

LA EXPANSION DEL GASTO SANITARIO Y LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Juan Carlos COSTAS TERRONES
Guillermo LOPEZ CASASNOVAS

to sanitario total cercano al 6 por 100 del PIB. De acuerdo con esos datos, nuestro país se acerca a la media de los países de la OCDE pero se mantiene en un nivel relativamente modesto especialmente en el gasto sanitario conjunto.

La trayectoria seguida por el gasto total con posterioridad a 1980 no es conocida, pero sí es posible observar que el gasto financiado por la Seguridad Social —aproximadamente el 90 por 100 del gasto público— se ha mantenido estable en términos reales (3), ya que la diferencia entre el presupuesto de 1984 y la liquidación de 1980 no alcanza un incremento del 1 por 100.

Detrás de la expansión registrada en el gasto sanitario de la mayoría de países occidentales probablemente han estado un conjunto de factores que explicarían la inflación de costes producida. Entre ellos:

a) Los cambios registrados en la estructura demográfica, básicamente el alargamiento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población.

El notable impacto de este factor en nuestro país ha producido como resultado que las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística establezcan un crecimiento extremadamente importante de la población mayor de 65 años, que pasa del 11,31 por 100 en 1981 al 15,38 por 100 en el año 2001. El resultado de este envejecimiento no sólo es crucial a la hora de efectuar las proyecciones referentes a las prestaciones económicas de la Seguridad Social, sino que, habida cuenta de que el gasto sanitario realizado por la población ma-

I. PRESENTACION

EL objeto de la presente nota consiste en realizar una primera aproximación a algunos aspectos económicos del Proyecto de Ley General de Sanidad (1). A este fin se realiza un breve examen de las características que ha revestido la expansión de este tipo de gasto público en los países de la OCDE y en España, sugiriendo la existencia de factores endógenos que propician el crecimiento. Finalmente, se efectúa un rápido examen de las previsiones contenidas en el Proyecto de Ley bajo la hipótesis de que es precisamente el previsible impacto sobre el gasto público la causa de la transformación seguida por los sucesivos proyectos respecto a los propósitos iniciales de reforma del sistema sanitario público.

II. LOS FACTORES DE EXPANSION DEL GASTO SANITARIO

El crecimiento del gasto sanitario no puede considerarse un fenómeno nuevo ni exclusivo de nuestro país. Durante las dos últimas décadas, su expansión está en la base del crecimiento relativo del gasto público en la mayoría de economías occidentales como una de las manifestaciones del avance de los sistemas de seguridad social y del estado del bienestar.

Las comparaciones internacionales en materia de gasto público son siempre difíciles, y el gasto sanitario no constituye una excepción. Los problemas que introduce el uso de cualquier tipo de índice —incluso los más agregados— cuestiona la validez de los resultados, y siempre se hace imprescindible un buen nivel de cautela respecto a las conclusiones que se pudieran derivar. Con toda esta precaución debe observarse el cuadro n.º 1 que muestra la expansión del gasto sanitario (2) en los países de la OCDE en el período 1960-1980. Como es posible observar, se produce un fuerte incremento en el período considerado, aunque su crecimiento relativo se ralentiza o detiene al final de la década de los setenta, al inclinarse el gasto público hacia otro tipo de servicios, tales como pensiones o desempleo. Por otra parte, los incrementos del gasto son soportados en su práctica totalidad por el sector público, como muestra el descenso, en media, de la financiación privada en el período, que pasa del 2 por 100 del PIB en 1960 al 1,6 en 1980, dando como resultado una financiación pública del 78 por 100 en este último año, aunque con amplias diferencias entre países.

En el caso de España, las únicas cifras referentes a 1980 son las ofrecidas en un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 1983, que establece la financiación pública en el 76 por 100 de un gas-

CUADRO N.º 1

PORCENTAJE DEL GASTO SANITARIO EN EL PNB

PAISES	GASTO TOTAL				
	1960 (1)	1965	1970	1975	1980 (2)
Australia	5,2	5,3	5,6	7,6	7,7
Austria	...	4,7	5,4	6,4	...
Bélgica	...	...	4,1	5,3	6,1
Canadá	5,5	6,0	7,2	7,4	7,4 (*)
Dinamarca	...	...	6,0	6,4	6,7
Finlandia	3,8	4,8	5,5	5,6	5,6
Francia	4,3	5,3	6,1	7,1	8,1
Alemania	4,1	3,9	5,7	8,4	8,0
Grecia	2,8	3,1	3,6	3,5	3,7
Irlanda	...	...	5,5	7,9	8,4
Italia	3,8	4,5	5,2	6,7	6,4
Japón	...	4,6	4,5	5,6	6,1
Luxemburgo	...	...	...	9,5	...
Holanda	...	4,5	6,3	8,1	8,7
Nueva Zelanda	...	...	...	...	...
Noruega	3,9	4,4	5,6	7,5	7,8
España	...	...	4,1	5,4	...
Suecia	4,6	5,7	6,9	7,6	9,2
Suiza	4,1	4,3	5,1	6,8	7,3
Reino Unido	3,5	3,7	4,0	5,5	5,7
Estados Unidos	5,3	6,1	7,6	8,7	9,6
Media OCDE (3)	4,3	4,8	5,5	7,0	7,2

PAISES	GASTO PUBLICO				
	1960 (1)	1965	1970	1975	1980 (2)
Australia	2,5	2,9	3,2	5,6	5,1
Austria	...	3,0	3,3	4,0	...
Bélgica	...	3,1	3,6	4,5	5,2
Canadá	3,1	2,8	5,1	5,7	5,6 (*)
Dinamarca	...	3,6	5,2	5,9	6,2
Finlandia	2,4	4,1	5,1	5,5	5,5
Francia	2,5	3,6	4,3	5,3	6,2
Alemania	2,4	2,4	4,2	6,6	6,2
Grecia	1,0	2,2	2,1	2,4	3,1
Irlanda	...	3,4	4,3	6,5	8,1
Italia	2,9	3,7	4,0	5,9	5,7
Japón	...	2,7	2,9	4,0	4,4
Luxemburgo	...	...	...	5,7	6,7
Holanda	...	2,8	5,3	6,1	6,6
Nueva Zelanda	3,3	3,4	3,6	4,2	4,4
Noruega	...	3,6	4,0	5,8	7,2
España	...	...	1,8	2,7	...
Suecia	2,5	4,4	6,3	7,3	8,8
Suiza	2,0	2,6	3,2	4,8	5,4
Reino Unido	3,3	3,6	3,9	5,1	5,3
Estados Unidos	1,3	1,6	2,8	3,7	4,1
Media OCDE (3)	2,3	3,0	4,0	5,2	5,6

(1) 0 primer año disponible.

(2) 0 último año disponible.

(3) Excluyendo Austria, Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo, Nueva Zelanda y España.

(*) Basado en estimaciones propias de la OCDE.

Fuente: OCDE, *Trends in Public Expenditure on Health*, 1981.

yor de 65 años se sitúa en torno al 40 por 100 del total, deberá tener una magnitud muy considerable que hoy no es posible cuantificar.

b) El aumento relativo de la morbilidad social que ha acompañado al desarrollo económico en los países industrializados.

A pesar de que en nuestro país no parecen existir estudios detallados sobre este tema, en otros países sí ha podido constatarse, por ejemplo, una elevación en el uso de los servicios psiquiátricos y una relación negativa entre desempleo y niveles de salud.

c) La elevada elasticidad renta que parece acompañar al crecimiento de la demanda de los servicios sanitarios, si bien es difícil discernir si se trata de una relación causa-efecto o de la mera constatación de la existencia de su crecimiento paralelo, tal como el que se puede observar en el cuadro n.º 1.

d) La naturaleza trabajo intensiva, intrínseca a la actividad de servicios y a la asistencia sanitaria en particular (especialmente en el caso de la medicina general y ambulatoria).

La difusión de tecnología médica nueva y más costosa no parece venir acompañada de procesos sustitutivos capital-trabajo, sino que produce movimientos en paralelo en el crecimiento de ambos factores (especialmente en la asistencia sanitaria) (4).

En consecuencia, el crecimiento de la productividad en el sector sanitario resultaría menor que el correspondiente al resto de la economía, con lo que las elevaciones producidas en el coste de los factores difícilmente podrían absorberse con crecimen-

tos de productividad en el sector en igual medida que para el conjunto de la economía (5).

e) Una estructura de incentivos «perversa» respecto a la motivación de los agentes del sector en orden a un comportamiento acorde a postulados de racionalidad económica.

El sistema de remuneración de los agentes es independiente del producto obtenido y los mecanismos presupuestarios de financiación de los centros proveedores de los servicios se establece sobre la base de los costes incurridos (6).

f) A los factores anteriores cabe añadir un sexto y último, específico y coyuntural para aquellos países que caminan hacia la creación de un servicio nacional de salud, como es el caso hoy de España, en cuanto significa una extensión del número de personas incluidas en el ámbito de los servicios públicos y, en su caso, un proceso de ampliación del número de servicios suministrados.

En consecuencia, en el fenómeno de la expansión del gasto sanitario difícilmente es posible determinar el impacto parcial de cada uno de los factores citados y en particular del último de ellos, objeto de atención de este trabajo.

III. LA MEMORIA ECONOMICA DEL PROYECTO DE LEY DE SANIDAD

El impacto que el Proyecto de Ley General de Sanidad ha de suponer sobre el incremento del gasto público ha merecido escasa atención en los círculos de opinión, más allá de la contro-

versia acerca de las cifras globales (7). Ello ha sido así pese a que la Memoria que acompaña al Proyecto de Ley entrado en abril de 1985 en la Secretaría del Congreso, incluye un Informe Económico en el que se formulan las bases económico-financieras que deben regular la implantación del nuevo sistema sanitario.

Como se observará a continuación, dicho Informe adolece de serios problemas que cuestionan la validez de las valoraciones presentadas y ayudan a explicar la evolución seguida por el Proyecto de Ley General de Sanidad. Por otra parte, a pesar de la escasa atención recibida por la Memoria Económica del Proyecto, paradójicamente han sido las supuestas consecuencias económicas de la Ley las que han condicionado su contenido y ritmo de aplicación. Ello puede explicar, en definitiva, la falta de voluntad de comprometer la financiación del sistema sanitario al Presupuesto del Estado (8).

En consecuencia, se ha optado por una aplicación limitada de la Ley en relación a sus previsiones iniciales, sometiéndolo al impacto observado en el gasto sanitario. A esta actitud se halla sin duda asociada la debilidad de las valoraciones presentadas en la Memoria Económica del actual Proyecto, lo cual puede haber contribuido, e incluso justificar ahora, que los responsables económicos de la actual Administración hayan adoptado criterios exclusivamente *ad hoc*.

En efecto, tras «el velo de ignorancia» del impacto de la Ley sobre el gasto público, se ha sentado el principio general de que «la atención integral de la

salud se prestará a medida que los recursos económicos lo permitan». Así lo indica la exposición de motivos: «razones de crisis económica que no es preciso subrayar hacen que no se generalice el derecho a obtener gratuitamente las prestaciones», «programándose su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes».

Esta característica se reitera constantemente, «la aplicación de la reforma que el Proyecto establece tiene por fuerza que ser paulatina, armonizarse con la sucesiva asunción de responsabilidades por las Comunidades Autónomas y adecuarse a las disponibilidades presupuestarias en lo que concierne al otorgamiento de las prestaciones del sistema a todos los ciudadanos» (9).

Este procedimiento, si bien puede calificarse de conforme a la imprescindible adecuación de ingresos y gastos públicos, se ha instrumentado mediante la inconcreción del contenido de la Ley, lo que da origen, al menos, a dos consecuencias:

1.^a El Proyecto no permite el análisis de la racionalidad en la instrumentación de los medios puestos a disposición de fines, ya que ni los unos ni los otros resultan hoy claros en su actual redacción.

2.^a Elementos de discrecionalidad predominarán en la determinación del ritmo de aplicación de la Ley. Alternativa diferente a la que resultaría de la adquisición gradual de compromisos fundamentados en una programación consistente con los estudios de valoración y objetivos de dicho Proyecto de Ley.

A fin de observar la realidad

de estas consecuencias, se examinará ahora la cuantificación en el Proyecto, en la que se distinguirán los componentes «cantidad» y «precio» que están en la raíz de todo incremento de gasto. Se entenderá, de forma tal vez poco ortodoxa, por componente «cantidad» la provisión de nuevos servicios — salud mental u odontología—, mientras que el componente precio se referirá al aumento de gasto procedente de la eliminación de barreras de acceso al sistema sanitario, tal como supone la ampliación de la cobertura.

La ampliación de la cobertura

En relación a la extensión de la cobertura de los servicios exis-

tentes, las dificultades en su cuantificación surgen de:

1.º La determinación de la población que se beneficiará del derecho a la protección, y

2.º El cálculo de la utilización de los servicios que hagan los nuevos colectivos integrados, y más específicamente, la pauta y niveles de utilización, y cómo afectarán estos últimos a la utilización anterior, o consumo medio del servicio, realizado por el resto de población protegida.

En cuanto a la determinación del colectivo hoy sin derecho a la asistencia sanitaria pública, el Informe Económico del Anteproyecto la cifra en un 6 por 100 de la población total, es decir, la no protegida por algunos de los sistemas públicos de cobertura,

tales como INSALUD, MUFACE, Instituto Social de la Marina, etc.

La composición de dicho colectivo es desconocida, si bien se trata de un estrato superior de renta —profesionales liberales, etc.—, tradicionalmente ajeno a la sanidad pública, y de un estrato muy bajo que, por razones económicas, queda excluido o ha estado históricamente marginado. De acuerdo con algunas informaciones aparecidas en la prensa, este segundo tramo de población podría representar un 4 por 100 del total, si bien parte de este porcentaje estaría ya cubierto por el Padrón Municipal de Beneficiencia, por lo que su inclusión es un tema más de redistribución que de aumento de gasto. Por otra parte, el contenido de la Memoria

CUADRO N.º 2

<i>Clase social estimada y número de hogares en esa categoría</i>	<i>Tienen Seguridad Social (2)</i>	<i>No tienen Seguridad Social (N.º de hogares estimados (3))</i>	<i>La usan habitualmente (4)</i>	<i>La utilizan si la tienen (5 = 4 / 2)</i>	<i>Número de hogares que empezarian a utilizarla (6 = 5 x 3)</i>
Alta: 435.400	50 %	50 % 217.700	23 %	46,1 %	100.360
En alta: 1.280.000	73,6 %	26,4 % 338.100	46 %	62,9 %	212.665
Media alta: 2.781.800	79,8 %	20,2 % 561.900	66 %	83,0 %	436.377
Media baja: 2.136.300	85,7 %	14,3 % 305.500	80 %	93,0 %	284.115
Trabajadora: 2.652.900	91,4 %	8,6 % 228.149	85 %	92,5 %	211.038
Pobre: 855.500	83,1 %	16,9 % 144.600	81 %	96,9 %	140.117

económica no recoge estudio estadístico alguno que pudiera precisar en mayor medida el alcance de la ampliación de la cobertura.

En cuanto a la utilización que ambos colectivos realicen del sistema sanitario, el Informe trabaja sobre niveles medios de consumo y costes medios resultantes, de acuerdo con la pauta de utilización que se produce en asistencia hospitalaria, consultas médicas, radiología y análisis y farmacia.

Si bien para el grupo de renta superior pudiera parecer plausible la hipótesis de un consumo relativamente menor de asistencia pública, debe recordarse que en su actual redacción el Proyecto prevé para estas personas un precio o tasa por la «compra de la cartilla» (o el pago por proceso). Prescindiendo del aspecto de no universalización que implica, el efecto que podría suponer de reducción de gasto adicional puede quedar minorado al introducirse problemas de selección adversa de riesgo por parte de aquellos que se acojan a la posibilidad abierta por la Ley y realicen consumos muy superiores a los medios.

No resulta tampoco evidente la previsión de que el consumo del colectivo de renta inferior se vaya ajustar al nivel medio. En su lugar, y tal como muestra una encuesta realizada por el Instituto de Estudios Laborales y de Seguridad Social (cuadro n.º 2), el grado de utilización de este segundo colectivo alcanza un 97 por 100, muy por encima del 75 por 100 que puede apuntarse como consumo medio. Pese a ello, el Informe opta por aplicar los consumos medios sobre los costes medios y reducir la cantidad resultante entre un 30

y un 40 por 100 sin justificación explícita.

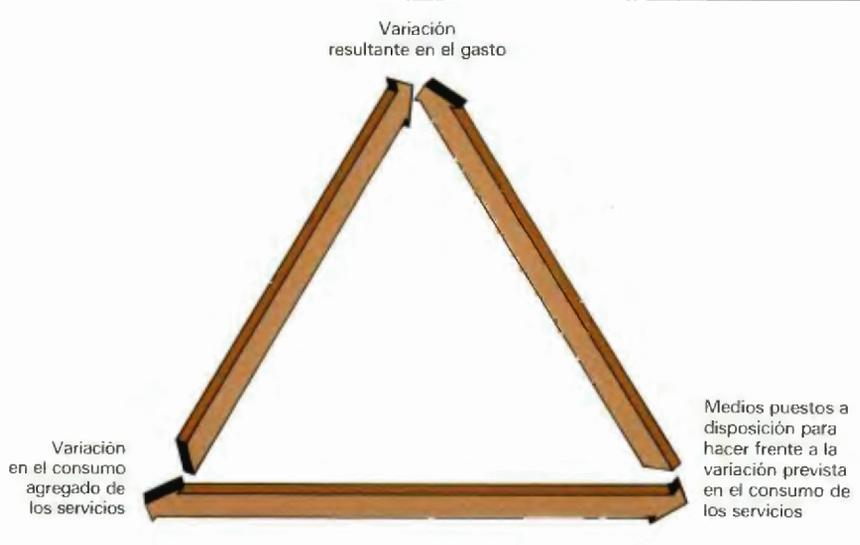
Por otra parte, es más que dudoso el método de cálculo seguido en el Informe del Anteproyecto inicial (1983) (10), que dice basarse en las elasticidades calculadas del aumento de consultas y estancias hospitalarias respecto del incremento de la población protegida (11).

No parecen razonables los valores de elasticidad utilizados (12) (nótese que éstos ya no figuran explícitamente en la Memoria Final de 1985, aunque sí sus cifras resultantes), ni tampoco la aproximación seguida de proyectar hacia el futuro la experiencia registrada en el pasado, respecto a dos colectivos no coincidentes. Parece legítimo concluir, sobre la base de aquellos resultados, que los aumentos de población protegida han venido acompañados en el tiempo de un porcentaje de aumento relativamente mayor en la utilización de la asistencia sanitaria, dado el desprestigio al que, por otras razones, se ha visto sometida la asistencia ambulatoria. Ahora bien, la proyección de aquella tendencia en el tiempo, que probablemente es ajena

a la ampliación de la cobertura, difícilmente parece justificable, excepto en el caso de que se aceptara la hipótesis de que la aplicación de la Ley no va a modificar los hechos que han llevado a la situación actual.

En cualquier caso, ha de recordarse que el factor «precio» en sistemas públicos de provisión adquiere un significado de «barrera de acceso» que incluye componentes otros al monetario —precio cero—, tales como congestión —tiempo de espera y distancia—. Por lo tanto, no pueden olvidarse los medios que deberán acompañar a la ampliación de la cobertura a fin de que el alza de la barrera para un colectivo no suponga su instalación para algún otro que ante, por ejemplo, una sobreutilización o saturación del servicio que represente un incremento de espera, desatención, etc. pueda renunciar a la utilización gratuita del servicio.

Ello introduce un vínculo triangular que relaciona algunos de los factores que van a ser decisivos, a nuestro juicio, a la hora de determinar el impacto resultante de la ampliación de la cobertura:



En efecto, un primer factor clave de la variación en el gasto resultante es la adecuación de medios que habrá de acompañarse con el aumento de la oferta, ya que podrá afectar al componente «precio» (barrera de acceso) en un sentido u otro. De cumplirse los buenos propósitos de la Ley en cuanto a mejora de la calidad asistencial, podría producirse un aumento en la utilización de los servicios incluso por parte de la población hoy protegida y no usuaria, lo cual impactaría en los niveles de gasto de modo poco predecible (13). De cualquier forma, es probable que suceda precisamente lo contrario en la medida en la que se intente hacer frente a la «universalización» con los medios hoy existentes, lo que originaría que el «control» del impacto ocasionado por la entrada en vigor de la Ley se hiciera a costa de un nuevo desprestigio en la provisión pública de la sanidad. En este sentido, es posible señalar que no puede entenderse de otro modo el párrafo que recoge el informe: «No se presupuestan gastos de capital por considerar que la entrada en vigor de la ley no supondrá creación de instalaciones nuevas, ni siquiera mejoras de las existentes que en otro caso no fueran a tener lugar».

Por otro lado, la utilización de los costes medios (por consulta, por estancia) como numerarios para la cuantificación del impacto producido por la ampliación de la cobertura es, en cierto modo, una prueba de la escasa atención prestada a este cálculo. Como es bien sabido, al menos para el tramo discreto marcado por los niveles de costes fijos existentes, los costes marginales normalmente difieren de los valores medios. En el ca-

so que nos ocupa, aquéllos son posiblemente inferiores a éstos, por lo que el uso de los costes medios supondrá una sobrevaloración. A título de ejemplo, el coste de hospitalización (que se calcula en un 60 por 100 del gasto por universalización) podría representar una sobrevaloración cercana al 20 por 100 si se usa el coste por estancia, o entre el 15 y el 20 por 100 si se utiliza el número de admisiones, dado que el valor de los costes marginales se sitúa por debajo de los costes medios (14).

En resumen, la proyección de la pauta y niveles de consumo medios actuales referidos a los distintos grupos contemplados en el cuadro n.º 2 —clasificación manifiestamente mejorable y única de que se dispone—, de acuerdo con los niveles de «desprotección» y utilización efectiva, da como resultado que el coste de universalización estaría próximo a los 125.000 millones de pesetas. Ello representaría un coste por hogar de 88.000 pesetas anuales, cifra que queda incluso por debajo del coste medio actual de 132.000 pesetas por hogar y que resulta de la división del Presupuesto del INSALUD de 1985 por el número de hogares (15). Nótese además que en su cálculo se ha supuesto un aumento proporcional en la infraestructura de los servicios establecidos, de modo que la «calidad» no juega un efecto adicional endógeno en la demanda de servicios hecha por colectivos forzosamente no coincidentes.

La inclusión de nuevos servicios

En cuanto al factor «cantidad» o ampliación de los servicios contemplados para el con-

junto del colectivo protegido, su valoración choca con problemas similares a los antes mencionados, agravados ahora por la inexistencia de datos sobre niveles de consumo actuales, que con menor legitimidad pueden inferirse sólo de los consumos privados.

En cualquier caso, se hace más patente en este apartado la inconcreción de la Ley. Así, la Memoria expresa en voz alta «las dudas sobre el compromiso que la Ley de Sanidad supondrá para esta especialidad desde la perspectiva jurídica y del derecho a la salud que se declara y regula» al referirse a los tratamientos odontológicos, ignora la asistencia geriátrica y algunos otros aspectos relacionados con la salud mental. Además, no cuantifica en ningún modo los medios puestos a disposición de la «Salud Laboral», lo que parece confirmar la escasa novedad del alcance de este servicio y/o el mantenimiento de los medios puestos a disposición en sus niveles actuales.

En cuanto a la *Salud Mental*, el Informe Económico de la Memoria muestra una valoración incompleta que podría intentarse suplir mediante la contenida en el Anteproyecto de 1983, excepto en lo referente a una partida de 5.000 millones de procedencia desconocida. La cuantificación de este servicio es tal vez la más detallada del Anteproyecto de 1983 y se hace de acuerdo con los valores medios observados en los servicios hospitalarios, extrahospitalarios y atención farmacéutica, reducidos convenientemente (¿arbitrariamente?) en aquella parte que se considera financiada ya de algún modo por el sector público (30 por 100 para la hospitalaria, 40 por 100 para la extrahospitalaria

CUADRO N.º 3

VOLUMEN TOTAL DE GASTOS ESTIMADOS (L.G.S.)
(Millones de pesetas de 1984)

	<i>Memoria Anteproyecto 1983</i>	<i>Proyecto 1985 (6)</i>
• Universalización	98.477	49.500
Asistencia hospitalaria	59.769	
Consultas médicas	15.914,7	
Gastos de personal (1)	15.119	
Otros gastos	795,7	
Radiología y Análisis (2)	5.683,3	
Farmacia extrahospitalaria (3)	17.080	
Otros tipos de asistencia:		
(Rehabilitación o medicina preventiva) ...	—	
* Salud mental	22.000	17.000
Servicios hospitalarios	13.200	
Atención extrahospitalaria (4)	7.200	
Atención farmacéutica (5)	1.600	
* Organización y estructura	2.413	2.413
Consejo Interterritorial	13	
Gerencias de Area	2.400	
* Investigación	6.000	6.000
* Instituto Carlos III	15	15
* Odontología	—	1.000
* Mayor uso de servicios	—	28.000
* Otros costes indirectos	—	2.000
* Creación de Centros de Salud	—	—
* Integración de la red hospitalaria	—	—
* Libre elección	—	—
TOTAL	128.875	105.928

- (1) Corresponde dicha cifra a 7.560 personas (4.900 para medicina general y pediatría, de los que 2.580 serían facultativos y 2.600 para especialidades, de los que 1.660 serían facultativos).
- (2) Resultado de calcular un incremento en un 11,3 por 100 del gasto presupuestado para esos servicios con medios propios y ajenos por el INSALUD.
- (3) Aplicando la misma pauta seguida por los hoy incluidos en la Seguridad Social.
- (4) Resultado de reducir en un 40 por 100 los 12.000 millones inicialmente proyectados, de acuerdo con la hipótesis de utilización potencial de los recursos que hoy ya están en manos del Estado.
- (5) Supone un incremento neto sobre el gasto actual del 15 por 100.
- (6) Nótese que al menos parte de la divergencia registrada en la cifra de población «desprotegida» entre la Memoria Económica del Anteproyecto de 1983 y 1985 (9,7 en lugar del 6,5 por 100) se debe a la inclusión de todos los trabajadores autónomos en la contingencia de asistencia sanitaria realizada a partir del 1 de enero de 1984.

y un 73 por 100 para la asistencia farmacéutica). La aplicación de dichos porcentajes permite la reducción de la cifra inicialmente prevista hacia valores cerca-

nos a los 17.000 millones de pesetas.

De cualquier forma, la valoración de los servicios psiquiátri-

cos — la especialidad médica probablemente con mayor nivel de discusión y evolución— contenida en la Memoria se halla condicionada por la valoración médica previa que se establece y, en consecuencia, también sujeta al uso real que se realice de los servicios extrahospitalarios, menos costosos que los hospitalarios. Realmente éste es uno de los ámbitos en los que será de importancia crucial la capacidad de la Administración sanitaria para encauzar de forma coordinada el conjunto de servicios ya en manos del sector público y superar las rigideces existentes. Entre los problemas a resolver destaca la integración de la asistencia primaria psiquiátrica en los ambulatorios y centros de salud.

Para muchos sectores de opinión la *Odontología* ha sido la gran sacrificada en el Proyecto de Ley. Ya se anotó que la Memoria mantiene «dudas desde la perspectiva jurídica» de su inclusión en el derecho a la salud, al tiempo que el Proyecto anuncia la existencia en cualquier caso de «mecanismos financieros moderados» (no se especifica cuáles ni cifra alguna). El resumen es la anotación de únicamente una cifra mínima de 1.000 millones (que no se justifica) en concepto de incremento en los medios personales.

Otros aspectos

En relación a los *costes de organización y estructura* del sistema, el Informe establece una cantidad fija de 13 millones para un órgano de nueva creación — el Consejo Interterritorial de Salud— y 2.400 millones para las Gerencias de Area. Se conocen estas cifras a través del Anteproyecto

de 1983, pero no de la Memoria del actual, en el que figura tan sólo la cifra agregada. Por otra parte, parece ignorarse el coste y organización de los Organos de Dirección y Participación de las 200 Areas previstas, y de las correspondientes Zonas Básicas de Salud para la asistencia primaria.

En cuanto a la *Investigación*, visto el compromiso de destinar a ella el 1 por 100 del «presupuesto global de sanidad», su aplicación a los presupuestos INSA-LUD 1985 determinaría una cifra próxima a los 10.000 millones. No especifica el Informe los niveles actuales de gasto que se sustraen de aquella cifra para determinar los 6.000 millones resultantes (aunque sí podía deducirse del Anteproyecto de 1983).

No parecen merecer mayor comentario los 15 millones destinados a la creación del Instituto Carlos III —con «reestructuración de funciones y de los organismos que ya vienen funcionando, si bien de manera descoordinada»—, ni la «disminución real de gastos» que pueda esperarse de la integración en una única red hospitalaria pública aunque, naturalmente, éste hubiera de ser uno de los pivotes en que se apoyara la Ley. Es decir, la capacidad de reorientar parte de los medios actuales a disposición del sector público hacia los objetivos marcados por la Ley y la mejora en los resultados económicos que pudieran derivarse de una mejor asignación de recursos a raíz de la coordinación o integración de medios en la red sanitaria pública. Estos dependerán probablemente de la dotación existente de los servicios y del aprovechamiento que de ellos pueda hacerse desde la nueva estructura, por ejemplo desde las Areas de Salud, con una

visión más cercana y diaria de los problemas sanitarios.

Finalmente, cabe señalar que el Informe, destina un tanto alzado de 28.000 millones en concepto de «la *demandada adicional generada por una oferta de servicios de mayor calidad respecto de los actuales*». Ello se debería a la conducta «de aquellos beneficiarios que en el presente utilizan la sanidad privada, renunciando con ello a la equivalente oferta pública».

Dicha cantidad se justifica en el Informe con otro texto de difícil comprensión: «La evolución del coste se ha realizado a partir de un cuidadoso estudio de los gastos familiares en sanidad privada, y llevando un 20 por 100 de los mismos, desagregados convenientemente, a incremento neto de coste, cifrándose éste en: mínimo, 28.000 millones» (16).

Adicionalmente, el Informe prevé bajo el concepto de «*otros costes indirectos*» 2.000 millones en relación «a las posibles ampliaciones netas de plantilla para las diversas actividades potenciadas por la Ley y no contempladas en apartados específicos». Nada refiere, sin embargo, a su fundamento y evaluación.

La Memoria acaba con la aseveración de que el derecho a la libre elección de facultativo dentro del Area de Salud que la Ley contempla no deberá suponer un aumento adicional de costes, mientras que para la elección de especialistas el posible incremento se confiesa de casi imposible aproximación (17).

Para finalizar, cabe observar la programación temporal del gasto. El ritmo de periodificación previsto por el Informe Económico, que «reparte» las disponibilidades presupuestarias de modo ho-

mogéneo en los diferentes capítulos o propósitos de la Ley, parece erróneo, ya que no prima ninguno de los objetivos y, con el criterio político de intentar mostrar un avance en los diferentes ámbitos de la Ley, se sacrifica la consistencia de la política sanitaria. Más congruente hubiera sido la adopción de un método semejante al de la propuesta de periodificación presentada en el proyecto de 1983, que prima la extensión de la cobertura por encima del resto de propósitos contenidos en la Ley.

NOTAS

(1) Un buen número de aspectos no se tratarán en esta Nota. Algunos de ellos, tales como el desplazamiento del gasto de la Administración Central a los Entes Territoriales y los problemas de coordinación entre redes sanitarias se hallan tratados en *Algunos aspectos económicos del Proyecto de Ley General de Sanidad*, Juan Carlos COSTAS TERRONES, Instituto de Estudios Económicos (de próxima publicación).

(2) Las diferencias en el tratamiento de la información presentes en el cuadro no permiten una comparación entre países, aunque si es posible el análisis de la tendencia registrada en cada país, por estar basado en estimaciones consistentes.

(3) Los deflatores utilizados son los correspondientes a la Contabilidad Nacional y al Índice de Precios de Consumo.

(4) Una proyección del gasto sanitario realizada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sitúa el incremento de este gasto en 1983 entre el 10 y 17 por 100. El estudio no recoge la metodología utilizada para el cálculo, indicando que «la proyección del gasto derivado de la asistencia sanitaria está afectado básicamente de dos tipos de variaciones, la que incluye el aumento de la población protegida y la que trata

de actualizar los costes de sus principales componentes (remuneraciones de personal y compra de bienes corrientes y servicios).

(5) Véase «Un Test sobre las proposiciones de W. Baumol acerca del "productivity lag" en el Sector Público». Guillermo LOPEZ CASASNOVAS, *Hacienda Pública Española*, n.º 72, 1981.

(6) Véase en este punto el trabajo de Guillermo LOPEZ CASASNOVAS sobre «Gasto público y racionalización presupuestaria» que aparece en este mismo número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA.

(7) Así, se han barajado cifras que van desde los 300.000 millones (ptas. 1985), calculados por el Ministerio de Economía y Hacienda, a los 170.000 millones (ptas. 1984) cuantificados inicialmente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, o desde los 128.875 millones que aparecen en la Memoria Económica del primer Anteproyecto a los 106.000 millones sobre los que se está trabajando hoy en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

(8) Las dudas sobre el alcance del impacto de la Ley sobre el gasto se han reflejado en último término en el hecho de que el proyecto no establece como objetivo, ni tan siquiera a largo plazo, la financiación total de la asistencia sanitaria vía Presupuestos del Estado (art. 84). En el redactado de la Ley puede únicamente encontrarse el reconocimiento de aquella vía de financiación en la participación en el sostenimiento de la Se-

guridad Social (situación actual) y, de modo particular, para la financiación de la parte correspondiente a la extensión de la cobertura para aquellas personas sin recursos económicos (art. 83). Para el año 1986 el Ministerio de Sanidad y Consumo ha anunciado recientemente la inclusión de una partida de 38.000 millones como financiación adicional del Presupuesto del Estado hacia el sistema sanitario.

(9) La misma prevención se establece en el redactado de los diferentes Capítulos de la Ley. Así por ejemplo, en el art. 18: «Las Administraciones Sanitarias competentes, de forma gradual y a medida que los recursos económicos disponibles lo permitan, adecuarán su actuación a los siguientes principios...».

(10) Véase *Revista de Seguridad Social*, n.º 22, abril-junio 1984.

(11) Los estudios en el sistema comparado que analizan la reacción de los ciudadanos ante la imposición de «precios» en la demanda de los servicios sanitarios son cuando menos ambiguos. Véase, por ejemplo, *Pricing the Social Services*, K. JUDGE (ed.), Martin Robertson, 1981. La evidencia sobre dichas elasticidades da valores que oscilan entre -0,24 y -1,46, dependiendo del concepto de precio utilizado y el tipo específico de tratamiento sanitario considerado. En cualquier caso, de acuerdo también con la evidencia disponible, parece necesario realizar

dicho análisis en relación al tramo de renta sobre el que nos situamos en la curva de Engels, e introducir la estimación de elasticidades cruzadas entre diferentes servicios.

(12) ¿Qué significa si no que un aumento de 1 por 100 de la población protegida hará aumentar el número de consultas en 1,6677 por 100 y el de estancias en un 2,3378 por 100?

(13) Es posible observar la diferencia existente en la «filosofía» de los redactores del Anteproyecto y del Proyecto definitivo. Los primeros intentan situar cifras máximas en numerosos casos, mientras que los segundos establecen cifras mínimas.

(14) Véase «A Budget-based Contract to improve efficiency in the Hospital sector» (cap. V), D. Phil, Universidad de York, mimeo.

(15) Véase Juan Carlos COSTAS TERRO-NES, *Algunos aspectos económicos del Proyecto de Ley de Sanidad*, op. cit.

(16) No se hace explícito el «cuidadoso estudio» y por tanto el origen del 20 por 100.

(17) No se cuantifican en modo alguno los resultados económicos de la introducción de las llamadas «medidas complementarias de financiación», ni de los «precios» establecidos para el acceso al sistema de aquellas personas con medios económicos suficientes que adquieran voluntariamente la cartilla, ni otros ingresos que pudieran aménorar los costes de aplicación de la Ley.