

Documento de Trabajo 93-03
Series de Economía 02
Mayo 1993

Departamento de Economía
Universidad Carlos III de Madrid
Calle Madrid, 126
28903 Getafe (Madrid)
Fax (341) 624 98 75

LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA SANIDAD PÚBLICA

Félix Lobo y Carlos Monasterio*

Resumen

Este artículo pretende ofrecer una panorámica sintética y breve de la situación y principales transformaciones experimentadas en los últimos años por la Seguridad Social y la Sanidad Pública en España. Se describen sus características más notables y sus datos fundamentales y se enuncian los problemas más importantes desde las perspectivas de la financiación y del gasto.

Palabras clave

Seguridad Social; Economía de la Salud; Gasto social; Política social, España.

*Lobo, Departamento de Economía, Universidad Carlos III de Madrid; Monasterio, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Oviedo.



1. INTRODUCCIÓN

Dentro del profundo cambio registrado en el sector público español desde finales de la década de los setenta, las transformaciones experimentadas por la Seguridad Social figuran, de forma destacada a la cabeza. Ha sido el agente de las Administraciones Públicas cuyo gasto ha aumentado a un mayor ritmo, además de experimentar grandes modificaciones institucionales en la gestión, la financiación y el gasto. Por otro lado, la creciente importancia cuantitativa del gasto en pensiones y otras prestaciones económicas ha generado un notable interés por conocer sus efectos económicos sobre las decisiones de ahorro y esfuerzo laboral de los individuos, así como sus efectos redistributivos. Igualmente, la creciente dimensión y complejidad de la asistencia sanitaria pública -históricamente ligada en nuestro país a la Seguridad Social- suscita una atención cada vez mayor por parte del análisis económico. Esta temática, que cubre grandes territorios del desarrollo reciente del Estado del bienestar en nuestro país, es la que nos va a ocupar en este capítulo, con un tratamiento forzosamente muy sintético, impuesto por la amplitud de los problemas considerados y la limitación de las páginas disponibles.

Para el análisis de la evolución reciente de la Seguridad Social española vamos a comenzar por examinar los rasgos definitorios del sistema, sin cuyo conocimiento no es posible comprender sus problemas actuales y las decisiones de reforma. A continuación, los dos apartados siguientes se ocupan, respectivamente, de analizar la estructura de la financiación y los cambios registrados en ingresos y estructura del gasto, así como la reforma de las pensiones. Después se hace una referencia específica a la sanidad pública considerando sus macromagnitudes y la reforma de su financiación.

2. RASGOS DEFINITORIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL ESPAÑOLA

El sistema de Seguridad Social español es un sistema profesional, que utiliza el método financiero de reparto y cuyas prestaciones económicas están destinadas al mantenimiento de renta, en el caso de que los individuos afiliados al sistema pierdan sus ingresos por motivo de jubilación, invalidez o desempleo. También las personas dependientes económicamente de los asegurados pueden obtener pensiones de viudedad u orfandad. Como prestación en especie añadida a las anteriores, el sistema ofrecía asistencia sanitaria a los afiliados y a las personas de su unidad familiar. Esta situación, sin embargo, ha variado tras la aprobación de la Ley General de Sanidad, que universaliza el derecho a la asistencia sanitaria, que ya no queda restringido a los afiliados cotizantes a la Seguridad Social. El que nuestro sistema sea de base profesional significa que sólo las personas empleadas que han cotizado durante un cierto período de tiempo tienen derecho a las prestaciones. En consecuencia con este carácter profesional, las pensiones y subsidios que se abonan son proporcionales respecto a los ingresos por los que se venía cotizando.

El método financiero de reparto supone la no acumulación de reservas para garantizar las pensiones futuras, que con el reparto quedan equilibradas anualmente merced a las cotizaciones pagadas, aplicando sobre la masa salarial sujeta a cotización el tipo de gravamen necesario para mantener el equilibrio financiero del sistema. El sistema de pensiones se basa pues en una serie de transferencias intergeneracionales, puesto que la generación laboralmente activa financia las pensiones de la anterior generación, ya jubilada, con la expectativa de que la siguiente generación, a su vez, pagará sus pensiones cuando entre en el período de jubilación. El tipo de contrato intergeneracional implícito es el que Musgrave (1981) ha llamado de tasa fija de sustitución: a los jubilados se les garantiza una pensión equivalente a cierta proporción de los ingresos previos a la

jubilación. Con esta naturaleza, en una etapa de estancamiento económico, disminución de la natalidad y envejecimiento demográfico, el sistema experimenta una serie de problemas en el corto y en el largo plazo.

A corto plazo, los efectos de la crisis económica, en cuanto a aumento del desempleo y reducción de la población cotizante colocan el peso del ajuste financiero en los cotizantes, que verán incrementado el tipo de cotización. Alternativamente, el sistema de pensiones habrá de recibir transferencias externas procedentes del sistema fiscal. A largo plazo, la reducción de la natalidad, junto con el aumento de la esperanza de vida a los sesenta y cinco años (edad de jubilación), aumenta la tasa de dependencia (cociente entre pensionistas/cotizantes), con el mismo efecto de aumento de la carga sobre las cotizaciones futuras.

Todos estos problemas que originan a la Seguridad Social los factores económicos, en el corto y medio plazo, y los factores demográficos en el largo plazo, han exigido cambios en las fuentes de financiación y la cuantía de las pensiones, encaminados a mantener la equidad entre generaciones y a asegurar la viabilidad financiera del sistema. Hay que subrayar que como el contrato de tasa fija de sustitución hace recaer el ajuste sobre el tipo de cotización y elevar los tipos supone aumentar el coste del factor trabajo, los posibles efectos concomitantes de disminución del empleo pueden agravar aún más la situación financiera de la Seguridad Social, por la reducción en el número de cotizantes.

Los problemas que han afectado a la Seguridad Social española son, en su mayoría, comunes a los de todos los países que utilizan el sistema de reparto, puesto que la tasa de rendimiento que proporciona es la suma de la tasa de incremento de la población (ocupada) y del salario real (Aaron, 1966), y su valor se reduce en períodos de estancamiento del empleo y la natalidad. Sin embargo, como se verá en los apartados siguientes,

en el caso español, junto a las anteriores circunstancias, existen defectos de diseño institucional que han agravado la crisis.

3. LA FINANCIACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

De acuerdo con el carácter profesional del sistema español de Seguridad Social, las cotizaciones de los afiliados constituyen su principal recurso. En términos de teoría impositiva, las cotizaciones son un impuesto sobre los salarios, con un tipo de gravamen formalmente distribuido en dos partes, una a cargo del trabajador y la otra a cargo de la empresa. Además, el tipo se aplica normalmente sobre una base de cotización que coincide con el salario realmente percibido, salvo que quede por debajo de un mínimo o exceda de un máximo, en cuyo caso se cotizaría por la respectiva base mínima o máxima. Esta distribución es más formal que real, puesto que la incidencia efectiva de las cotizaciones sociales depende crucialmente de la elasticidad de la oferta laboral. Si, como se supone generalmente, dicha elasticidad tiene un valor muy bajo, los trabajadores soportarían casi todo el peso de las cotizaciones, en forma de una reducción de su salario real. Este resultado es también el que se obtiene en los trabajos empíricos efectuados sobre el caso español (Argimón y González-Páramo, 1987).

Por lo que respecta a los topes máximos de cotización, su existencia puede criticarse desde el punto de vista de la progresividad, al dejar libres de gravamen a los salarios que excedan de la base máxima. Sin embargo, esta objeción no tiene en cuenta que las pensiones trasvasan renta no entre individuos sino entre distintos períodos del ciclo vital de un mismo individuo (del período activo al de jubilación). Por otra parte, los sistemas públicos de pensiones, al actuar como un mecanismo de ahorro coactivo para el retiro, gestionado públicamente, hacen que pueda considerarse también el tope máximo de cotización como la "renta máxima asegurada", puesto que ese mismo tope opera posteriormente de cara a las pensiones, que se calculan como

promedio de las bases de cotización.

Al lado de las cotizaciones, las transferencias recibidas del Estado han constituido la segunda fuente de financiación en orden de importancia, de modo que la suma de cotizaciones y transferencias explica la casi totalidad de los recursos del sistema (Cuadro 1).

Desde finales de la década de los setenta, la financiación de la Seguridad Social ha experimentado importantes modificaciones, que han afectado tanto a las cotizaciones como a las transferencias.

Respecto a las cotizaciones se ha mejorado su diseño en el sentido de darles mayor flexibilidad y acercar paulatinamente las bases de cotización al salario real, y se han reducido los tipos de gravamen aplicables, disminuyendo más el tipo a cargo de la empresa. De cotizarse sobre bases tarifadas, sin conexión con el salario real, se fue acercando la cotización al salario real mediante la creación por la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Seguridad Social de 1972 de las bases complementarias. Éstas, definidas como la diferencia entre el salario realmente percibido y la base tarifada de cada categoría (con un tope máximo, expresado como porcentaje de la base tarifada) fueron el elemento dinamizador del sistema de cotización. Posteriormente, se fue ampliando el límite de las bases complementarias y se simplificó el sistema, estableciendo únicamente bases mínimas y máximas de cotización, a partir de 1979 (Monasterio, 1992, p. 211-224). Paralelamente, el tipo de cotización se redujo del 34,3% en 1979 (29,15% a cargo de la empresa y 5,15% sobre el trabajador) al 28,8% en 1985 (24% a cargo de la empresa y 4,8% a cargo del trabajador).

Los principales motivos para reducir el peso de las cotizaciones en la estructura de la financiación fueron:

1º) No agravar el problema del empleo, evitando que creciese el coste total del factor trabajo.

2º) Favorecer las exportaciones, sustituyendo cotizaciones por impuestos generales, dado que los impuestos indirectos son desgravables en frontera, de acuerdo con las normas del G.A.T.T., lo que no sucede con las cotizaciones sociales.

La paulatina reducción de las cotizaciones; el continuo aumento del gasto en pensiones, por el crecimiento del número de pensionistas y del importe de la pensión media, y la fuerte elevación del coste del subsidio de desempleo, debido al agravamiento del paro, hicieron que las transferencias tuvieran que llenar la brecha cada vez mayor entre el gasto total de la Seguridad Social y las cotizaciones recaudadas.

Además de su crecimiento, se produce en 1989 un importante cambio en la estructura de las transferencias, que dejan de ser generales y se afectan, de modo específico y por partes, a financiar la sanidad y la rama de pensiones. Tal como muestran las cifras del Cuadro 2, ahora la mayor parte de las transferencias del Estado se destinan a la financiación de la sanidad, y el resto va a cubrir el complemento de las pensiones mínimas y a financiar las cotizaciones de los desempleados. Esta separación, que sin exageración puede calificarse como una verdadera "reforma silenciosa" en la financiación de la Seguridad Social se inició con la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989 y será comentada más ampliamente al tratar de la sanidad.

Por lo que respecta a las transferencias asignadas a la rama de pensiones, su finalidad principal es atender a los aspectos redistributivos del sistema, que se separan del carácter de proporcionalidad que suelen tener los sistemas de Seguridad Social de base profesional. Así tenemos, por un lado, los complementos para garantizar una pensión mínima a aquellos pensionistas cuya pensión revalorizada quede por debajo de dicho nivel, y la

CUADRO 1

Participación en el total de recursos de las
cotizaciones sociales y transferencias corrientes
Porcentajes

AÑOS	Cotizaciones sociales	Transferencias corrientes	Cotiz. sociales transferencias corrientes
1981	86,7	11,1	97,9
1982	82,8	15,2	98,0
1983	80,5	17,1	97,6
1984	77,3	20,1	97,4
1985	75,8	21,1	97,0
1986	73,7	23,2	97,0
1987	69,0	28,9	98,0
1988	69,6	28,9	98,5
1989	69,7	28,9	98,6
1990	69,1	28,7	97,8
1991	69,2	28,6	97,8
1992	67,7	30,7	98,4

Fuente: MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Informe económico financiero de los presupuestos de la Seguridad Social, Madrid, varios años.

compensación por parte del INEM de las cuotas correspondientes a los trabajadores desempleados. Puede observarse cómo las transferencias de garantía de pensiones mínimas se mantienen bastante estables, mientras que la compensación de las cuotas de los trabajadores desempleados se eleva de forma brusca a partir de 1991, al compás del aumento en los niveles de desempleo. El resto de transferencias atienden, sobre todo, las pensiones y programas de integración social en favor de minusválidos y las pensiones no contributivas.

4. EVOLUCIÓN DEL GASTO Y REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES

La evolución del gasto de la Seguridad Social revela que ésta es la partida más dinámica dentro del conjunto del gasto de las Administraciones Públicas. Tanto es así, que durante la década de los ochenta, un sesenta por ciento de la expansión del gasto del sector público viene explicada por el gasto de transferencias, del cual las pensiones y los subsidios de desempleo constituyen la parte principal.

Si queremos explicar el crecimiento del gasto de la Seguridad Social debemos diferenciar pensiones y subsidio de desempleo. El capítulo del gasto en pensiones, en sus distintas modalidades de jubilación, invalidez, viudedad y orfandad, presenta un perfil de crecimiento estable y sostenido, cuyo ritmo se reduce en la segunda mitad de los ochenta. Su aumento global se explica tanto vía cantidades como vía precios. En primer lugar, se registra un continuo crecimiento en el número de pensionistas, que se debe al triple efecto del envejecimiento demográfico, el aumento constante de la esperanza de vida a los sesenta y cinco años y los efectos aceleradores de las jubilaciones anticipadas a consecuencia de los planes de reconversión de diversos sectores. En segundo lugar, al partir a finales de los setenta, de niveles de protección social muy reducidos, la elevación de las pensiones medias, en conjunción con el aumento del número de pensionistas, aceleró el incremento del gasto.

CUADRO 2

**Distribución de las transferencias del Estado a la Seguridad Social
(Millones de pesetas corrientes)**

	1989	1990	1991	1992	1993
1. Total Transferencias	1.580.383	1.808.528	2.036.210	2.497.826	2.784.750
2. Financiación INSALUD	1.113.398	1.237.539	1.429.771	1.610.126	1.820.851
3. Financiación prestaciones económicas	446.985	570.989	606.439	887.700	963.899
3.1 Complemento pensiones mínimas	200.000	228.800	212.387	221.006	231.359
3.2 Transferencias INEM. Cuotas desempleados	217.148	254.730	290.689	382.729	460.029
3.3 Otras transferencias	49.837	87.459	103.363	283.965	272.511

Fuente: MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA: Informe económico-financiero de los Presupuestos Generales del Estado, Madrid, varios años.

A las anteriores razones deben añadirse los defectos de diseño institucional, que unidos a problemas de gestión y control de ciertas prestaciones añadieron mayores tensiones al gasto. El endurecimiento en los mercados de trabajo originó que ciertos colectivos que no reunían las condiciones para acceder a una pensión de jubilación obtuvieran fraudulentamente pensiones de invalidez, que además presentan el atractivo de estar exentas en el impuesto sobre la renta, a diferencia de las pensiones de jubilación. Este fraude fue especialmente intenso en ciertos regímenes especiales (Jiménez, 1988, pág. 178). Por otra parte, el período utilizado para determinar la pensión inicial era muy reducido: se calculaba como promedio de las bases de cotización de los dos años previos a la jubilación. Ello hacía que en un período de fuerte inflación el incremento de los salarios se transmitiera muy rápidamente a las pensiones. Por último, hay que citar el fenómeno conocido como "compra de pensiones", la práctica fraudulenta de acceder a la pensión inicial cotizando únicamente durante el período mínimo exigido, lo cual es posible para aquellos colectivos que disponen de mayor margen para "graduar" su carrera como cotizantes (autónomos, empleados de hogar, trabajadores agrarios por cuenta propia).

A fin de corregir los anteriores defectos de diseño institucional y acompasar el ritmo de incremento del gasto a las posibilidades financieras del sistema, la Ley 26/1985 de reforma de las pensiones elevó de diez a quince años el período de cotización necesario para acceder a la pensión de jubilación, dificultando (o al menos encareciendo) la "compra de pensiones" y amplió de dos a ocho años el promedio de bases de cotización utilizado para calcular la pensión inicial. El Esquema 1, en que B_i , B_j denotan la base de cotización del mes i -ésimo (j -ésimo) anterior a la fecha de jubilación y donde I_{25} e I_j denotan el índice de precios al consumo del mes vigésimo quinto anterior a la fecha de jubilación, o del mes j -ésimo, muestra sintéticamente el funcionamiento del sistema de pensiones contributivas de la Seguridad Social antes y después de la reforma de 1985.

Finalmente debe mencionarse que la puesta en marcha de la Ley de planes y fondos de pensiones privados (que gozan de un privilegiado trato fiscal) en 1987 y la Ley de pensiones no contributivas de 1990 han completado un esquema de protección a la vejez que se construye por un lado, sobre el nivel contributivo de la Seguridad Social, complementado y mejorado por los planes privados de pensiones. Por otro lado, a las personas que no han cotizado se les garantiza un mínimo de recursos mediante el pago de pensiones no contributivas que se financian por el fondo general de impuestos. Los fondos privados de pensiones, basados en el sistema de capitalización, se financian por las aportaciones de trabajadores y empresas (si se trata de planes de empleo), más las ayudas públicas indirectas que proceden de las exenciones y bonificaciones fiscales concedidas.

El gasto por subsidios de desempleo, a diferencia de las pensiones, registra fuertes oscilaciones en su evolución, al compás de la coyuntura del empleo y de las reformas introducidas. Durante la segunda mitad de los ochenta, y en paralelo con el proceso de mejora económica iniciado en 1986, el gasto en desempleo osciló en torno a los 800.000-900.000 millones y en términos porcentuales se mantuvo en el 2,4-25% del PIB. Esta situación cambió de modo brusco en 1991, año en que se produjo una fuerte desviación en el presupuesto del INEM. De un presupuesto inicial de 1.192 miles de millones (2,17% del PIB) se pasó a una liquidación superior a los 1.600 miles de millones (2,9% del PIB). El deterioro en la situación económica y la rápida rotación en el empleo que propiciaron los contratos temporales generaron este grave desequilibrio en las cuentas del INEM. Para corregirlo el Real Decreto-Ley 1/1992 eleva de seis a doce meses el período mínimo de cotización para acceder a las prestaciones contributivas y reduce el período de disfrute de la mitad a la tercera parte del período cotizado (sujetos a un tope máximo).

ESQUEMA 1

Normas del sistema de pensiones contributivo y proporcional

<p>1. Pensiones antes de la reforma</p>	<p>1.1. Pensión inicial = $B_m \cdot K$</p> $B_m = \sum_{i=1}^{24} B_i / 28$ <p>K = 0,5 a los diez años más 0,02 por cada año adicional cotizado (valor máximo 1, a los 35 años)</p> <p>1.2. Evolución de la pensión</p> <p>Según revalorizaciones discrecionales</p> <p>1.3. Componentes redistributivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revalorizaciones a tipos decrecientes - Fijación de pensiones mínimas - Graduación de la pensión por cónyuge a cargo
<p>2. Pensiones después de la reforma</p>	<p>2.1. Pensión inicial = $B'm \cdot K$</p> $B'm = \left(\sum_{j=1}^{24} B_j + \sum_{j=1}^{96} B_j \frac{1_{25}}{1_j} \right) / 112$ <p>K = 0,5 a los diez años, más 0,02 por año adicional cotizado (valor máximo 1, a los 35 años)</p> <p>2.2. Evolución de la pensión</p> <p>Revalorización automática, en función del IPC previsto para cada año</p> <p>2.3. Componentes redistributivos</p> <p>Las desviaciones entre IPC real y previsto se tendrán en cuenta para mejorar las pensiones inferiores al salario mínimo interprofesional (establecimiento de un primer nivel de pensiones no contributivas)</p>

Fuente: Monasterio y Pandiello (1992)

5. CRECIMIENTO Y REFORMA EN LA SANIDAD ESPAÑOLA

Desde que la economía española a fines de los años cincuenta de este siglo comienza su apertura indeclinable a la economía mundial y su incorporación definitiva al crecimiento económico acelerado moderno, el sector sanitario español no ha quedado al margen ni ha sido ajeno a sus transformaciones. Si hubiera que buscar algún concepto que sintéticamente expresara su evolución seguramente habría que recurrir a las dos ideas del título, crecimiento y reforma, tan ajustadas también para resumir lo ocurrido en la economía en su conjunto, en este amplio período de treinta años que ha incluido dos etapas de auge y otras dos de crisis y recesión. El crecimiento -decisivamente impulsado por el sector público- ha sido puesto de manifiesto por recientes estudios que nos han acercado mucho al perfil de las macromagnitudes del sector en el marco de la Contabilidad Nacional. La aproximación es sólo relativa porque la Economía de la salud se encuentra con dificultades metodológicas nada despreciables a la hora de definir el producto en sanidad y porque, como es sabido, el esquema de la Contabilidad Nacional tiene limitaciones al apreciar los servicios que no se ofrecen en el mercado que, por cierto, en sanidad pueden ser una parte decisiva del total.

Con todo y con eso los mencionados estudios han supuesto un avance sustancial en el conocimiento de la macroeconomía del sector y disponer ya de sus magnitudes agregadas con una cierta fiabilidad es pisar el terreno menos resbaladizo de todos los posibles. Podemos por ello decir con seguridad que la producción, el gasto y la renta de los servicios de sanidad y salud, así como sus componentes, han crecido apreciablemente, tanto en términos absolutos por habitante como en términos relativos, aumentando su peso en el conjunto de la economía nacional, con una significativa estabilización en los tiempos más recientes. El crecimiento del sector se ha manifestado igualmente en la expansión de los mercados de los factores que contribuyen a la función de producción de sanidad: el empleo, de alta calificación en medida sustancial; la técnica, que por su utilización intensiva y rápida

evolución define este sector como avanzado; el capital físico, materializado tanto en construcciones como en un equipo complejo, y los productos manufacturados, medicamentos, productos sanitarios y otros suministros, a través de los cuales el sector sanitario permea su influencia por la estructura industrial del país.

Desde el punto de vista institucional y de la política económica del sector las propuestas y medidas de reforma han sido muy numerosas, aunque en muchas ocasiones se han estrellado contra las inercias y la lógica particular de un sistema complejo y de gran dimensión. La propia dinámica del crecimiento exigía, sin duda, reformas. Pero, además, éstas venían urgentemente reclamadas por las dificultades de financiación del sector público planteadas por la crisis económica de los años setenta y primeros ochenta, y la comprobación de que los sistemas sanitarios de los estados del bienestar se veían aquejados por problemas, distintos y de una gravedad seguramente menor en algún orden de magnitud que los que aquejan a los basados en el "*laissez faire, laissez passer, la santé va d'elle même*" , pero nada despreciables ni en términos de eficiencia ni tampoco, más curiosamente, en términos de equidad.

Por otro lado, el vector ideológico también ha impulsado las reformas. Un apasionante fenómeno de convergencia se está produciendo aquí. El renacimiento de las corrientes liberales en los años setenta y ochenta y la evolución más reciente de las ideas socialdemócratas han llevado a repensar la función económica del estado, en afortunada expresión de Stiglitz. Ahora se proponen fórmulas que recurren al sistema de precios, la descentralización de decisiones y la competencia en las esferas de la producción y de la gestión, todo ello en aras de la eficiencia, pero conservando la propiedad estatal de los activos y la financiación con cargo a fondos públicos para mantener la equidad. La discusión ha tenido importante repercusión intelectual y práctica en nuestro país.

6. LAS MAGNITUDES AGREGADAS DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

Muy recientemente se ha publicado el resultado de un importante esfuerzo por reelaborar, nada menos que desde 1960, unas cuentas satélites de la sanidad con arreglo al método del Sistema Europeo de Cuentas Económicas Integradas (SEC)¹. Se trata de un trabajo dirigido por el Profesor Barea bajo los auspicios del Instituto de Estudios Fiscales con las mayores garantías de cobertura, rigor metodológico, fiabilidad de las fuentes y muy detallado (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992). Baste decir que sus datos han sido ya incorporados por la OCDE a sus conocidos informes y bancos de datos sobre el sector².

6.1 EVOLUCIÓN

Según el mencionado estudio el gasto total (público y privado) en sanidad ha pasado de menos de 11.000 millones de pesetas en 1960 a 2,06 billones de pesetas en 1987, a precios corrientes, con una tasa media acumulativa anual de crecimiento del 20,7 por ciento. Su participación en el PIB se ha elevado desde el 1,5 por ciento para el primer año hasta el 5,8 en 1987. En pesetas constantes de 1970 la tasa de crecimiento ha sido del 7,8 por ciento. Esta evolución, como se aprecia en el Cuadro 4, nos ha aproximado a la media de los países de la OCDE.

El ritmo de esta dinámica no ha sido, sin embargo, uniforme a lo largo de todo el largo período considerado. Las elasticidades del gasto en sanidad en relación con el PIB, en términos corrientes, calculadas por subperíodos, son siempre positivas

¹ Además, para el período que comienza en 1980 se proporcionan las cuentas de la sanidad con la metodología del Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) de Eurostat.

² (OCDE 1985), (OCDE 1987) y (OCDE 1990). Los últimos datos se han publicado en Health Care Financing Review, (Baltimore), Vol. 13, Nº 4, verano 1992. Actualmente esta información está disponible con frecuentes actualizaciones en soporte magnético bajo el título "OCDE Health Data File".

pero muestran desde fines de los años setenta una notable desaceleración del crecimiento relativo de dicho gasto (véase Cuadro 5). Las cifras del gasto por habitante en términos reales también revelan la contención del gasto (véase Cuadro 6).

En el Cuadro 7 aparece la estructura del consumo final en sanidad. La asistencia en hospitales es su primer componente y su peso no ha hecho sino crecer, pero si agregáramos a la atención ambulatoria el gasto en farmacia (que es una demanda derivada de los cuidados médicos) sería ésta la función de mayor peso. Aún interesaría más conocer la distribución entre atención especializada (en hospitales y ambulatoria) y atención primaria, pero no se dispone de la discriminación de los gastos en farmacia entre especializada y primaria correspondientes a atención ambulatoria.

6.2 PÚBLICO Y PRIVADO

En 1987 el 56,6 por ciento de la producción de los servicios que satisfacen el consumo final de sanidad correspondía al sector público y el 43,4 por ciento restante al sector privado. Si descontamos los productos farmacéuticos, mayoritariamente fabricados y distribuidos por el sector privado en todos los países de la OCDE, así como los servicios de salud pública que corresponden a la administración, y nos fijamos en los servicios hospitalarios y ambulatorios podremos apreciar mejor la importancia relativa de los sectores público y privado. Con este criterio, aproximadamente tres cuartos de la producción es realizada en nuestro país por el sector público y un cuarto por el privado (Cuadro 8). Como es sabido el patrón de esta distribución no es igual en todos los países desarrollados; en Francia, por ejemplo, la producción pública de servicios de sanidad no llega al diez por ciento.

Distinta de la producción es la financiación (a veces denominada "provisión") de estos servicios. Como se ve en el mismo cuadro, la ampliación de la cobertura poblacional y el

CUADRO 4

GASTO AGREGADO EN SANIDAD

En % del P.I.B.		
Años	Media OCDE	España
1960	4,2	1,5
1965	4,8	2,6
1970	5,8	3,8
1975	6,5	4,9
1980	7,0	5,7
1985	7,2	5,7
1987	7,4	5,7
1989	7,5	6,3
1990	7,6	6,6

Fuente: (OCDE 1987, Tabla 18); (OCDE 1990, Tabla 1); (SCHIEBER, POULLIER y GREENWALD 1992, Tabla 1).

CUADRO 5

ELASTICIDAD DEL GASTO AGREGADO EN SANIDAD
RESPECTO DEL P.I.B.

Período 1960-1987	1,7
Período 1960-1975	1,7
Período 1975-1987	1,3
Período 1980-1987	0,8

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p.483.

CUADRO 6

EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS EN SANIDAD POR HABITANTE

Año	En miles ptas. corrientes	En miles ptas. de 1970
1960	0,5	1,3
1965	1,1	2,0
1970	2,5	2,5
1975	8,3	4,4
1980	22,0	4,8
1983	34,8	5,2
1985	35,5	4,4
1987	43,4	4,7
Tasa compuesta anual de creci- miento	17 %	4,6 %

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p.492.

CUADRO 7

CONSUMO FINAL TOTAL DEL SERVICIO DE SANIDAD
DISTRIBUIDO POR FUNCIONES (1985)

Funciones	%
Servicios hospitalarios	44,9
Servicios ambulatorios	26,4
Farmacia	19,9
Prótesis, apar. y eq. ter.	2,2
Cuota fam. seg. med. priv.	4,3
Servicios de salud pública	0,1
Investigación	0,1
Gastos admón. general	2,0
TOTAL	100

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p. 493.

CUADRO 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD ENTRE SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO
(Porcentajes)

AÑOS	PRODUCCIÓN						PROVISIÓN (FINANCIACIÓN)			
	Público			Privado			Público		Privado	
	1	2	3	1	2	3	2	3	2	3
1960	45,5	47,9	n.d.	44,5	52,1	n.d.	56,4	n.d.	43,6	n.d.
1965	37,8	36,5	n.d.	62,2	63,5	n.d.	47,2	n.d.	52,8	n.d.
1970	40,8	37,5	n.d.	59,2	62,5	n.d.	63,9	n.d.	36,1	n.d.
1975	49,1	46,5	n.d.	50,9	53,5	n.d.	76,8	n.d.	23,2	n.d.
1980	53,2	52,3	71,8	46,8	47,7	28,2	79,9	90,4	20,1	9,6
1985	55,9	59,7	73,8	44,1	40,3	26,2	80,3	90,2	19,7	9,8
1987	57,6	56,6	n.d.	42,4	43,4	n.d.	77,5	n.d.	22,5	n.d.

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p. 368 y 487.

Nota: 1 Gasto total en términos de Contabilidad Nacional
2 Consumo final
3 Sólo servicios hospitalarios y ambulatorios

aumento de los servicios prestados por persona han hecho que el peso de la financiación pública sea absolutamente decisivo, como expresión primigenia del estado del bienestar en este campo. Alrededor de cuatro quintas partes de los servicios totales de sanidad son financiados con fondos públicos y sobrepasamos el noventa por ciento si consideramos, como antes, sólo los servicios hospitalarios y ambulatorios.

La polémica sobre el peso relativo que deban tener los sectores público y privado en la sanidad debe iniciarse distinguiendo claramente entre financiación y producción directa de los servicios. Con relación a lo primero pocos dudan ya de que debe existir un mecanismo de aseguramiento general que garantice al ciudadano acceso a la asistencia sanitaria cuando enferma y que no se le excluye "a priori" cuando se encuentra en situación de alto riesgo (por ejemplo, la vejez), aunque no pueda pagar el precio. Ya se trate de financiación por impuestos, cuotas de seguridad social o primas específicas, lo más importante es que su generalidad sea tal que no quepan prácticas de "selección adversa" que, precisamente, marginan al más necesitado.

Con relación a la producción directa por el sector público las posibilidades de discusión son mucho mayores. A diferencia del caso anterior no son aquí las razones de equidad sino las de eficiencia las que dominan el debate. Tradicionalmente la aplicación de la teoría de los fallos del mercado había proporcionado una base intelectual a lo que la experiencia ofrece por doquier: que los mercados de servicios sanitarios y aún los de productos son marcadamente imperfectos y ofrecen ancho campo a los comportamientos ineficientes. Como en muchas otras ocasiones el corolario extraído fue el de la intervención del estado incluida la producción directa. El modelo o punto de referencia fue el Sistema Nacional de Salud británico, financiado con impuestos y con una parte sustancial de producción directa pública (especialmente los hospitales). Los resultados han sido en perspectiva histórica, muy positivos, tanto desde el punto de vista de la equidad como desde el de la eficiencia. Los países

con producción pública consiguen unos resultados en indicadores de salud y calidad de la asistencia estimables. La comparación entre E.E.U.U., que ostenta el más alto gasto en sanidad unido a deficientes indicadores sanitarios, con Inglaterra, que gasta poco y obtiene excelentes resultados, se torna obvia.

Andando el tiempo, en los años ochenta, un conjunto de factores externos (problemas financieros, demandas e insatisfacción creciente de la población, el descubrimiento del deterioro sanitario de los países del Este que se expresa incluso en una sorprendente caída de la esperanza de vida) e internos (falta de incentivos, desmoralización de los profesionales), así como la fuerza de las corrientes liberales, pone en cuestión el modelo. Se busca ahora aire fresco en el mercado, bien defendiendo mayores ámbitos para la iniciativa privada, bien tratando de aplicar internamente fórmulas que faciliten la competencia, estimuladora de la eficiencia entre los agentes participantes aún sin cambiar la situación patrimonial ni por supuesto la financiación y la capacidad de regulación del sector público.

En nuestro país tenemos buenos ejemplos para apreciar estos conflictos. En alguna región como Cataluña, la producción directa por el sector público de sanidad ha sido tradicionalmente inferior a la del resto del país aunque el peso de la financiación pública sea igual. Por otro lado, las dos grandes oleadas reformadoras de nuestra sanidad en los tiempos modernos han sido fuertemente estatistas: la creación de la red hospitalaria de la Seguridad Social en los años sesenta y el despliegue de los centros de atención primaria en la década de los años ochenta. En ambos casos la opción es meridianamente clara: los activos productivos son públicos y el personal sanitario se desenvuelve en un marco jurídico y operativo fuertemente jerarquizado, igualitarista y burocratizado.

6.3 EL GASTO PÚBLICO

Consideremos ahora el gasto público en sanidad, no ya como

antes en términos de Contabilidad Nacional con sus dos componentes consumo final y formación bruta de capital fijo, sino en términos presupuestarios, incluyendo el consumo final de servicios de sanidad de las administraciones públicas; las prestaciones sociales en dinero y en especie suministradas a las familias por las administraciones públicas; las transferencias corrientes a otros sectores y la inversión pública y la transferencias de capital. Como puede verse en el Cuadro 9 el crecimiento ha sido muy fuerte. Si consideramos el largo período 1960-1987 la tasa media de crecimiento anual en pesetas constantes fue del 9,1 por ciento. Sin embargo resulta obligado distinguir dos subperíodos, hasta 1975 el gasto real crece al 13,8 por ciento; después de 1975 el crecimiento es del 3,3 por ciento.

El porcentaje del gasto público en sanidad en el PIB asciende al 4,5 por cien en 1987. Los dos períodos son claramente perceptibles también examinando esta relación. "La crisis económica iniciada a mediados de los setenta, se hizo notar en el ritmo del crecimiento de participación del gasto público de sanidad en el PIB. En efecto, en el período 1960-1975 la participación creció al ritmo de 0,19 puntos por año en tanto que entre 1975-1987 la ganancia fue sólo de 0,06 puntos por año. Es más, a partir de 1983, en el que alcanzó el porcentaje más alto con respecto al PIB (5,1 por 100), la participación fue descendiendo hasta ser del 4,5 por 100 en 1987 que era el porcentaje que existía ya en 1980."

Los autores del estudio que nos sirve aquí de base han calculado también la elasticidad gasto público/PIB en pesetas corrientes. Para el período 1960-1975 es de 1,76; para 1975-1987 es de 1,1 y para 1980-1987 es de 0,98. El gasto público crece, pues, más que el PIB, excepto en el último lapso de tiempo. El fin de los felices años del estado del bienestar, traído por la crisis económica que precipitaron las alzas de precios del petróleo es, por consiguiente, bien apreciable. Como dice el estudio Barea "el comportamiento español se parece bastante al de los países de la OCDE" (p. 179). En catorce países de esta organiza-

ción el gasto real creció al nueve por ciento anual en el primer período, un alza fuerte pero no tanto como la experimentada en España. Entre 1975 y 1981 el crecimiento en los mismos países fue del 3,4 también en términos reales.

El Cuadro 10 compara el peso del gasto público presupuestario así como el del gasto total en sanidad sobre el PIB en los países de la CEE, EE.UU y Japón, con datos OCDE. Como se aprecia, en la CEE no hay diferencias muy marcadas en cuanto al grado de financiación pública y la posición de España es relativamente rezagada.

La importancia del factor humano en los servicios de sanidad se comprueba reparando en que en el año 1987 de un valor de la producción de la sanidad pública española de 1,1 billones, 892.000 millones corresponden a remuneraciones de los asalariados. Este concepto representa el 99 por ciento del valor añadido, que a su vez es casi el ochenta por ciento del valor de la producción.

El peso de la sanidad dentro del conjunto de actividades del sector público ha crecido significativamente. Su contribución al producto bruto de las administraciones públicas ha pasado de un 7,5 a un 21,9 por ciento entre 1960 y 1987.

También es interesante considerar la importancia que la sanidad pública tiene para las familias. Sobre la renta neta disponible por éstas, el peso del total de la financiación pública de servicios sanitarios ha pasado del 1,2 al siete por ciento entre 1960 y 1983, año a partir del cual ha descendido hasta situarse en un 6,3 en 1986 (todos estos datos son del estudio Barea, p. 184, 194, 187 y 188).

La estructura del gasto público en sanidad por tipos de servicios prestados aparece en el Cuadro 11 en términos relativos. El peso de los hospitales es bien evidente. La rúbrica "consultorios" seguramente no puede equipararse con asistencia

CUADRO 9
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

AÑOS	Miles de millones de Ptas. corrientes	Miles de millones de Ptas. de 1970
1960	6,2	18,1
1965	18,6	33,8
1970	63,8	63,8
1975	228,5	121,3
1980	686,6	151,5
1982	926,7	158,7
1983	1.142,0	171,3
1984	1.202,3	164,0
1985	1.295,4	162,7
1986	1.434,5	167,0
1987	1.615,2	177,5

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p. 177 y 178.

CUADRO 10
GASTO TOTAL Y GASTO PÚBLICO EN SANIDAD SOBRE EL PIB 1975-1987
(Porcentajes)

P A I S	GASTO TOTAL				GASTO PÚBLICO			
	1975	1980	1985	1987	1975	1980	1985	1987
Alemania	7.8	7.9	8.2	8.2	6.2	6.2	6.4	6.3
Bélgica	5.8	6.6	7.2	7.2	4.6	5.4	5.5	5.5
Dinamarca	6.5	6.8	6.2	6.0	6.0	5.8	5.3	5.2
España	5.1	5.9	6.0	6.0	3.6	4.4	4.3	4.3
Francia	6.8	7.6	8.6	8.6	5.2	6.2	6.9	6.7
Grecia	4.1	4.3	4.9	5.3	2.5	3.5	4.0	4.0
Holanda	7.7	8.2	8.3	8.5	5.9	6.5	6.6	6.6
Irlanda	7.7	8.5	8.0	7.4	6.4	7.8	7.1	6.4
Italia	5.8	6.8	6.7	6.9	5.0	5.6	5.4	5.4
Reino Unido	5.5	5.8	6.0	6.1	5.0	5.2	5.2	5.3
Portugal	6.4	5.9	7.0	6.4	3.8	4.2	4.0	3.9
E.E.U.U.	8.4	9.2	10.6	11.2	3.6	3.9	4.5	4.6
Japón	5.5	6.4	6.6	6.8	4.0	4.5	4.8	5.0
Media OCDE	6.5	7.0	7.4	7.3	5.0	5.5	5.7	5.6

Fuente: (OCDE 1990), p. 10.

primaria sino que recoge también la asistencia especializada ambulatoria. El apartado de farmacia corresponde también a la asistencia ambulatoria pero tampoco es posible conocer su distribución entre asistencia primaria y especializada.

Es muy interesante conocer la evolución de la estructura de costes de la sanidad pública. En el Cuadro 12 se comprueba que el peso de los hospitales ha crecido mucho a lo largo del tiempo. Hay que concluir que las fuerzas de la tecnología y del mercado, que propician un mayor empleo de la atención especializada hospitalaria, se han impuesto sobre la política sanitaria al estilo OMS, que propugna un mayor énfasis en la atención primaria (El concepto servicios ambulatorios incluye seguramente atención especializada).

Si penetramos en la estructura de costes de los servicios podemos ver el aumento verdaderamente notable de las remuneraciones de personal, especialmente en los hospitales. A ello han contribuido, sin duda, tanto las alzas salariales como las mejoras de la asistencia que exigen personal más calificado.

6.4 DISTRIBUCIÓN POR AGENTES

Los diferentes agentes que tienen encomendada la responsabilidad de gestionar el gasto público en sanidad pueden agruparse en las siguientes rúbricas: Estado, Organismos autónomos administrativos, Seguridad Social, Mutualidades obligatorias de funcionarios públicos y los entes territoriales (comunidades autónomas y corporaciones locales). Según se aprecia claramente en el Cuadro 13, en los últimos treinta años se ha producido un profundo cambio como consecuencia de dos procesos: el creciente protagonismo de la Seguridad Social y la construcción del estado de las autonomías. En efecto el desarrollo de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social le hace ganar peso rápidamente a costa de las demás instituciones de modo que en 1975 llega a representar el 81 por ciento del total. Desde 1985 las transferencias a las comunidades autónomas se reflejan en la creciente

importancia del gasto que gestionan.

Obsérvese que la distribución entre agentes de la que hablamos es independiente de la producción y de la financiación de servicios. Pueden coincidir, pongamos por caso, financiación pública procedente de impuestos, gestión encargada a una comunidad autónoma (a través del órgano pertinente, por ejemplo el Instituto Catalán de la Salud) y producción efectuada por una empresa privada propietaria de un hospital en virtud de un concierto con dicho Instituto.

6.5 EL CONSUMO FINAL PRIVADO

Ya hemos dicho más arriba que el sector público ha ganado peso en la sanidad a lo largo de los últimos treinta años en términos de producción y especialmente en términos de financiación. La correspondiente pérdida de peso relativo del sector privado a lo largo del tiempo debe ser, sin embargo, correctamente entendida. En los primeros años sesenta se produjo un alza de la participación del sector privado y el descenso vino después, más acentuado en financiación que en producción. Por otro lado, durante los años ochenta (antes no hay datos) la distribución de los servicios en los que realmente compiten sector público y privado (hospitalarios y ambulatorios) es bastante estable: en torno a un cuarto en producción y un décimo en financiación (consúltese el cuadro 8³).

7. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA Y SU REFORMA

Tradicionalmente la financiación pública de la atención la salud y los servicios sanitarios seguía en España un modelo dual. El Estado, con cargo a los Presupuestos Generales, es decir, utilizando los recursos procedentes del fondo general de impuestos financiaba aquella parte de estos servicios más

³ El dato de 1983 es una anomalía derivada de la cobertura de déficit acumulados en años anteriores.

CUADRO 11

GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS SANITARIOS: PESO RELATIVO

SERVICIOS	AÑO	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1987
Hospitales		47,2	39,1	31,6	42,8	57,1	58,5	59,2
Consultorios		33,0	32,3	27,9	23,7	21,8	21,3	20,4
Farmacia		12,4	20,0	35,9	29,1	17,5	16,4	15,9
Otros (*)		7,4	8,6	4,6	4,4	3,6	3,8	4,5
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) En "Otros" se incluyen los siguientes conceptos: servicio de salud pública, investigación, gastos de admón. general, traslado de enfermos, prótesis y aparatos terapéuticos

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p. 192.

CUADRO 12

EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE COSTES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1987
SERVICIOS HOSPITALARIOS	58,2	53,8	50,5	60,9	70,4	72,8	74,6
Remuner. de personal	25,3	29,5	31,1	42,3	52,8	53,9	55,2
Consumo intermedio	32,5	23,9	18,2	17,3	16,3	17,5	18,4
Consumo de capital fijo	0,3	0,3	1,1	1,4	1,2	1,3	0,9
SERVICIOS AMBULATORIOS	41,8	46,2	49,5	39,1	29,6	27,2	25,4
Remuner. de personal	35,5	41,5	46,1	35,8	27,3	24,7	22,8
Consumo intermedio	6,2	4,4	2,9	2,6	2,1	2,4	2,5
Consumo de capital fijo	0,2	0,3	0,6	0,7	0,3	0,2	0,2
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p. 196.

CUADRO 13

EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD (por agentes)

AGENTES	AÑO	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1987
Estado		15,2	13,7	10,9	6,5	5,3	3,5	3,2
OO.AA.AA.		18,7	7,6	3,6	5,4	6,1	2,0	0,5
Sistema S.S.		40,7	61,5	75,2	81,0	78,3	77,0	78,6
Mutual Funcionarios		0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	4,5	4,5
Entes Territoriales		25,4	17,3	10,3	7,1	7,6	13,1	13,1
TOTAL		100	100	100	100	100	100	100

Fuente: (BAREA, ARRANZ, BAREA y otros 1992), p. 200.

relacionados con la salud pública. Por su lado, la Seguridad Social financiaba la asistencia sanitaria, prestada en hospitales y ambulatorios. Lo hacía con los fondos que le son característicos, es decir, las cuotas o cotizaciones pagadas por sus afiliados (trabajadores y empresarios). Esta dualidad se correspondía con la de las administraciones públicas responsables. El Estado actuaba a través de la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación (o Interior). La Seguridad Social era una administración formalmente separada de la del Estado, con presupuesto y patrimonio propios que tenía por órgano gestor al Instituto Nacional de Previsión y cuyo ministerio de tutela era el Ministerio de Trabajo. Al más alto nivel ejecutivo del Gobierno eran pues dos los ministros responsables, en consonancia con la vieja mentalidad que separaba la salud pública de la asistencia sanitaria.

En esa situación también se producía una duplicidad de redes o dispositivos asistenciales. El Estado tenía un heterogéneo conjunto de servicios, instalaciones y personal sanitario básicamente relacionado con las enfermedades infecciosas (singularmente los sanatorios antituberculosos), la beneficencia y la enseñanza (hospitales clínicos universitarios dependientes del Ministerio de Educación) y la defensa. A ellas hay que añadir los hospitales de beneficencia y psiquiátricos de las diputaciones provinciales relacionados con la Dirección General de Sanidad de una forma especial porque la tutela de las corporaciones locales también dependían muy estrictamente en la España predemocrática (hasta 1.978) del Ministerio de Gobernación. En cuanto a la Seguridad Social la bonanza económica de los años sesenta le había permitido erigir una red hospitalaria propia extensa, relativamente moderna y bien dotada y con unos profesionales cuya formación dio un impresionante salto adelante desde que se instauró el sistema de residencia para los nuevos aspirantes.

Este modelo dual de la financiación, organización y despliegue de los recursos públicos entró en crisis irreversi-

ble en los años setenta debido a diversas circunstancias. Por un lado, la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se había expandido ampliamente alcanzando a la mayoría de la población española y absorbiendo una importantísima y creciente masa de recursos. Por otro lado se estaban difundiendo las nuevas ideas acerca de la relación entre servicios médicos y salud que habrían de cristalizar en la famosa declaración de Alma Alta. La idea de que la salud no depende sólo ni quizás principalmente de la atención médica que se reciba sino de otros factores como la alimentación, la disponibilidad de agua limpia, la higiene, el alcantarillado, la vivienda, el medio ambiente y ciertas conductas individuales o estilos de vida (ejercicio físico, tabaquismo, alcoholismo, etc) pone en valor los conceptos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y, desde el punto de vista organizativo, estimula la idea de que los recursos sanitarios y no sanitarios relevantes para la salud se deben desplegar con una concepción global. Esta visión que propone la integración en un dispositivo omnicompreensivo de los recursos de salud se tradujo fácilmente en la necesidad de consolidar las redes asistenciales en una sola. La duplicidad o multiplicidad de redes asistenciales se veía, sin duda con justificación sobrada, como una fuente de derroche de recursos, solapamientos en la oferta de servicios, desorden administrativo, deficiencias en la asistencia a los pacientes y conflictos. Una mentalidad racionalista y partidaria de la intervención estatal no podía sino proponer la integración de las redes. También contribuyó decisivamente al cambio de escenario el convencimiento generalizado de que la crisis general de la financiación de la Seguridad Social o, si se quiere, del Estado del bienestar todo, acentuada por la crisis económica de los años setenta y primeros de los ochenta exigía un saneamiento riguroso y la elección de algunas opciones claras. En particular las cotizaciones a la Seguridad Social constituían un instrumento de financiación al que se atribuía ciertos efectos perversos ya comentados más arriba que recomendaban disminuir su peso y recurrir al fondo general de impuestos que la reforma fiscal había hecho mayor y más elástico. Una razón adicional de coherencia fiscal también

iba a devaluar las cotizaciones como instrumento de financiación de la sanidad. Se trata de la distinción entre funciones redistributivas y no redistributivas de la Seguridad Social. Las pensiones de jubilación no tienen por qué tener un carácter redistributivo entre grupos sociales, sino que pueden verse como mecanismos de traslación de renta en el tiempo. En cambio, el gasto en salud y asistencia sanitaria, en cuanto hay en él elementos claros de bien público, puede considerarse como un gasto en el que es justificado introducir elementos de redistribución entre grupos sociales. En el primer caso el instrumento financiero indicado es la cotización (igual aquí en todo a una prima de seguro). En el segundo caso es obvio que el instrumento de financiación deben ser los impuestos generales.

El desarrollo del Estado de las autonomías creado por la Constitución de 1.978 tiene también influencia en la crisis del modelo dual de financiación de la sanidad. Efectivamente, la transferencia de competencias del Estado a las comunidades autónomas significa una excelente ocasión para terminar, a su nivel territorial, con la multiplicidad de redes asistenciales y administraciones responsables. Las comunidades autónomas, como es congruente con su naturaleza de entidades territoriales, heredan, en un primer término, el dispositivo asistencial de las corporaciones locales de su ámbito (el de las diputaciones y, en parte, el de los ayuntamientos); pero también reciben, por mandato constitucional, las competencias de salud pública del Estado.

Esta nueva administración sanitaria de las comunidades autónomas recibe también el cometido de dirigir la red asistencial de la Seguridad Social de su territorio en el caso de Cataluña, País Vasco, Navarra, Comunidad Valenciana, Andalucía y Galicia. La nueva situación puede simbolizarse por la separación del seno del viejo Instituto Nacional de Previsión del Instituto Nacional de la Salud como entidad gestora; por la creación del Ministerio de Sanidad y por el hecho de que en los gobiernos regionales se sienta un consejero significativamente

llamado "de salud" con todas las competencias sanitarias que corresponden a su administración regional. En el plano normativo la Ley General de Sanidad establece que "tanto el Estado como las comunidades autónomas y las demás administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este título dentro de una concepción integral del sistema sanitario" (art. 4) y que (es) "característica fundamental del sistema Nacional de Salud (c) la coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único" (art. 46).

En el plano político la multiplicidad ha dado paso a la unidad. En el plano administrativo la unificación real es un proceso no cerrado debido a la resistencia de toda organización - el Insalud- a subordinarse a otra (el propio Ministerio y las Consejerías), especialmente si ésta es estructuralmente menos poderosa que la primera. Por último, es necesario mencionar el amplio acuerdo existente en España entre los partidos políticos y la ciudadanía en general acerca de la consideración de los cuidados sanitarios como bien público que merece una financiación progresiva con cargo a impuestos. No es extraño contemplar a los partidos y otras entidades conservadoras defender una mayor financiación e intervención estatal en la sanidad. Ningún obstáculo político pues para el paso hacia una financiación con cargo a impuestos generales.

La reforma de la financiación de la sanidad ha acompañado con retraso a las reformas políticas y administrativas. En los Pactos de la Moncloa (1977), y por las razones mencionadas anteriormente, ya se estableció que el Estado (es decir, el fondo general de impuestos pagados por todos los ciudadanos) en adelante financiaría un treinta por cien de los gastos de la Seguridad Social. Se trataba de una transferencia compartida indiferenciadamente por todas las prestaciones sociales, entre ellas la asistencia sanitaria. Esta financiación compartida y la manera en que se entendía la unidad de caja de la Seguridad Social producían algunas consecuencias negativas para la sanidad.

El Ministerio de Sanidad era una especie de "menor de edad " en la negociación anual por conseguir más fondos, a discutir no sólo con la Presidencia y el Ministerio de Hacienda, sino también con Trabajo y Seguridad Social. Igualmente, en su gestión diaria el Insalud tenía que servir a dos señores: Sanidad en lo funcional; Trabajo y Seguridad Social en lo presupuestario y financiero. Otro efecto negativo era que frente a la magnitud, automatismo e improporcionabilidad de las pensiones, la asistencia sanitaria quedaba casi sólo como un residuo al que atender sólo como prioridad de segunda clase.

Después de una larga batalla entre ministerios la Ley de Presupuestos para 1.989 dió varios pasos en la buena dirección. Transformó la financiación de la asistencia sanitaria sin modificar su naturaleza jurídica como prestación de la Seguridad Social. Desde entonces alrededor de un 70 % se nutre de los Presupuestos Generales del Estado, esto es, de impuestos y sólo un 27 % de cotizaciones. Al Ministerio de Sanidad y Consumo se le reconoce mayoría de edad presupuestaria y financiera: En su presupuesto, aparece la aportación del Estado; ésta, mediante una transferencia finalista, se integra formalmente en el de la Seguridad Social y, por último, se dedica necesariamente a financiar los servicios de salud de la comunidades autónomas o del Insalud central. También se trasladaron al Ministerio de Sanidad las competencias referidas a imputación de pagos por obligaciones pendientes, autorizaciones de gasto del Insalud y acuerdos sobre transferencias a comunidades autónomas en este caso compartidamente con el Ministerio de Economía y Hacienda. Toda esta operación se relaciona con la clarificación general de las finanzas de la Seguridad Social: impuestos para las prestaciones que suponen asistencia redistributiva intrageneracional entre distintos ciudadanos; cuotas para las pensiones que sólo suponen transferencias de renta en el ciclo vital de un individuo o familia.

Estos cambios por sí solos no mejoran los servicios sanitarios públicos. Pero no son sólo una reordenación contable

de flujos financieros. Van a tener varias consecuencias prácticas:

a) Para la justicia distributiva: La financiación con impuestos se establece al tiempo que se universaliza la asistencia sanitaria a los españoles no cotizantes o no beneficiarios de la Seguridad Social. Aunque ya no son colectivos grandes, esta extensión es expresión principalísima del derecho de la salud proclamado en el artículo 43 de la Constitución y en la Ley General de Sanidad (redistribución por el gasto). Sustituir por impuestos cotizaciones por definición no redistributivas, significa que nuestra sanidad será sufragada con la misma progresividad que tenga nuestro sistema fiscal (redistribución por vía de ingresos).

b) Para la eficiencia de la economía en su conjunto: deslindar mejor la financiación de pensiones y servicios asistenciales permite darles el tratamiento diferenciado que corresponde a su muy distinta naturaleza, puede hacer a los usuarios más conscientes del coste de los servicios sanitarios y sabedores, en cuanto contribuyentes, de que sus impuestos tienen un destino tan altruista como la salud. La nueva financiación aligera también la presión sobre las cotizaciones, una forma inadecuada de financiar gastos de servicios distintos de las pensiones, porque penalizan el empleo y disminuyen nuestra competitividad frente a países que los financian más con impuestos que no recaen sobre los costes empresariales.

c) Para la gestión de la sanidad: el Ministerio de Sanidad no queda ya como mero receptor de un residuo, sino como protagonista activo de la negociación presupuestaria anual por el reparto de los recursos disponibles en favor de la sanidad. Tal cosa es muy importante cuando se ha de configurar como coordinador financiero de los servicios de salud de las comunidades autónomas. No menos importante es que este departamento unifique las funciones de planificación y coordinación con las de gestión y control económico.

d) La organización del gobierno de la sanidad pública, tan complicada por la pervivencia de los viejos esquemas junto a los nuevos, puede ser mejorada más fácilmente tras la reforma. Ya no parece imposible dotar al país de organizaciones simples, en línea, integradas y compatibles con una amplia descentralización en favor de áreas, hospitales y centros de salud.

"
"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARON, H. (1966): "The Social Insurance Paradox", Canadian Journal of Economics, vol. 322, pp. 371-374.
- ARGIMÓN, I. y GONZÁLEZ-PÁRAMO, J.M. (1987): Traslación e incidencia de las cotizaciones sociales por niveles de renta en España 1980-84. Documentos de Trabajo de la Fundación FIES, nº 1.
- BAREA, J.; ARRANZ, L.; BAREA, M.T. y otros (1992): Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- JIMÉNEZ, A. (1988): "La política de Seguridad Social de la Administración socialista", Hacienda Pública Española, nº 110/111.
- MONASTERIO, C. (1992): "La financiación de las pensiones públicas en España", en Los sistemas de Seguridad Social y las nuevas realidades sociales, Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 207-233.
- MONASTERIO, C. y PANDIELLO (1992): "Gasto social en Pensiones" Hacienda Pública Española, nº 120/121, pp. 119-144.
- MUSGRAVE (1981): "A Reappraisal of Financing Social Security", en Skidmore, Felicity Social Security Financing, Ed. M.I.T. Press, pp. 89-127.
- OCDE(1985): Measuring Health Care 1960-1983: Expenditure, Costs and Performance, París.
- OCDE(1987): Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OCDE Countries, París.

- OCDE(1990): Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency, Paris.
- SCHIEBER, G.J. y POUILLIER, J.P.(1990): "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures", en (OCDE 1990).
- SCHIEBER, G.J.; POUILLIER, J.P. y GREENWALD, L.M.: "U.S. health expenditure performance: An international comparison and data update", Health Care Financing Review, Vol. 13, Nº 4, Verano 1992, p. 1 a 87.