

## La sanidad en España: problemas, soluciones y retos

Alfonso Utrilla de la Hoz

**Resumen:** El funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se enfrenta a las tensiones propias de un modelo público financiado a través del sistema impositivo general, con una cobertura muy amplia en términos de población protegida y una tendencia a la extensión natural en las prestaciones cubiertas derivadas de la demanda de los usuarios y de los tratamientos prescritos por los facultativos. En este marco, el mayor desarrollo económico y el envejecimiento de la estructura demográfica plantean una tendencia natural al crecimiento del gasto sanitario. La adecuación de su sistema de financiación a las necesidades sanitarias se logrará en términos dinámicos si la evolución de los ingresos públicos regionales está en consonancia con el crecimiento del gasto sanitario por Comunidades Autónomas. Con esta perspectiva, se analizan las tendencias más recientes en la evolución de los gastos y de los ingresos asociados a la sanidad.

**Palabras clave:** Financiación; recursos tributarios; gasto sanitario.

**Códigos JEL:** H51; H71; H75.

La evolución del gasto sanitario muestra un crecimiento tendencial significativo por diversas razones (elevada elasticidad-renta asociada al consumo sanitario, cobertura pública generalizada sin elementos de copago significativos en los servicios sanitarios con mayores gastos, tecnologías de diagnóstico y tratamiento con costes crecientes...). Así se constata en la evolución de los datos de los últimos años, donde el gasto sanitario público ha ganado peso en el PIB en las principales economías, especialmente en España, donde el crecimiento del gasto por habitante se ha

incrementado fuertemente, aunque se mantiene por debajo de los países de nuestro entorno (cuadro 1).

En la medida en que se considere prioritario este gasto desde el punto de vista social, dada su dimensión presupuestaria, se hace imprescindible garantizar a las administraciones que gestionan estas competencias una financiación adecuada, que mantenga una cohesión territorial elevada en un Sistema Nacional de Salud descentralizado como el nuestro e incentive, además, comportamientos que conduzcan a una gestión eficiente.

Cuadro 1: Evolución del gasto público comparado en sanidad en países de la OCDE (descentralizados y/o relevantes)

	%PIB		Variación 2009/02 (%)	\$ por habitante Paridad de Poder de Compra		Variación 2009/02 (%)	Gasto público/Gasto total (%)	
	2002	2009		2002	2009		2002	2009
Austria	7,7	8,6	11,7	2.317	3.331	43,8	75,8	77,7
Bélgica	6,3	8,2	30,2	1.876	2.964	58,0	73,8	75,1
Canadá	6,7	8,1	20,9	1.995	3.081	54,4	69,5	70,6
Francia	8,4	9,2	9,5	2.335	3.100	32,8	79,7	77,9
Alemania	8,4	8,9	6,0	2.327	3.242	39,4	79,3	76,9
Italia	6,2	7,4	19,4	1.665	2.443	46,7	74,5	77,9
<b>España</b>	<b>5,2</b>	<b>7,0</b>	<b>34,6</b>	<b>1.244</b>	<b>2.259</b>	<b>81,5</b>	<b>71,3</b>	<b>73,6</b>
Reino Unido	6,0	8,2	36,7	1.743	2.935	68,4	79,8	84,1
Estados Unidos	6,6	8,3	25,8	2.441	3.795	55,5	43,8	47,7

Fuente: OCDE.

Las Comunidades Autónomas presentan un protagonismo evidente y creciente en la articulación de las políticas públicas sanitarias, al gestionar más del 91,2 por ciento del gasto público total y presentar un mayor crecimiento en los últimos años respecto al resto de administraciones. Con un aumento medio acumulado del 85,5 por ciento del gasto, de acuerdo con el principio de devengo, entre 2002 y 2009, algunas Comunidades Autónomas, como Murcia, Castilla-La Mancha o Baleares han duplicado su gasto y en 2009 las diferencias regionales en la evolución interanual del gasto sanitario siguen siendo muy acentuadas.

Con la excepción de Baleares, los mayores crecimientos del gasto relativo por población relativa no se han producido, sin embargo, en las regiones con un menor gasto relativo, sino en Comunidades donde el gasto inicial era superior a la media, como es el caso de Asturias, Extremadura, Aragón o el País Vasco y también en otras Comunidades que, aunque han aumentado su población relativa, han aumentado aún más su gasto sanitario, como es el caso de Murcia o Castilla-La Mancha (cuadro 2).

Tanto en el gasto ejecutado en 2008 y 2009 como en los presupuestos iniciales de 2010 y 2011,

la evolución del gasto sanitario ha sido superior a la media de los presupuestos regionales totales, poniendo de manifiesto, con generalidad, el carácter prioritario asignado por los gestores públicos al gasto sanitario frente al resto de las competencias regionales. Además, las desviaciones en la gestión presupuestaria de la sanidad han sido casi una constante y han alcanzado magnitudes importantes y crecientes en los últimos ejercicios, como lo demuestran las diferencias entre los gastos devengados y presupuestados inicialmente, que se elevan al 8,71 por ciento en 2009, representando en algunas Comunidades proporciones muy significativas (por ejemplo, en Murcia, con desviaciones del 21,8 por ciento, o en la Comunidad Valenciana del 17,5 por ciento). De esta manera, el moderado crecimiento del gasto inicialmente presupuestado no se corresponde con el mayor nivel de gasto ejecutado, poniendo en cuestión el mecanismo presupuestario como elemento de previsión fiable del gasto sanitario.

En un modelo de financiación regional de elevada corresponsabilidad fiscal como el nuestro, el carácter prioritario otorgado socialmente a la sanidad debe articularse a través de un sistema tributario regional que evolucione a un ritmo similar a las necesidades de gasto, al menos en proporción

Cuadro 2: Evolución del gasto sanitario por población protegida

	Euros por habitante protegido			Índice (Total =100)		
	2002	2009	Variación 2009/2002 (%)	2002	2009	Variación 2009/2002 (%)
Andalucía	839	1.308	55,9	96	91	-5,0
Aragón	951	1.609	69,2	109	112	3,1
Asturias	946	1.660	75,6	108	116	7,0
Baleares	785	1.299	65,6	90	91	0,9
Canarias	904	1.481	63,8	103	103	-0,2
Cantabria	1.013	1.407	38,9	116	98	-15,4
Castilla y León	893	1.470	64,5	102	102	0,3
Castilla-La Mancha	872	1.501	72,1	100	105	4,9
Cataluña	873	1.440	65,0	100	100	0,6
Comunidad Valenciana	830	1.352	62,9	95	94	-0,7
Extremadura	945	1.686	78,5	108	117	8,8
Galicia	902	1.500	66,3	103	105	1,3
Madrid	829	1.331	60,6	95	93	-2,1
Murcia	880	1.643	86,6	101	114	13,7
Navarra	1.011	1.629	61,2	116	113	-1,8
País Vasco	976	1.691	73,2	112	118	5,5
Rioja	911	1.513	66,1	104	105	1,2
<b>Total</b>	<b>875</b>	<b>1.435</b>	<b>64,1</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0,0</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y elaboración propia.

al peso de estos gastos. En la medida en que el actual cuadro tributario de las Comunidades Autónomas incorpora muchas figuras y la cesta de impuestos es más amplia que la del propio Estado, los riesgos financieros potenciales disminuyen pero, aun así, no queda garantizada plenamente la suficiencia financiera en términos dinámicos, especialmente en épocas de crisis.

En efecto, el cambio de sistema de financiación para las Comunidades Autónomas de régimen común a partir de 2002 modifica sustancialmente el escenario de financiación finalista que había caracterizado a la financiación sanitaria. En primer lugar, se desvincula la financiación autonómica de la evolución del PIB nacional que había prevalecido en sistemas anteriores, cuando la financiación era condicionada. Por otro lado, con el nuevo sistema desaparecen las garantías externas, dependiendo los recursos recibidos de la evolución del sistema tributario en cada región y de la evolución de los ingresos estatales compartidos con las Comunidades Autónomas. Así, al integrarse la financiación sanitaria en el conjunto de la financiación autonómica la evolución de esta determina también la suficiencia financiera alcanzada por aquella. En consecuencia, la evolución de los recursos tributarios constituye el referente necesario para determinar la financiación de las políticas de gasto en general y del gasto sanitario en particular.

Una revisión del comportamiento del sistema tributario durante la crisis pone de manifiesto los principales riesgos a los que se enfrenta la sostenibilidad de las principales políticas de gasto, incluida la sanidad. Al margen de los efectos de la situación económica sobre algunas políticas de gasto, lo más significativo es la fuerte caída de la recaudación tributaria. Así, mientras que entre 2005 y 2007 la recaudación de las principales figuras tributarias nacionales creció un 24,5 por ciento, entre 2007 y 2010 se produjo un descenso de más de 41.000 millones de euros, más de un 21,2 por ciento de los ingresos fiscales. A esto se une la caída en la recaudación real de las Comunidades Autónomas de régimen común por los tributos cedidos tradicionales (Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales, Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados, Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones e Impuesto sobre Juego) más los cedidos recientemente (Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos e Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte), que ha sido del 48,8 por ciento entre 2007 y 2010, con una pérdida recaudatoria por estos conceptos de 11.700 millones de euros.



Este deterioro fiscal está afectando obviamente a los recursos asociados a la financiación de la sanidad, que no siguen el mismo ritmo que el gasto sanitario. Aunque el sistema de financiación autonómica es incondicionado, se pueden «aislar» los ingresos asociados a la sanidad, en función del peso que estos representaban cuando la financiación sanitaria se integró en el modelo general (2002). Estos recursos generales, junto a los fondos específicos de la sanidad, incorporados en los últimos años a través de los Acuerdos de la II Conferencia de Presidentes y otros mecanismos, permiten contrastar la evolución experimentada de los recursos sanitarios con los gastos efectivamente dedicados a tal fin.

Entre 2002 y 2009, el conjunto de la financiación autonómica de régimen común asociado a la sanidad aumentó en términos normativos apenas un 36,8 por ciento, porcentaje inferior al crecimiento del PIB nominal, debido al deterioro fiscal producido en los ejercicios 2008 y 2009. Las Comunidades más afectadas negativamente han sido aquellas más dependientes de las transferencias estatales, cuya cuantía ha evolucionado en función de la evolución de los ingresos del Estado, que se ha deteriorado aún más. Los recursos liquidados realmente asignados a la financiación sanitaria aumentaron todavía en menor cuantía.

El sistema de financiación se articula, en la práctica, a través de un sistema de entregas a cuenta sobre una parte sustancial de los ingresos del modelo (tributos compartidos y transferencias) que se liquidan con dos años de retraso. Así, los recursos disponibles anualmente por parte de las Comunidades Autónomas procedentes del modelo de financiación pueden diferir sensiblemente de las liquidaciones finales de los distintos ejercicios. En cada año los ingresos disponibles por cada Comunidad Autónoma estarían formados por las entregas a cuenta y, en su caso, los anticipos solicitados, y las liquidaciones finales. En la medida en que las decisiones anuales de gasto se tomen en función de los ingresos obtenidos en cada ejercicio resulta razonable tener en cuenta el sistema de entregas a cuenta y los ingresos del ejercicio, en lugar de las liquidaciones finales. Este sistema de entregas a cuenta también se ha resentido, a partir de 2010, como consecuencia de la caída de la recaudación tributaria.

No obstante, en 2008 y 2009, las entregas siguieron aumentando a pesar del deterioro fiscal por los errores en las previsiones presupuestarias. La consecuencia de este comportamiento es que las liquidaciones brutas definitivas de estos ejercicios

a computar en 2010 y 2011 resultan muy negativas, en contraste con las de años anteriores.

Si consideramos los ingresos anuales con los que han contado efectivamente los gobiernos regionales para financiar la sanidad (entregas a cuenta, anticipos y liquidaciones de ejercicios anteriores) y lo confrontamos con la evolución del gasto real destinado a sanidad podemos comprobar las diferencias que se están abriendo entre la evolución del gasto, que ha aumentado un 86 por ciento entre 2002 y 2009, y la de los ingresos, con un aumento del 51,4 por ciento en el mismo período, diferencias especialmente acusadas en los dos últimos años contemplados y que presentan importantes diferencias regionales.

El resultado es que la cobertura del gasto sanitario a través del modelo de financiación regional resultaba ya insuficiente en 2009 (92,6 por ciento) y los resultados esperados para 2010 y 2011 que conoceremos en los próximos años son igualmente desalentadores. De este modo, mientras no se recupere la suficiencia financiera tributaria, el margen de actuación en la política sanitaria ha de centrarse en medidas de racionalización y contención del gasto, dado el nivel de déficit público existente y las limitaciones legales y reales existentes para el endeudamiento (cuadro 3).

Cuadro 3: Evolución de los recursos obtenidos de la financiación asociada a la sanidad y el gasto sanitario devengado en el periodo 2002-2009, y cobertura financiera de la sanidad

	Gasto sanitario devengado	Recursos del ejercicio	Ingresos del ejercicio/Gasto sanitario (%)	
	Variación 2009/02 (%)	Variación 2009/02 (%)	2002	2009
Cataluña	90,7	49,2	119,6	93,6
Galicia	71,4	46,1	106,5	90,8
Andalucía	75,2	56,6	110,2	98,5
Asturias	78,1	48,2	104,9	87,3
Cantabria	52,0	69,9	112,2	125,4
La Rioja	91,7	51,2	128,2	101,2
Murcia	124,1	71,6	97,9	74,9
C. Valenciana	93,6	45,5	115,4	86,7
Aragón	89,4	58,6	113,	94,9
Castilla-La Mancha	103,4	72,2	101,6	86,0
Canarias	88,8	53,4	98,2	79,8
Extremadura	84,8	48,2	102,1	81,9
Baleares	99,9	38,2	130,5	90,2
Madrid	90,2	48,2	127,5	99,4
Castilla y León	71,7	44,8	114,1	96,2
Total CC.AA.	86,0	51,4	113,7	92,6

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y elaboración propia.