

# I. SISTEMA SANITARIO Y ESTADO DEL BIENESTAR



# CAPÍTULO I

## SISTEMA SANITARIO Y ESTADO DEL BIENESTAR: PROBLEMAS A LA VISTA

Vicente Ortún Rubio

### 1. Introducción

El debate tradicional sobre los límites del Estado del Bienestar se realiza actualmente con unos problemas nuevos y con unos condicionantes diferentes. Los problemas nuevos son los del paro, los desajustes en los mercados del trabajo (con numerosas interrupciones en la vida laboral), y la emergencia de nuevas formas de pobreza y exclusión social. La diferencia en condicionantes estriba en la creciente competencia global entre Europa, Asia y Norteamérica, que hace plantear la cuestión de si la estabilidad política democrática y social que los Estados del Bienestar europeos pueden aportar constituye una mejor garantía de crecimiento de la productividad y del desarrollo humano que la proporcionada por Estados del Bienestar de menor medro.

Los servicios sanitarios representan en España algo más de una quinta parte de los gastos sociales y los problemas de futuro que se han considerando más específicos a la componente sanitaria del Estado del Bienestar en España son tres: el demográfico, el tecnológico y el resultante de la globalización de la economía. Los tres serán brevemente analizados en estas páginas tras esbozar el concepto y la evolución del Estado del Bienestar con particular referencia a España.

### 2. Estado del Bienestar: concepto y evolución

El Estado del Bienestar moderno es una invención europea que parte de la Alemania de Bismarck en 1883 y se extendió por toda Europa durante el periodo anterior a 1920. El término Estado del Bienestar se acuña tras la Segunda Guerra Mun-

dial y se emplea para recoger las actividades gubernamentales relacionadas con la redistribución de rentas, sanidad, educación y otros servicios asistenciales. El Estado del Bienestar, además de incurrir en los gastos sociales mencionados, desarrolla otras políticas orientadas hacia la reducción de las desigualdades, la garantía de la subsistencia material, la integración social y la eficiencia (eficiencia tanto por su impacto en el resto de la economía como en el funcionamiento del propio Estado del Bienestar). Las políticas monetarias y fiscales dirigidas a la consecución del pleno empleo constituirían un ejemplo de esas otras políticas. También hay que acotar que el avance civilizador que supone el Estado del Bienestar (EB) no impide que el bienestar de los individuos dependa de muchos otros factores no relacionados con el Estado.

Los límites del EB y sus formas de actuación son muy cambiantes entre países. En la actualidad más de 140 países tienen algún tipo de seguridad social, (el más común es el que hace frente a los accidentes laborales), así como programas de pensiones para los ancianos. El programa menos común es el de la seguridad en situaciones de desempleo (Kuhnle 1997).

Aunque la Seguridad Social -el núcleo del EB- haya sido la respuesta histórica europea a los problemas surgidos a raíz de la industrialización cuando se rompe la protección social tradicional que proporcionaba la familia y la comunidad local, no todos los procesos de industrialización han conocido respuestas similares. El Este asiático ha dado un tipo de soluciones políticas diferentes a las europeas. Kuhnle cita el ejemplo de Singapur, que en 1994 aprobó una ley de manutención de los padres en la que se establece que las familias, en vez del Estado o la comunidad, son responsables del cuidado de los ancianos o enfermos.

En España, la Seguridad Social también constituye el núcleo del Estado del Bienestar. Tal como resume Comín (1996), la crisis del EB en España no surge con la democracia; con la democracia lo que surgió fue el propio Estado del Bienestar universal; antes lo que había era como mucho un Estado que promovía los seguros sociales obligatorios. Estos seguros profesionales vivían de las cuotas de los afiliados y no de transferencias del Estado financiadas con impuestos; el tipo de EB vigente en España entre 1900 y 1976 apenas transfería recursos a los seguros sociales, al igual que el Estado liberal dejó la beneficencia del siglo XIX a los empobrecidos Ayuntamientos, Diputaciones y Cabildos. Cuando los seguros sociales tuvieron excedentes -como en las décadas de los años veinte y los años sesenta- el Estado los utilizó para financiarse o financiar otros organismos públicos, impidiendo que la Seguridad Social constituyese unas reservas para épocas de crisis.

España ha construido su EB con un retraso histórico importante en relación a otros países Europeos. En la Tabla 1.1 puede apreciarse como las prestaciones sociales (pensiones, desempleo y otras) han pasado del 9'25% del PIB en 1975 al 16% en 1995, y los gastos públicos en educación, sanidad y vivienda del 6'9% del PIB en 1975 al 11'76 en 1995. El intenso crecimiento experimentado por el gasto público entre 1976 y 1995 ha sido protagonizado en gran parte por los gastos sociales y de transferencias y financiado con un crecimiento muy rápido de la presión fiscal, especialmente sobre las familias. Presión fiscal prácticamente proporcional por niveles de renta que aporta muy poco a la corrección de las desigualdades y que recae fundamentalmente sobre el trabajo, factor de producción con menor movilidad geográfica que el capital (Manresa, Calonge y Berenguer, 1996).

Tabla 1.1. Clasificación funcional del gasto público (en porcentajes del PIB)

	1975	1985	1995
<b>A. GASTOS COMUNES</b>	4,60	6,75	6,30
Defensa Nacional	1,74	1,99	1,08
Servicios Generales	2,86	4,76	5,22
<b>B. GASTOS DE DISTRIBUCIÓN</b>	16,15	24,76	27,75
Prestaciones sociales:	9,25	14,33	15,99
Pensiones	5,62	10,21	11,63
Desempleo	0,48	2,78	2,59
Otras prestaciones	3,15	1,34	1,77
Bienes sociales redistributivos:	6,90	10,43	11,76
Educación	2,09	3,75	4,32
Sanidad	3,77	4,67	5,92
Vivienda y servicios colectivos	1,04	2,01	1,52
<b>C. GASTOS INTERVENCIÓN ECONÓMICA</b>	4,87	8,41	7,35
Subvenciones de explotaciones	1,14	2,44	1,77
Inversiones	2,72	3,70	3,71
Transferencias de capital	1,01	2,27	1,87
<b>D. INTERESES DEUDA PÚBLICA</b>	0,47	3,44	5,37
<b>E. AJUSTES CLASIFICACIÓN</b>	0,00	-0,77	0,47
<b>GASTOS TOTALES (A+B+C+D+E)</b>	26,09	42,59	47,24
<b>PRO MEMORIA</b>			
Ingresos públicos	25,72	35,65	40,59
Déficit Público	-0,35	-6,93	-6,66

El empleo en el sector público ha crecido de forma muy notoria: el índice de dependencia -cociente entre la suma de asalariados públicos, pensionistas y parados subsidiados y el número total de ocupados en el sector privado de la economía- ha pasado de 0'6 en 1978 a 1'09 en 1995 (Valle 1996). Por cada 100 personas ocupadas privadamente, 109 reciben percepciones públicas.

La Tabla 1.2 resume por políticas el presupuesto consolidado, para 1997, del Estado, los organismos autónomos, la Seguridad Social y los entes públicos. Este presupuesto consolidado -sin transferencias internas entre los distintos agentes del sector público estatal y eliminando la variación de pasivos financieros- supone 29.958 miles de millones de pesetas, un 38 % del PIB estimado para 1997. Desde la perspectiva funcional destaca la importancia del gasto social, que representa un 54'3% del presupuesto y experimenta un incremento global del 2'1% con una evolución diversa de sus componentes. Sobresale la subida del 5'1% en pensiones, que representan el 26'5% del gasto total, como consecuencia del mayor número de jubilados, de una revalorización del 2'6% según el objetivo de inflación previsto y del efecto substitutivo de las pensiones antiguas por otras nuevas más elevadas.

Casi un 92% de los 3.657 miles de millones de pesetas de Sanidad provienen de una aportación finalista del Estado, representando las cotizaciones únicamente un 5'6% y el pequeño resto son ingresos por prestación de servicios. De hecho se había previsto en el Pacto de Toledo que a partir de 1997 la Sanidad se financiaría exclusivamente con impuestos generales para aliviar la presión sobre las cotizaciones a la Seguridad Social. Esta decisión se ha pospuesto al año 2000, momento en el que la exclusividad de competencias del Estado sobre la sanidad será menor ya que las prestaciones sanitarias no podrán considerarse régimen económico de la Seguridad Social al desaparecer la financiación proveniente de ésta.

Tabla 1.2. Presupuesto consolidado del Estado, Organismos Autónomos, Seguridad Social y entes públicos para 1997 (en miles de millones de pesetas)

POLÍTICAS	Presupuesto inicial 1997	%
<b>JUSTICIA:</b>	153	0,5
Defensa	817	2,7
Política Exterior	124	0,4
Seguridad ciudadana	652	2,2
Administración Tributaria	142	0,5
Subtotal servicios generales	1.888	6,3
<b>SANIDAD:</b>	3.657	12,2
Pensiones	7.937	26,5
Vivienda	113	0,4
Fomento de la ocupación	370	1,2
Subsidio de desempleo	1.536	5,1
Educación	972	3,2
Otras prestaciones sociales	1.686	5,6
Subtotal servicios sociales	16.273	54,3
<b>INFRAESTRUCTURAS:</b>	925	3,1
Subvenciones al transporte	212	0,7
Investigación	235	0,8
Agricultura, industria y energía	1.196	4,0
Subtotal actividades económicas	2.568	8,5
<b>FINANCIACIÓN DE LAS ADM. TERRITORIALES:</b>	3.968	13,0
Participación Comunidades Europeas	938	3,1
Deuda pública	3.459	11,6
Subtotal deuda y otras transferencias	8.295	27,7
<b>OTRAS POLÍTICAS</b>	<b>934</b>	<b>3,1</b>
<b>TOTAL PRESUPUESTO CONSOLIDADO</b>	<b>29.958</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Presupuestos Generales del Estado para 1997, Ministerio de Economía y Hacienda.

La Tabla 1.3 y la Figura 1.1 destacan la evolución del gasto sanitario público en España en porcentaje sobre el PIB desde 1980 hasta 1995, último año del que se dispone de la cifra real de gasto sanitario público. España gasta en servicios sanitarios cinco billones de pesetas (1995), un 10% por debajo del Reino Unido (per cápita y comparando según paridad de poder adquisitivo). Cuando se ajusta por renta, España gasta lo que de su nivel de renta cabe esperar: un 7'6% del PIB, porcentaje más alto que el del Reino Unido, Dinamarca y Japón. Ahora bien, estos porcentajes de la riqueza producida por un país que se dedican a Sanidad expresan únicamente los recursos que se sacrifican, no lo que se obtiene de ellos.

El gasto sanitario financiado públicamente ha crecido algo más que el gasto sanitario financiado privadamente durante la década de los ochenta, lo que ha supuesto la ganancia de algún punto en el porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente, porcentaje que para 1995 se sitúa en el 81'8%. Para ese mismo año las primas a seguros privados no llegan al 7% del gasto sanitario total.

El déficit en la financiación sanitaria se ha producido tanto por gastar más de lo presupuestado y aprobado por el Parlamento como por presupuestar por debajo de que lo se sabía se iba a gastar. Las autonomías (recogiendo votos pero sin contrapartida de esfuerzo fiscal), los órganos de gobierno (sin miedo a quebrantos económicos, penales o de imagen) y muchos gestores sanitarios (valorados por otros criterios) han corrido su particular carrera hacia el déficit.

Tabla 1.3. *Gasto sanitario público como porcentaje del PIB, 1980-1995*  
(pesetas corrientes)

Año	Gasto Sanitario Público (millones de pesetas corrientes)	Producto Interior Bruto (miles de millones de pesetas corrientes)	Porcentaje Gasto Sanitario Público sobre PIB
1980	686.561	15.168,2	4,53
1981	780.045	17.044,7	4,58
1982	926.741	19.722,4	4,70
1983	1.141.915	22.531,9	5,07
1984	1.202.339	25.520,7	4,71
1985	1.295.412	28.200,4	4,59
1986	1.434.485	32.324,8	4,44
1987	1.615.168	36.144,1	4,47
1988	2.016.706	40.158,8	5,02
1989	2.299.054	45.043,5	5,10
1990	2.730.865	50.145,4	5,45
1991	3.086.730	54.927,2	5,62
1992	3.373.089	59.104,8	5,71
1993	3.643.020	60.934,5	5,98
1994	4.050.210	64.698,7	6,26
1995	4.342.225	69.778,1	6,22

Fuente: Datos de gasto sanitario facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y PIB de INE, 1997.

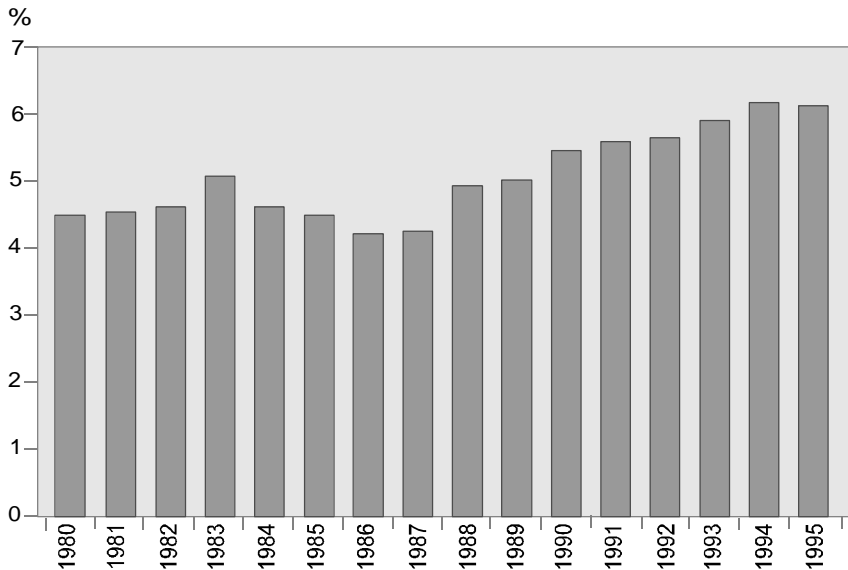


Figura 1.1. Gasto sanitario público sobre el PIB, años 1980-1995 (valores corrientes)

En cuanto a los valores sociales que fundamentan la preferencia por la financiación pública debe señalarse que su objetivo es que la utilización responda a necesidad y que la contribución dependa de la capacidad de pago individual. Ahora bien, el cumplimiento de ese objetivo no puede suponerse ya que exige una imposición progresiva -que no se da- y una utilización de servicios sanitarios explicada por necesidad y no por influencias o presión de oferta. Todos los factores que impulsan el gasto continúan presentes y la difícil situación financiera se agravará ya que no cabe esperar un aumento de la consignación presupuestaria para sanidad superior al crecimiento del PIB.

### 3. Problema demográfico

El porcentaje de personas mayores tiende a aumentar y el de jóvenes a disminuir en los países desarrollados y las proyecciones demográficas actuales prevén que esta tendencia se intensificará en el futuro. El envejecimiento no se debe únicamente a la disminución de la fecundidad sino al hecho, generalmente gozoso, de que se vive más tiempo, pese a que en alguna discusión presupuestaria se haya hablado del "preocupante aumento de la esperanza de vida".

Si se mantienen los niveles actuales de mortalidad y fecundidad (España con 1'2 hijos por mujer en los niveles más bajos jamás conocidos en la Unión Europea), España acabará teniendo índices de envejecimiento superiores a los de sus países vecinos.

Las proyecciones demográficas barajan un abanico de hipótesis. Entre las proyecciones realizadas por Fernández Cordón (1996), la variante media recoge las hipótesis más realistas a corto y medio plazo: una cierta recuperación de la fecundidad y un incremento moderado de la esperanza de vida. En ella, el grupo de edades 0-14 años disminuye al 16'6% en el año 2011 y al 14'9% en el 2050. La proporción de 65 o más alcanza el 17'9% de la población en el 2011 y el 30% en el 2050. Ver Tabla 1.4 y Figura 1.2

Tabla 1.4. *Peso relativo de los grupos de edad, porcentajes de la población total española, 1971-2046 (en la variante media de proyección)*

Año	0-14	15-64	65 +
1971	27,98	62,29	9,73
1981	25,61	63,17	11,22
1991	19,50	66,75	13,75
1996	16,31	68,24	15,45
2001	15,11	67,93	16,97
2006	15,72	66,91	17,38
2011	16,55	65,51	17,94
2016	16,63	64,52	18,84
2021	15,57	64,54	19,90
2026	14,51	63,78	21,71
2031	14,25	61,78	23,97
2036	14,63	59,09	26,28
2041	15,03	56,36	28,60
2046	15,04	54,75	30,21

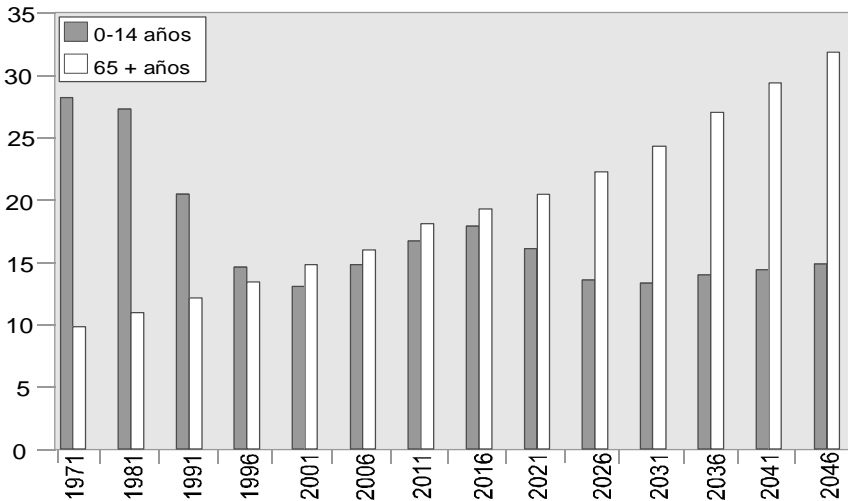


Figura 1.2. Peso relativo de los grupos de edad en la variante media de proyección

El impacto del envejecimiento sobre el gasto sanitario resulta incuestionable. La OCDE solía manejar el factor 3'3 para relacionar el consumo sanitario de los mayores de 65 años con el del resto de la población. Recientemente sitúa esa cifra en un 3'2 y precisa además que se observa un consumo distinto dentro del colectivo de mayores de 65 años en función de que sus miembros pertenezcan al grupo etario 65-74 (2'27) o al de mayores de 75 años (3'93). Algunos estudios empíricos concretan además que el 60% de los gastos sanitarios de un individuo se producen en el año que precede al de su muerte (López Casasnovas y Casado, 1997).

Cifras como las anteriores reflejan situaciones actuales pero no determinan inexorablemente cómo será el futuro. El envejecimiento como fenómeno resulta incuestionable pero el impacto económico sobre el gasto sanitario depende parcialmente de variables controladas, hasta cierto punto, tanto colectivamente como individualmente. Entre estas variables, sin ánimo de exhaustividad, y dejando la tecnología para el epígrafe siguiente, podría citarse:

- a. El estado de salud -mejorado- de los ancianos y una percepción social de la vejez como regla.
- b. La mayor renta, mejor educación y, tal vez, mejores hábitos de vida de los ancianos del futuro que pueden proporcionar menor dependencia de cuidados por terceros a financiar públicamente.
- c. Las redes sociales y el apoyo familiar. Como dice Fernández Cordón a los jóvenes de hoy les espera una vejez con pocos hermanos y pocos hijos y con la perspectiva de que un divorcio les haya alejado de su cónyuge.
- d. La actitud, tal vez menos pasiva, ante el proceso de morir.
- e. El peso político de los ancianos. En el año 2000 el 50% del electorado europeo tendrá más de 50 años. La población española parece estar mayoritariamente a favor de preservar todos los programas públicos de protección social. Los españoles consideran que el Estado es responsable del bienestar de los individuos, y más de las tres cuartas partes de la población opina que el Estado tiene la obligación de garantizar a sus ciudadanos el derecho a trabajar, a una vivienda digna, a recibir ayuda en situaciones de necesidad y a la educación (Cabiedes y Guillén, 1997).
- f. El número de familias monoparentales.
- g. El creciente número de personas viviendo solas, lo que en principio aumenta la dependencia.
- h. El grado de medicalización de los problemas sociales y de dependencia en los cuidados ligados al envejecimiento.
- i. Las medidas que en esta próxima década puedan tomarse para facilitar la creación de familias jóvenes y las que se adopten para disminuir el coste de oportunidad de tener hijos, sobre todo en las mujeres. A corto plazo puede plantear mayores problemas a España la falta de integración de los jóvenes que el envejecimiento. El 68% de los jóvenes de 20-29 años viven en casa de sus padres y a los 30 años más de la mitad no han alcanzado la autonomía que proporciona un trabajo y una vivienda. Este rasgo compartido con los países del Sur de Europa convierte a la familia en un 'Estado del Bienestar' *sui generis*, familia que muy probablemente conocerá cambios importantes como consecuencia de la muy positiva incorporación de las mujeres al trabajo remunerado pero sin que se hayan creado las condiciones para mejorar la compatibilidad entre vida familiar y vida laboral.

## 4. Problema tecnológico

El cambio tecnológico explica, aunque sea por descarte de otras variables explicativas, la mayor parte del crecimiento del gasto sanitario (Newhouse, 1993).

Las innovaciones tecnológicas pueden clasificarse como innovaciones en el producto (antibióticos, insulina), en el proceso (cirugía mayor ambulatoria) y en la organización (integración de niveles asistenciales, políticas de salud). Por la importancia de las fuerzas sociales que condicionan los procesos de innovación y difusión tecnológica una distinción muy importante en innovación tecnológica separa la innovación patentable (fármacos, equipos), y apropiable por tanto, de la no patentable (procedimientos y estrategias clínicas), que presenta características económicas de bien público. La innovación tecnológica patentable contribuye a diferenciar el producto dentro del marco de competencia monopolista que mejor caracteriza a los servicios sanitarios. Se da, pues, en el sector sanitario una intensa innovación en producto -en ella basa su estrategia la industria farmacéutica y la suministradora de bienes de equipo-, una menor innovación en proceso derivada de una escasa competencia en precios, y una todavía menor innovación organizativa porque, en términos generales, el sector sanitario está bastante protegido de la competencia exterior e interior.

La tecnología médica, pese a su indudable efectividad media, presenta con frecuencia una productividad marginal decreciente. El impacto de una tecnología determinada en el bienestar social depende de la comparación favorable entre beneficios adicionales en términos de cantidad y calidad de vida, y costes adicionales que la tecnología supone. El mercado resulta un mecanismo insuficiente en sanidad -por falta de información- para realizar esta comparación por lo que el control de la introducción y aplicación de la tecnología depende también de otras dos instituciones: el Estado y las normas clínicas.

El Estado regula la difusión de la tecnología sanitaria tanto directamente (autorizaciones previas a la comercialización, mapas sanitarios) como actuando sobre los incentivos de los centros sanitarios (formas de pago), los usuarios (copagos) y los clínicos (presupuestos clínicos, guías de buena práctica clínica). El Estado se halla en inmejorable posición para controlar la oferta de profesionales, servicios y tecnología, la palanca de actuación más efectiva para orientar el gasto sanitario. Pero, dado que la comparación entre beneficios y costes de una tecnología suele ser específica para cada persona, resulta imprescindible la participación del clínico. El Estado como mecanismo para la asignación de recursos en sanidad y las normas clínicas como sistema nervioso central de la Medicina que determina quién recibe

qué son dos instituciones que se complementan en el control de la difusión de la tecnología sanitaria.

La medicina basada en la evidencia con su creciente énfasis en la efectividad y en la orientación al usuario puede contribuir -acompañada de estímulos a los cambios de comportamiento clínico- a una práctica más adecuada, con menores variaciones en las tasas de utilización aparentemente arbitrarias. Ahora bien, sabido que: primero, la utilización viene determinada en última instancia por la oferta, segundo, la práctica clínica se adapta a la oferta disponible en cada zona, y, tercero, el alcance de la utilización inapropiada es independiente de la tasa media de utilización, no puede fiarse todo a la medicina basada en la evidencia. Los procesos de decisión colectiva han de precisar qué atención sanitaria justifica su costo. En presencia de una productividad marginal decreciente, variable según tipo de servicios sanitarios, y en muchas ocasiones desconocida, el Estado desempeña un papel clave en el control de la oferta tecnológica.

## 5. Problema de la globalización de la economía

Los nuevos países industrializados asiáticos, un continente en el que vive el 60% de la población mundial, mantienen desde hace tiempo un crecimiento muy superior al de las economías europeas (un 6% de la población). Tanto económica, como políticamente Europa tiene menor peso en el mundo. ¿Representa ello una amenaza para los Estados del Bienestar en Europa? No necesariamente siempre que: Primero, se acompañe el aumento en los consumos público y privado con las mejoras en la productividad. Segundo, se procure un cierto equilibrio entre las consideraciones de eficiencia económica y equidad social. Tercero, se considere seriamente la efectividad de las políticas sanitarias del EB con una cierta preocupación por el impacto del gasto sanitario en el crecimiento económico.

En cuanto a lo primero, cabe recordar que la competitividad de un país viene dada por la capacidad de sus empresas de producir y vender tanto en mercados nacionales como extranjeros, de mantener y aumentar cuotas de mercado. En el caso de España la existencia de empresas competitivas no depende únicamente de una mayor apertura al exterior y de la eliminación de prácticas proteccionistas sino también de un conjunto de desarrollos institucionales que escapan del ámbito de estas líneas (Salas 1997 para una visión del tema).

Respecto a lo segundo, el equilibrio entre equidad y eficiencia, la sabiduría económica convencional postulaba una relación inversa entre redistribución de la

renta y potencial de crecimiento. Recientemente, no obstante, la evidencia señala -al contrario- que en aquellas sociedades con más desigualdad las demandas de redistribución fiscal -con sus efectos distorsionadores- son también más altas, lo que origina una menor tasa de crecimiento. La desigualdad en renta se vincula también con un menor crecimiento a través de la inestabilidad política. Las desigualdades, especialmente si se perciben injustas, alimentan el descontento social y aumentan la inestabilidad política y económica, lo que reduce la inversión.

El tercer punto, el de la efectividad de las políticas sanitarias y el impacto de éstas en el crecimiento económico, recibirá mayor espacio. La buena salud además de ser un objetivo en sí mismo, trae aparejados importantes beneficios económicos para los países en vías de desarrollo. El mejoramiento de la salud y la nutrición aumenta la productividad de los trabajadores, reduce el número de días que se sienten enfermos y prolonga su vida económicamente activa. De la concordancia histórica, y actual en muchos países en vías de desarrollo, entre objetivos de crecimiento económico y objetivos de mejora del estado de salud, se ha pasado a una mayor contradicción entre ambos: una parte del gasto sanitario no puede considerarse inversión en una economía avanzada. La reducción en las tasas de mortalidad tiende a ser pequeña y se produce fundamentalmente entre los ancianos, que no contribuyen directamente a la producción. Éstos, además, propenden a incrementar su consumo sanitario al perder capacidad y requerir tratamientos cada vez más complejos y costosos. La posibilidad de que la reducción en la incapacidad o en la debilidad física ligadas al gasto sanitario logren aumentar apreciablemente la oferta de horas de trabajo o la productividad laboral media se juzga poco relevante.

Frente al argumento anterior de que el gasto sanitario no constituye una inversión productiva en economías avanzadas cabe arguir que el gasto sanitario, en la población activa podría mejorar la productividad del trabajo al reducir la incapacidad y la debilidad, mitigando la ansiedad, tratando síntomas y proporcionando información diagnóstica. Y en la población jubilada sería un instrumento de mejora del clima social y de suavización del impacto externo que sobre la productividad de la población activa podría tener la asunción del cuidado personal y del coste derivado de tratamientos costosos y de una longevidad creciente.

La evidencia empírica ha de ser en cualquier caso la que dirima la controversia acerca de los efectos sobre el desarrollo del gasto sanitario, en los países avanzados. Bishai y Simon (1987) han utilizado un modelo de simulación para estudiar los efectos del gasto sanitario y de otros gastos públicos (inversión y educación) sobre el crecimiento económico. Sus resultados son dependientes del ritmo de avance del progreso técnico. Cuando éste es bajo, un mayor gasto sanitario acelera el creci-

miento inicialmente (una década), para reducirlo a más largo plazo; cuando el avance técnico es rápido, el gasto sanitario promueve un crecimiento sostenido de la renta per cápita, aunque de cuantía modesta comparada con los efectos de la educación o la inversión pública. Easterly y Rebelo (1992) estudian econométricamente el impacto de distintas variables de política pública sobre el crecimiento. En el caso específico de la inversión pública destinada a la provisión de servicios sanitarios, no se encuentra un efecto significativo sobre la renta per cápita, aunque este gasto parece tener un efecto marginalmente positivo sobre la inversión privada. Este hallazgo implicaría que, en el caso de existir una influencia favorable de la inversión sanitaria pública sobre el crecimiento, ésta se produciría indirectamente a través de la inversión privada.

González-Páramo aporta evidencia con datos OCDE 1960-1990, sobre la asociación positiva entre gasto sanitario total y crecimiento de la productividad del trabajo y cita como explicaciones teóricas para el nexo positivo gasto sanitario/crecimiento económico las siguientes:

1. Papel de la sanidad en la formación del capital humano, como sugieren las teorías del crecimiento endógeno.
2. Eficiencia de los servicios sanitarios según la relación de éstos con el bienestar social.
3. Externalidades positivas de la salud sobre la producción.
4. Externalidades asociadas al consumo sanitario de la población inactiva:
  - a. Contribución a la inmunidad comunitaria por disminución de la probabilidad de contagio pese a no estar vacunado, por ejemplo.
  - b. Favorecimiento de un clima de cohesión social. Dado que importan más las diferencias relativas en una sociedad que sus cifras absolutas de privación, comprar paz social resta incentivos a la realización de actividades socialmente perjudiciales (robos, secuestros...) lo que aumenta la eficiencia productiva al reducir el riesgo de que los derechos de propiedad sean expropiados.
  - c. Los mercados financieros no aceptan a las personas "en prenda" lo que puede llevar a inversiones subóptimas en educación y sanidad: jóvenes que con una tasa de rendimiento esperado de su inversión en educación y sanidad superior al coste de un endeudamiento no podrían conseguir la financiación necesaria ya que las instituciones financieras no aceptan constituir a las personas en garantía "hipotecaria".

La evidencia aportada por González-Páramo (1995) da una importancia parecida a los componentes sanitario y educativo del capital humano, aunque se necesita un mayor desglose para que estas conclusiones se traduzcan en recomendaciones.

Aceptando, provisionalmente con la evidencia existente, que el gasto sanitario produce un efecto sobre el crecimiento sostenido de la renta más modesto que el de la educación o la inversión en infraestructuras, la atención debe desplazarse a la identificación de los componentes efectivos de la inversión sanitaria.

Atendiendo a las cuatro razones teóricas ofrecidas por González-Páramo como explicativas del nexo positivo hallado entre gasto sanitario y crecimiento de la productividad del trabajo en los países de la OCDE la estrategia maximizadora de la eficiencia pasa por identificar las inversiones sanitarias de mayor efectividad en la formación de capital humano (la mortalidad es un excelente indicador negativo de bienestar como Sen afirma y, por otra parte, la efectividad de los servicios constituye un requisito de eficiencia) y con mayores externalidades positivas asociadas al consumo de la población inactiva.

No define, pues, el impacto sobre el desarrollo de una inversión su carácter sanitario sino el tipo de inversión sanitaria que sea. Cuáles son las inversiones sanitarias más convenientes en los países en vías de desarrollo está aceptablemente claro y a ello ha contribuido bastante el trabajo auspiciado por el Banco Mundial (1993). Establecer cuáles son las inversiones sanitarias más convenientes en los países desarrollados resulta algo más difícil pero los avances recientes en el estudio de las variaciones y la efectividad de los servicios sanitarios permiten basar en evidencia científica las recomendaciones de política sanitaria.

## 6. Conclusiones

- Un Estado del Bienestar potente constituirá una mejor garantía del crecimiento de la productividad y del desarrollo humano si, primero, se acompaña el aumento en los consumos públicos y privados con las mejoras en la productividad; segundo, si se compensan adecuadamente las consideraciones de equidad y las de eficiencia; y tercero, si la vertiente sanitaria del EB prioriza las intervenciones sanitarias efectivas prestando atención al impacto de las mismas tanto en la salud de la población como en el crecimiento económico.

- No define el impacto ni en la salud ni en el crecimiento el carácter sanitario de una intervención sino el tipo de intervención sanitaria que sea. El EB dispone casi siempre de alternativas no sanitarias de actuación que, caso de ser más efectivas en la producción de bienestar, podrían justificar una delimitación de los contenidos y alcance de las prestaciones sanitarias.
- La financiación pública de la sanidad responde a criterios de eficiencia económica (como solución al problema cada vez más importante de la selección adversa) y también a unos valores sociales que fundamentan la preferencia por la financiación pública. Estos valores, cambiantes en el tiempo y en el espacio, presumiblemente manifiestan los deseos de que las prestaciones sanitarias se den a quien las necesita y se financien según capacidad de pago. Una realidad de financiación proporcional y utilización de servicios sanitarios menos redistribuidora que la de otras prestaciones sociales del EB podría deslegitimar la vertiente sanitaria del EB.
- El envejecimiento como fenómeno resulta incuestionable -aunque el problema estribe en las bajas tasas de actividad y ocupación- pero su impacto en el gasto sanitario depende de variables controlables tanto individual como socialmente. A corto plazo plantea mayores problemas a España la falta de integración de los jóvenes que el envejecimiento.
- El EB como mecanismo importante para la asignación de recursos en sanidad y las normas clínicas, que determinan quién recibe qué, son dos instituciones que se complementan en el control de la difusión de la tecnología sanitaria, uno de los tres problemas del futuro (junto con la globalización de la economía y el envejecimiento) que en estas líneas se han considerado más específicamente relevantes a la componente sanitaria del Estado del Bienestar.

## 7. Recomendaciones

No hay soluciones completas. Las siguientes líneas de evolución en las políticas del Bienestar más relacionadas con la sanidad aparecen, no obstante, como convenientes a partir de lo esbozado:

- Reorientar el Estado del Bienestar hacia los pobres: si los gastos han de crecer y los ingresos no, la manera más conveniente de no renunciar a los objetivos del EB será desplazar la atención de las clases medias (con voz y voto)

a los pobres (nuevos y antiguos, cada vez más marginalizados). Las dificultades políticas de esta reorientación resultan aparentes; las dificultades reales pueden ser menores en la medida que la esencia redistributiva del EB de mayorías a minorías suponga cargas relativamente pequeñas a las mayorías y beneficios relativamente importantes a las minorías.

- Reorientar el Estado del Bienestar hacia los jóvenes. Favorecer a los jóvenes y a los adultos en edad laboral. El EB en España tiene un fortísimo sesgo en favor de las personas de mayor edad (de los jóvenes se encargan las familias), sesgo compartido con otros países de Europa del Sur, Japón y Estados Unidos. Y como dice Esping-Andersen (1996), el gasto en personas de mayor edad no solamente ocasiona la exclusión de los programas sociales de los más jóvenes sino que además da lugar a malas asignaciones de poder adquisitivo desde una perspectiva de creación de empleo: Las personas de mayor edad son consumidores intensivos de los servicios que proporciona el EB, pero son los menos propensos a consumir servicios personales de mercado.
- Reorientar el Estado del Bienestar en el sentido de disminuir el coste de oportunidad de tener hijos y favorecer la compatibilidad entre vida laboral y vida familiar. El envejecimiento de la sociedad marca el fin de la transición demográfica y epidemiológica con la rectangularización de las curvas de supervivencia. Resulta difícil pensar qué tipo de adaptaciones organizativas se producirán en la sociedad como consecuencia del envejecimiento pero una preocupación excesiva por algo que no tiene por qué constituir un problema puede dificultar la culminación de uno de los cambios más importantes de este siglo -la incorporación cada vez más plena de la mujer a la sociedad- e impedir la actuación sobre el elevado paro juvenil actual, embrión de problemas para el EB menos manejables que los actuales.
- Ir hacia políticas de salud. Tal vez el hecho de que el único determinante de la salud que se financia públicamente como tal determinante y de forma consciente sea el servicio sanitario provoque la asociación inmediata entre problema de salud y solución en términos de servicios sanitarios. Se olvida, por ejemplo, que la forma en que una sociedad está organizada (cuánta pobreza relativa existe y cómo se vive) es posiblemente la influencia más importante sobre la salud de nuestras sociedades. Existe evidencia cualitativa para explicar cómo las sociedades con mayor cohesión social (Reino Unido durante las guerras mundiales, Japón en su período de crecimiento económico, los países comunistas en sus primeros estadios, Italia del Norte

en relación a Italia del Sur) tienen menores desigualdades y mejor salud. Y aunque se desconoce cómo el determinante más importante del estado de salud individual, la situación socioeconómica, actúa pese a controlar eventuales variables mediadoras obvias (dieta, tabaquismo, obesidad, estrés, exposición a tóxicos y agentes infecciosos...) cabe: primero, evitar una medicalización de los problemas sociales (la fatiga crónica, la cleptomanía, la adicción al juego o los derivados del envejecimiento a los que se ha hecho referencia anteriormente) sin renunciar al rol cataplasmático de la medicina: si no puede actuarse sobre la desigualdad socioeconómica hay que paliar los efectos adversos que ésta provoca en la salud de los individuos. Segundo, adoptar iniciativas políticas para la reducción de las desigualdades socio-sanitarias.

- No confundir valores con reglas de juego. Siempre ha estado claro que el desarrollo económico explica la mejora en la salud de las poblaciones, convirtiéndose la salud de las poblaciones en un mejor indicador de bienestar humano que las cifras de producción. Ello no supone que una despreocupación por orientar la política de salud hacia sus componentes más efectivos no tenga un precio en términos de pérdida relativa de bienestar. En este empeño hay que combinar los puntos fuertes de las tres instituciones que determinan la asignación de recursos en sanidad -mercado, Estado y normas clínicas- con particular énfasis en la introducción y difusión de tecnología.

## BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo económico mundial. Invertir en salud*. Washington.

Bishai D, Simon H (1987). A system dynamics model of the impact of health expenditure on economic development. Mimeo referido por Behrman (1991), Nutrition, health and development, en Psacharopoulos G (ed): *Essays on Poverty, Equity and Growth*. Nueva York: Pergamon Press-World Bank.

Cabiedes L, Guillén A (1997). ¿Hacia la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? En L Moreno (compilador): *Unión Europea y Estado del Bienestar*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, págs 373-403.

Comín F (1996). Las formas históricas del Estado del Bienestar: el caso español. En: *Dilemas del Estado del Bienestar*. Madrid: Fundación Argentaria y Visor Distribuciones, págs 29-57.

- Easterly W, Rebelo S (1992). *Fiscal policy and economic growth: An empirical investigation*, CEPR, mimeo.
- Esping-Andersen G (1996). ¿Iguualdad o empleo? La interacción de salarios, Estado del Bienestar y cambio familiar. En: *Dilemas del Estado del Bienestar*. Madrid: Fundación Argentina y Visor Distribuciones, págs 9-27.
- Fernández Cordón JA (1996). *Demografía, actividad y dependencia en España, Serie Economía Pública*. Madrid: Fundación BBV.
- González-Páramo JM (1995). Sanidad, desarrollo y crecimiento económico. En G López Casasnovas (ed): *Análisis económico de la sanidad*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Kuhnle S (1997). La reconstrucción política de los Estados del Bienestar europeos. En L Moreno (compilador): *Unión Europea y Estado del Bienestar*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, págs 31-65.
- López Casasnovas G, Casado D (1997). *La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e inidencia en la descentralización fiscal*. XVII Jornadas de Economía de la Salud, Murcia.
- Manresa A, Calonge S, Berenguer E (1996). Progresividad y redistribución de los impuestos en España, 1990-1991. *Papeles de Economía Española* nº 68: 145-159.
- Newhouse J (1992). Medical care costs: How much welfare loss. *Journal of Economic Perspectives*; 6: 3-21. Traducido al castellano en *Ekonomiaz. Revista Vasca de Economía* 1993; nº 23: 231-250.
- Salas V (1997). Fundación Empresa y Ciencia: *Competir en Europa*. Barcelona: Ariel.
- Valle V (1996). La hacienda pública de la democracia española. *Papeles de Economía Española* nº 68: 2-9.