a residentes extranjeros, por primera vez se transferirá a las Comunidades Autónomas la diferencia entre lo recaudado por el Estado español en concepto de atención a residentes de otros países (comunitarios o con los que se haya firmado convenio bilateral) y lo pagado por España por este concepto. Hasta el momento estas cantidades se integraban en los Presupuestos del Estado, por lo que las CC.AA. no percibían ninguna compensación por el coste de la asistencia sanitaria prestada a estos grupos de población¹¹. Se atiende, pues, de este modo, una de las reivindicaciones que las CC.AA. venían planteando a la Administración Central en los últimos años.

En segundo lugar, se acuerda que la Seguridad Social abone a los Servicios Autonómicos de Salud el coste de la asistencia sanitaria por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cuya financiación asumen, siempre que correspondan a los afiliados por cobertura de dichas contingencias en el Instituto Nacional de la Seguridad Social o por el Instituto Social de la Marina. Se compensa así a las Comunidades Autónomas por un coste que hasta el momento asumían directamente y que le correspondía soportar a la Seguridad Social.

Ambas medidas contribuyen, junto con las anteriormente citadas, a introducir una mayor simetría entre los gastos sanitarios de las CC.AA. y los ingresos que se destinan a financiarlos.

Finalmente, el acuerdo ha permitido articular un incremento de 45 millones de euros en la dotación del Fondo de Cohesión Sanitaria, y ha posibilitado asimismo la puesta en marcha del Plan de Calidad del SNS, al que se han asignado 50 millones de euros. Ambas dotaciones serán

(11) La distribución entre CC.AA. del saldo neto obtenido "se realizará de forma proporcional al número de residentes asegurados procedentes de otros Estados y al periodo de residencia en cada una de las CC.AA. con cobertura sanitaria en base a certificado emitido por el Organismo asegurador y debidamente inscrito en el Instituto Nacional de la Seguridad Social", según consta en la Disposición adicional quincuagésima octava de la Ley de PGE para 2006.

gestionadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y aparecen incluidas en sus presupuestos para 2006 y 2007.

El acuerdo de financiación del gasto sanitario contiene, además de las medidas anteriores para las que se establecen unos fondos concretos, un compromiso compartido entre Administración Central y Comunidades Autónomas que se dirige a garantizar la sostenibilidad del SNS en el medio y largo plazo. Éste es, probablemente, el aspecto del acuerdo que ha contado con menor repercusión mediática y que, sin embargo, puede resultar de más amplio alcance.

El compromiso acordado entre Administraciones se traduce en una serie de medidas de racionalización del gasto que se derivan del informe elaborado por el grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, y que se resumen como sigue.

1) La mejora de los sistemas de compras, impulsando la centralización y homogeneización en cada ámbito territorial las decisiones de compra de productos sanitarios de uso hospitalario, e incentivando su extensión a la adquisición de equipamientos, herramientas informáticas y todo tipo de material sanitario, con revisión permanente de los resultados de dichos sistemas. Se pretende así impulsar, reforzar y extender iniciativas puestas en marcha en algunas Comunidades Autónomas que se dirigen a reducir la variabilidad en los precios de los inputs empleados en la producción de servicios sanitarios y a mejorar el poder de negociación con los proveedores.

2) El impulso de medidas para asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos, fomentando el consumo racional e informado de medicamentos por parte de los ciudadanos, constituye también un importante compromiso de racionalización del gasto público. A pesar de la senda favorable que está siguiendo el gasto farmacéutico en los últimos meses, es necesario continuar trabajando en la misma dirección a través de la extensión de guías farmacológicas y de programas de protocolización de la prescripción, de la regulación y control de la visita médica, del establecimiento de un sistema independiente y objetivo de información sobre medicamentos para los profesionales que incorpore las experiencias de algunas Comunidades Autónomas, de la potenciación de los programas de fármaco vigilancia y de la utilización de los medicamentos genéricos, así como del desarrollo de un programa de formación continuada en materia de actualización terapéutica.

3) Las CC.AA. y la Administración Central deben seguir sumando esfuerzos para garantizar la máxima eficacia de las políticas preventivas. Por ello es imprescindible que establezcan mecanismos que estimulen la práctica de estilos de vida saludables y contribuyan a la prevención de problemas de salud evitables (tabaquismo, accidentes de tráfico, obesidad, sedentarismo, etc.).

4) Se precisa la colaboración entre Gobierno Central y Gobiernos Autonómicos en el refuerzo de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de manera que puedan evaluarse rigurosamente y de forma per-

manente la seguridad, eficiencia y efectividad de todas las tecnologías y procedimientos. Es necesario establecer mecanismos operativos para evaluar las indicaciones, tasas de utilización y resultados de las tecnologías sanitarias, así como articular protocolos de actuación y buenas prácticas. De esta forma se potenciará el desarrollo de actuaciones que faciliten el acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

5) Otro compromiso importante corresponde a la consolidación de los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las Comunidades Autónomas, como instrumento para incrementar la calidad asistencial y responsabilizarles de los diferentes componentes de gasto.

6) El acuerdo de financiación del gasto sanitario incluye como medida a poner en práctica el aumento de recursos y de la capacidad de resolución de la atención primaria. Ésta es, como se ha comentado, una de las reformas pendientes de nuestro sistema sanitario, excesivamente centrado en la atención hospitalaria.

7) Por último, es importante destacar el compromiso de desarrollar los sistemas de información sanitaria, que deberán incorporar información sobre la población a través de la tarjeta sanitaria, sobre las necesidades y la demanda, sobre actividad y resultados, y sobre la utilización de los recursos y los costes. Sin conocimiento sobre dónde se localizan y por qué tienen lugar los fallos del sistema, no es posible corregirlos. La información permite, además, garantizar la transparencia y asegurar el control social del uso de los recursos públicos.

Fruto de los acuerdos alcanzados en el Consejo de Política Fiscal y Financiera se decidió, además, otorgar carácter permanente al grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, que realizará de manera continuada la evaluación del Sistema Nacional de Salud, redefiniendo a partir de las conclusiones obtenidas los objetivos a alcanzar y los instrumentos para su logro, desarrollando y concretando aún más las medidas de moderación de crecimiento del gasto sanitario y completándolas, en su caso, con nuevas medidas que puedan ser propuestas en el futuro. De este modo, los trabajos del grupo servirán, no sólo para mantener los intercambios de información cuantitativa y cubrir así algunas lagunas importantes, sino además para que se produzca un intercambio de experiencias que permita la difusión de todas aquellas iniciativas que estén siendo eficaces en la contención del gasto sanitario y que simultáneamente permitan mantener y mejorar la calidad de la asistencia prestada.

El gasto sanitario, como se ha visto, tiene una enorme entidad y además crece deprisa. A pesar de las previsiones favorables que se citaban en el epígrafe anterior, la preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario (sobre todo en el medio y largo plazo), lejos de desaparecer, se va haciendo cada vez más visible. Como se mencionó en la introducción, buena parte de los factores que impulsan al alza el gasto están íntimamente ligados al desarrollo económico y social de un país. Las mayores exigencias de los ciudadanos, la preocupación por la calidad o los avan-

ces tecnológicos van a seguir, pues, presionando sobre el gasto. Por eso es importante articular las medidas acordadas entre Administración Central y CC.AA. Pero seguramente el elemento crítico consiste en establecer un marco adecuado de toma de decisiones para políticos, gestores y clínicos, que favorezca la incorporación de los conceptos de efectividad, utilidad, coste y eficiencia (para valorar, por ejemplo, qué procedimientos deben financiarse públicamente y cuáles no, o para decidir entre alternativas de diagnóstico y/o tratamiento).

La teoría económica nos proporciona herramientas apropiadas para decidir cuándo se debe –y cuándo no– invertir más recursos en una actividad, aunque en la práctica el cálculo de los beneficios y los costes asociados a dicha inversión resultan muy complejos, y particularmente en el ámbito de la sanidad. Necesitamos saber cuándo “más” no es “mejor”. Y necesitamos poder identificar las situaciones en las que esto es así antes de que se produzca el gasto. Por ello, suministrar herramientas de evaluación y, sobre todo, implantar una cultura de evaluación en las instituciones donde reside la toma de decisiones, es seguramente una de las mejores y más rentables inversiones que se pueden hacer hoy en día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appleby J. y Harrison A. (2006): *Spending on Health Care. How much is enough?*, King's Fund.
- Costa, J. y Gil, J. (2005): “Generación de desigualdades en salud: en búsqueda de un modelo explicativo en España”, Mimeo.
- Gispert, R.; Torné, M. M. y Arán, M. (2006): “La efectividad del sistema sanitario en España”, en Informe SESPAS 2006, Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado, *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, nº 1, pp. 117-126.
- Ibern, P. y Planas, I. (2005): “Todos queremos más, pero ¿de qué?”, *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 7, nº 4, pp. 127-130.
- Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005): Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a): *Barómetro Sanitario 2005*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006b): *Indicadores de salud. La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud*.
- OCDE (2006): “Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?”, Economics Department, Working Paper, nº 477.
- Organización Mundial de la Salud (2000): *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*.
- Ortún, V. (2006): “Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España”, *Revista Asturiana de Economía*, nº 35, enero-abril, pp. 23-43.

- Puig, J. (2006): "¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada?", en Informe SESPAS 2006, Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado, *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, nº 1, pp. 96-102.
- Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Red IRYSS) (2005): *Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud*, vol. 1, nº 1.
- Ruiz-Huerta, J. (2005): "Gasto sanitario público: visto para sentencia?, ponencia presentada a las XXV Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona.
- Urbanos, R. (2006): "El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud", *Presupuesto y Gasto Público*, vol. 42, nº 1, pp. 229-240.

ABSTRACT

This article summarizes the main issues related to the Spanish health care expenditure, such as: which is the Spanish position in the international ranking in terms of the magnitude of public health care spending? How can its latest evolution be described? What can be said about the efficacy, efficiency and equity of health care expenditure? Is it possible to foresee its future behaviour? If so, will we be able to finance it without putting in risk the rest of public policies? Is it possible to give any "recipe" to reinforce the sustainability of the Spanish National Health System?

Key words: health care expenditure, health care financing.

