

6. FINANCIAMIENTO Y GASTO

Los propósitos de este capítulo son ayudar a analizar la estrategia de financiamiento del sector, con énfasis en las principales fuentes de financiamiento, su evolución reciente y sus tendencias; la situación presente y las tendencias del gasto sanitario total, del gasto de los principales subsectores y agentes, del gasto público por funciones y niveles de atención, así como la adecuación del mismo a las necesidades sanitarias; y la sostenibilidad financiera del sector en la forma en que está organizado²⁴.

Las conclusiones derivadas del análisis del financiamiento y gasto en salud son relevantes tanto para el funcionamiento ordinario del sistema de salud como para los eventuales propósitos de reforma. Por tanto, el análisis realizado según los lineamientos incluidos en este capítulo debe permitir elaborar una estrategia de financiamiento compatible con el modelo organizacional que se adopte.

6.1 Financiamiento (48)

En esta sección los dos aspectos fundamentales son el monto de financiamiento (total y por agentes) y el peso relativo en el financiamiento de cada uno de las modalidades de financiamiento

Respecto al monto, lo fundamental es conocerlo en base anual y compararlo con el gasto. Así, cuando los planes de financiamiento (públicos o privados) son de base histórica, el gasto es la variable independiente y el financiamiento debe ajustarse a él o, en caso contrario, se produce desbalance (déficit o superávit). Esto es frecuente en el sector público donde, incluso, han existido partidas de gasto sanitario para las cuales el financiamiento presupuestado no tenía carácter limitativo.

Por otra parte, en los modelos de "financiación o presupuesto global" se dota de carácter limitativo al financiamiento previsto o presupuestado, pero se permiten grados variables de reasignación entre las distintas partidas financieras en función de los flujos de ingresos y la evolución de las necesidades de gasto. Por último en los modelos de financiación prospectiva (sea por funciones, establecimientos o programas) la actividad a desarrollar es lo primero que se determina y la financiación se ajusta después a ella. En el sector público, lo más frecuente es una combinación de "techos globales" de financiación anual derivados de las condiciones macroeconómicas esperables con un reparto posterior de base histórica, de base prospectiva o mediante una combinación de ambas.

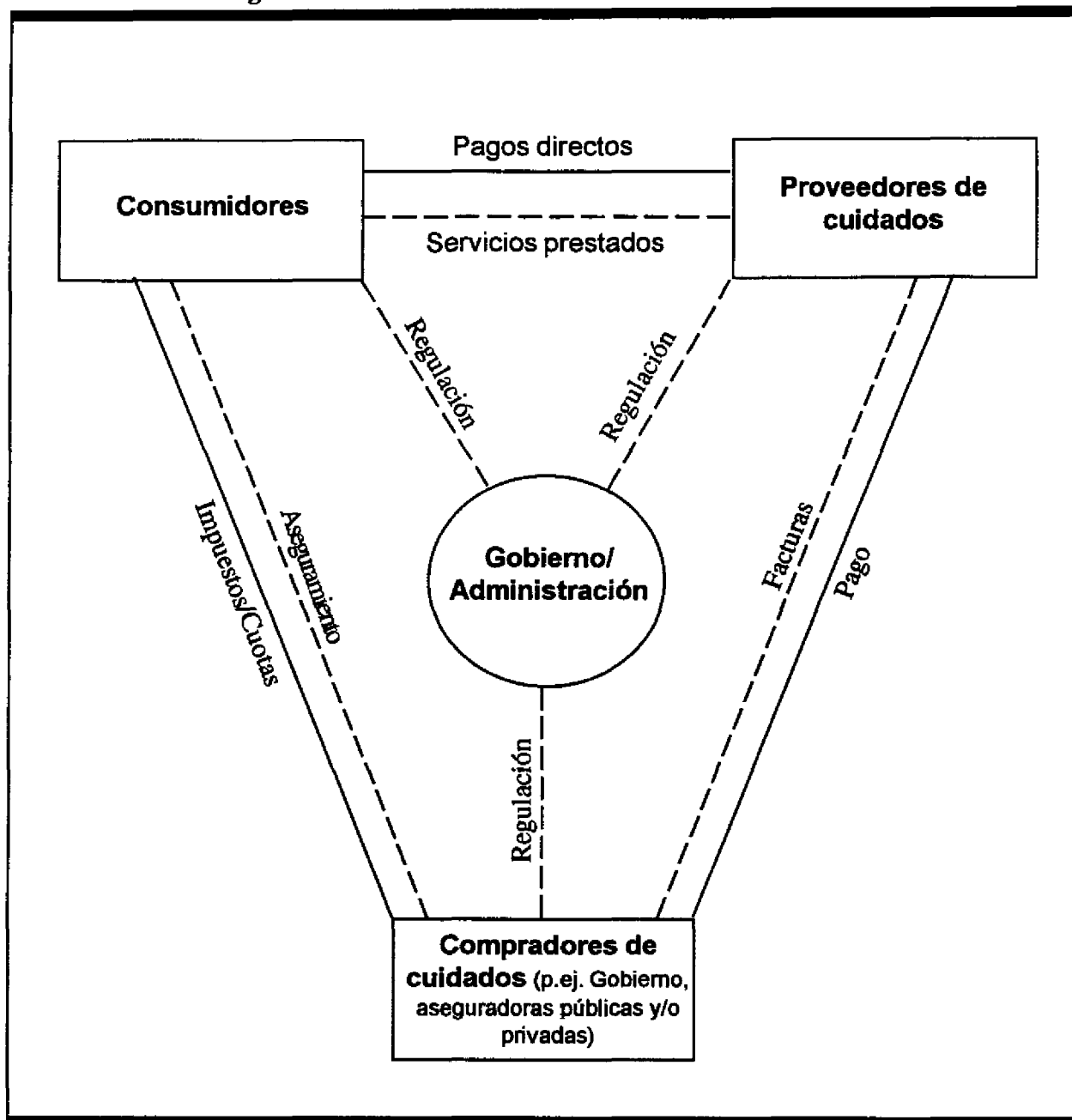
²⁴ Desde el punto de vista del financiamiento, el contenido de este capítulo se relaciona estrechamente con algunas secciones del capítulo 1 (por ejemplo, la evaluación de las principales variables macroeconómicas o la reforma del Estado). Desde el punto de vista del gasto, se relaciona con secciones del capítulo 1 (por ejemplo, las referidas a gasto público y gasto público social), capítulo 4 (por ejemplo, las referidas al análisis de los subsectores y agentes) y capítulo 7 (por ejemplo, las referidas a la provisión por niveles de atención).

En segundo lugar, en cada país (o región, provincia o estado) las modalidades de financiamiento del sector suelen ser una combinación de transferencias desde las administraciones públicas, cuotas obligatorias, cuotas voluntarias y cobro directo por servicios. Además, hay países donde las donaciones y la cooperación externa tienen un peso importante como fuente de financiación.

Las transferencias desde las administraciones públicas incluyen las recibidas por los organismos proveedores desde los niveles central, provincial o estatal y local de la administración; normalmente, provienen del cobro de impuestos o tasas. Las cuotas obligatorias son cobradas por la(s) institución(es) del seguro social a empleados y empleadores, figurando como ingresos en su(s) presupuesto(s). Las cuotas voluntarias son cobradas por las entidades aseguradoras privadas y, a veces, también por la(s) pública(s). El cobro directo sale del bolsillo del paciente y se dirige al proveedor de cada servicio (médicos, otro personal sanitario, farmacias, establecimientos sanitarios privados y públicos). Por su parte, las donaciones pueden provenir de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, suelen ser ocasionales y pueden dirigirse tanto a las entidades aseguradoras como a los proveedores públicos o privados. Por último, la cooperación financiera externa (normalmente en forma de créditos bilaterales o de organismos financieros internacionales) suele dirigirse a financiar actividades del sector público y, con menos frecuencia, del privado, incluyendo las inversiones y los procesos de reforma sectorial.

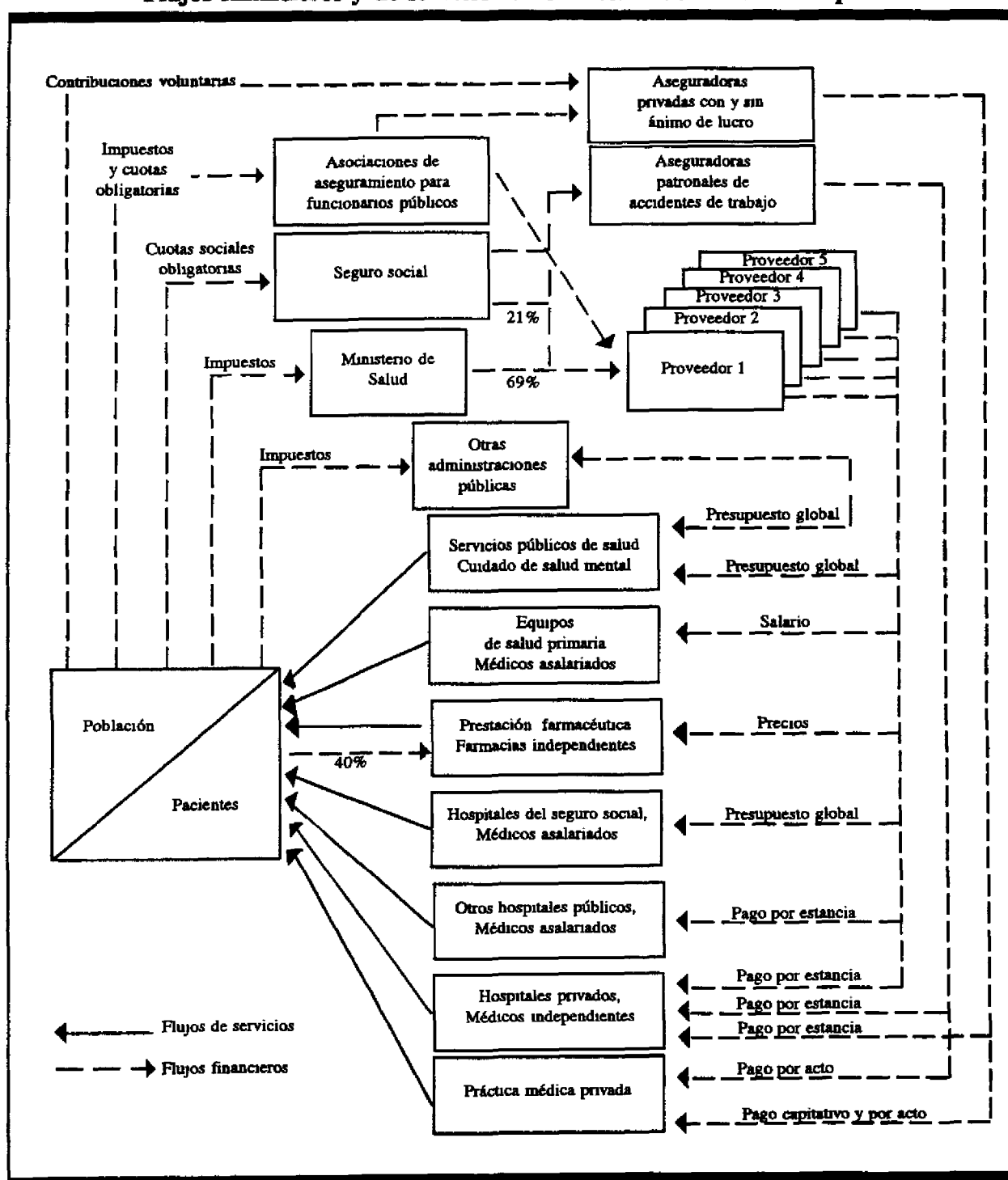
Al inicio del análisis, puede ser útil construir un mapa de los principales agentes y flujos de financiamiento recibido y servicios prestados por los principales agentes identificados en el capítulo 3; luego, puede irse completando a medida que se avanza en el análisis. Dos modelos, uno más sencillo y otro más detallado, se muestran en los cuadros 6.1 y 6.2. Este tipo de mapas, comúnmente utilizados por los organismos de cooperación financiera internacional, tienen la ventaja de que permiten comparar los flujos del momento presente con los resultantes finales de los cambios financieros y organizativos que se proponen en los procesos de reforma, cuando es el caso (49,50).

Figura 6.1
Agentes en el financiamiento de los servicios de salud



Fuente: WHO (51)

Figura 6.2
Flujos financieros y de servicios en el sistema de salud de un país



Fuente: OECD (52)

A partir de aquí, el análisis debe encaminarse a determinar el porcentaje de la financiación de los subsectores público gubernamental, de seguridad social y privado que proviene de cada una de las seis modalidades de financiación antes mencionadas, con la mayor precisión posible. Por ejemplo, la(s) institución(es) del Seguro Social pueden recibir financiación proveniente de la afiliación voluntaria de una parte de la población no empleada o del pago por la provisión de ciertos servicios. A su vez, pueden financiar a aseguradores privadas traspasando la gestión de cuotas o su equivalente capitativo y a proveedores privados vía subrogación de actividades. Análogamente, ocurre con los aseguradores y proveedores privados.

Una matriz útil que permite evaluar la evolución del financiamiento por cada institución aseguradora pública y privada importante y como resumen total, se presenta en el cuadro 6.3.

Cuadro 6.1
Matriz de financiamiento por institución aseguradora y para el conjunto del sector

Fuente/ Año	Transferencia desde administración pública (%)	Cuota obligatoria (%)	Cuota voluntaria (%)	Pago directo (%)	Otros (%)
1985					
1990					
1995					

A continuación, lo relevante es:

- Comparar lo que cada institución tiene escrito como política de financiamiento y lo que indican los números;
- Evaluar la tendencia de cada una de las fuentes de financiamiento en función de las previsiones de las propias instituciones. Estas previsiones suelen ser realizadas en función de escenarios macroeconómicos que incluyen algunas de las variables mencionadas en el capítulo 1;
- Señalar la presencia de limitantes coyunturales o estructurales al financiamiento, provenientes de la naturaleza de cada una de las modalidades (por ejemplo, la capacidad de empresarios y trabajadores del sector formal de sostener la financiación vía cuotas obligatorias depende tanto de la estructura misma de la contribución como de la fase del ciclo económico; por su parte, la capacidad de pago directo de determinados segmentos de población puede venir determinado por el monto de su renta monetaria disponible en el momento de hacerlo efectivo o su capacidad de endeudamiento);
- Indicar el carácter más o menos equitativo del efecto final de cada una de las fuentes sobre los distintos colectivos poblacionales. Esta es una tarea difícil cuyo desarrollo en profundidad normalmente escapa de los propósitos de un análisis sectorial en salud; no obstante, se pueden sugerir algunos elementos. Así, los impuestos progresivos sobre el

ingreso tienden a ser el mecanismo más equitativo de financiamiento pues paga proporcionalmente más quien más ingresa. El efecto de las contribuciones a la(s) institución(es) de seguridad social depende de la proporción que aportan empleados, empleadores y, en su caso, gobierno (y, dentro del colectivo de empleados, el carácter fijo o proporcional de la cuota). El efecto del pago directo por servicios depende de la estructura de precios de los mismos (precios inaccesibles o muy gravosos para capas pobres o de bajos ingresos son inequitativas porque en esos estratos suelen concentrarse las mayores necesidades sanitarias). El efecto de las donaciones depende de su volumen y su destino (por ejemplo, no es lo mismo que vayan dirigidas a servicios o instituciones de tercer nivel del medio urbano que a programas específicos para grupos vulnerables). El efecto de la cooperación financiera depende de su destino y de las condicionalidades de los créditos (por ejemplo, créditos para financiar nuevos establecimientos sin una evaluación adecuada pueden gravar los presupuestos públicos con gastos recurrentes y limitar las posibilidades de financiación de la inversión de reposición de los existentes). Por último, algunos países han reintroducido la figura del impuesto o contribución específica sobre algunos productos como el alcohol o el tabaco o sobre algún servicio como el aseguramiento sanitario privado, para crear fondos especiales destinados a financiar programas sanitarios públicos de alta prioridad (por ejemplo, programas de prevención y prevención o ampliación de cobertura del seguro público subsidiado).

POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

- ¿Es posible identificar con precisión los flujos financieros principales del sector y, en particular, los que ligan a financiadores con aseguradores y proveedores?;
- ¿Existen estimaciones sobre la proporción del financiamiento por cada una de las cuatro categorías principales para el conjunto del sector? ¿Están actualizadas? ¿Son fiables?;
- ¿Existen estimaciones sobre la proporción de cada una de las cuatro fuentes principales en el financiamiento del subsector público gubernamental?;
- ¿Y para el subsector sanitario de la seguridad social?;
- ¿Y para el subsector privado?;
- ¿Es posible identificar quiénes son los grupos sociales sobre los que descansa el peso de la financiación del sector (por ejemplo, grandes corporaciones públicas, trabajadores y empresarios del sector privado formal, consumidores, empleados públicos, autopatrones, etc.)?;
- ¿Se han producido recientemente o van a producirse en el futuro cercano cambios sustanciales en los flujos financieros o en las modalidades de financiación de los subsectores anteriormente mencionados? Si fuera el caso, ¿en qué consisten?;
- ¿Existen impuestos o contribuciones específicas para financiar parte del gasto sanitario público? Si fuera el caso, describir.

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACIÓN?

La información necesaria para el mapeo inicial de los flujos financieros principales puede obtenerse en los ministerios de finanzas o de planificación y política económica. La mayor parte de la información necesaria deberá obtenerse en las mismas unidades donde se obtuvo la correspondiente al análisis institucional y organizacional por lo que, si cada capítulo es elaborado por un analista distinto, convendrá que la parte correspondiente al mapeo inicial se elabore conjuntamente. Adicionalmente, mucha de la información necesaria para mapear los flujos de servicios se podrá obtener en las mismas unidades donde se obtendrá la información necesaria para el análisis de la función de provisión por lo que será necesario intercambiar información con el analista que se ocupe de ese capítulo.

La Representación de la OPS en el país dispondrá de la información coleccionada para preparar el informe de país previo a la edición del informe *Las condiciones de salud en las Américas*, que puede servir como guía inicial. Finalmente, es posible que en el país exista una asociación de economistas que hay publicado estudios o disponga de información accesible sobre estos temas.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACIÓN?

Se sugiere usar un diagrama de flujos general como introducción y, luego, un cuadro como el presentado en el texto por subsector (público gubernamental, seguridad social y privado). Desagregaciones mayores del cuadro sólo se aconsejan si, en función de las circunstancias específicas, resultara conveniente desarrollar un análisis en profundidad de alguna institución.

Se pondrá énfasis en la ausencia de información accesible, actualizada o fiable en cualquiera de las secciones fundamentales y en la evaluación de las tendencias de futuro, las limitantes y los efectos sobre la equidad de las modalidades de financiación principales. Al final de la sección, se incluirá un breve resumen de los principales hallazgos en forma de listado, agrupados mediante categorías DAFO (ver el capítulo de recomendaciones) o, mejor aún, relacionados con el concepto clave de equidad.

6.2 Gasto (53)

Esta sección pretende ayudar a identificar el peso relativo de cada uno de los subsectores y, dentro de ellos, de los principales agentes gastadores identificados en el capítulo 4 y el destino final del gasto por áreas geográficas, funciones, niveles de atención y, si fuera el caso, programas que se analizan en el capítulo 7. Muchas de las variables macroeconómicas necesarias para contextualizar el gasto sanitario fueron mencionadas en el capítulo 1. Además, son necesarias tres observaciones metodológicas:

- 1) Deben separarse claramente las cifras de gasto efectivo y gasto presupuestado; una comparación entre ambas y, en su caso, el análisis de sus discrepancias puede proporcionar elementos relevantes para reorientar la programación del gasto;
- 2) La consolidación del gasto efectivo de las instituciones públicas puede demorarse más de un año y, es posible, que existan cifras no concordantes. En ese caso, se utilizará la última cifra publicada por la institución responsable de la sanción final de las cuentas públicas (por ejemplo, la Contraloría General o el Instituto Nacional de Estadística). Si hubieran discordancias muy notorias entre varias fuentes públicas, se citarán y comentarán en el texto.
- 3) Las series temporales deben expresarse en cifras constantes, tomando siempre el mismo año de referencia (preferiblemente el que el país utiliza para la presentación de sus cuentas nacionales): ello facilita las comparaciones intersectoriales.

6.2.1 *Análisis por subsectores*

La diferenciación más sencilla y, probablemente, más utilizada sigue siendo entre subsector público gubernamental, institución(es) del Seguro Social y subsector privado. Ello se debe a que la mayoría de los países tienen definido qué entienden por gasto sanitario de cada uno de esos subsectores. Si se desea una desagregación por agentes gastadores, puede utilizarse la apertura de los subsectores propuesta en el capítulo 3 aunque la comparabilidad entre países puede no ser total. En todo caso, lo relevante es examinar las tendencias del gasto, por ejemplo, a lo largo de la última década (cuadro 6.4).

Cuadro 6.2
Tendencia del gasto sanitario y del porcentaje de gasto por subsectores

Subsectores/ Años	Gubernamental (gasto y % gasto total)	Seguro Social (gasto y % gasto total)	Privado (gasto y % gasto total)
1985			
1990			
1995			

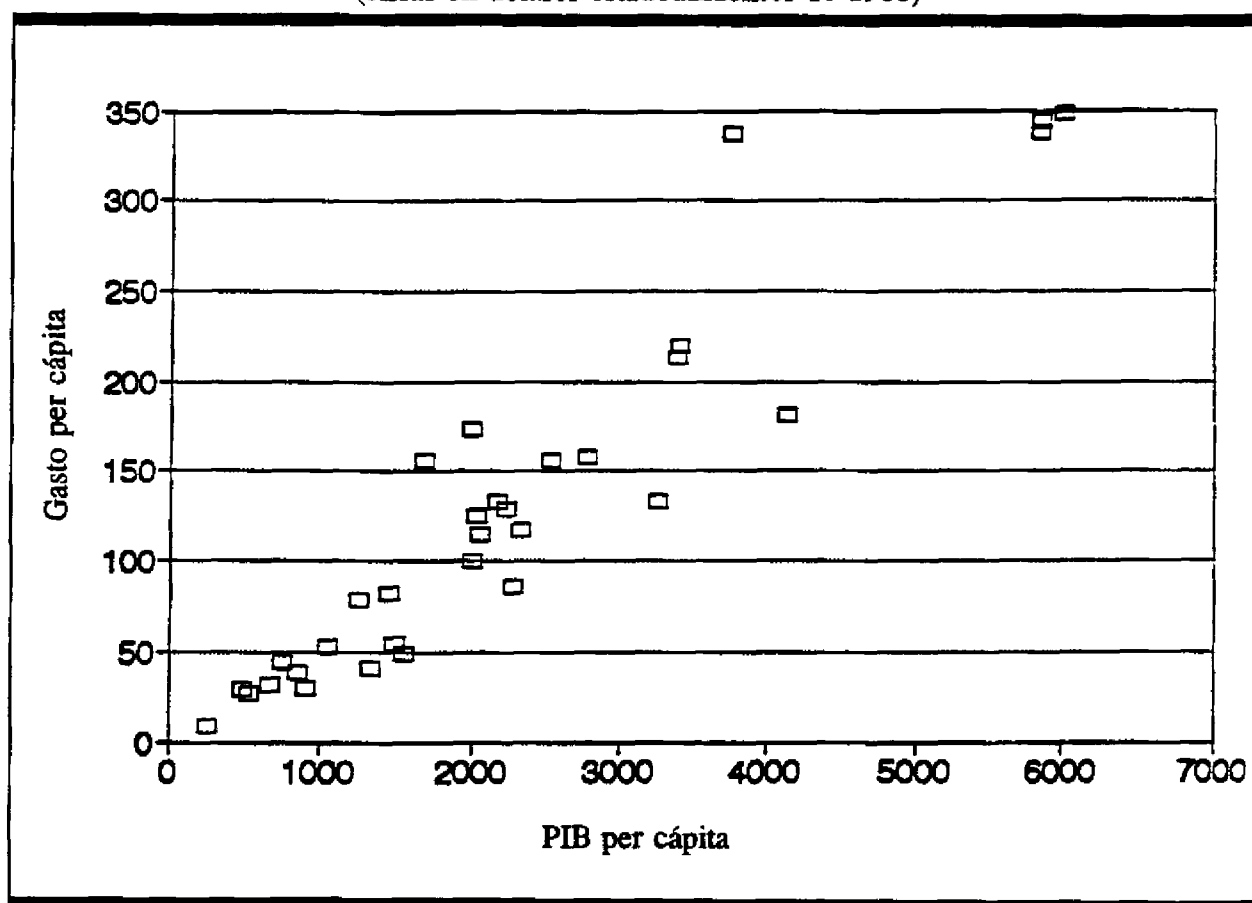
En relación al gasto público y teniendo en cuenta que la población cubierta por los tres subsectores suele ser distinta y su número conocido, es posible comparar el gasto por persona cubierta por el subsector gubernamental (y, si fuera caso, dentro de él por cada agente gastador) con el gasto por asegurado del subsector de seguro social. Los diferenciales de gasto puestos en relación con los perfiles demográficos y epidemiológicos de ambos subconjuntos poblacionales, pueden dar una idea aproximada del grado de equidad en la distribución sectorial del gasto.

6.2.2 *Análisis por destino final*

El análisis por destino final del gasto es muy relevante para los tres subsectores. En este aspecto, el primer nivel de análisis suele ser por áreas geográficas. Ello suele ser relevante en dos sentidos:

- Histórico: siguiendo la evolución del gasto per cápita total y, si fuese el caso, público y privado en un país (o nivel subnacional definido) a lo largo del tiempo y comparándolo con un patrón de referencia (por ejemplo, el gasto nacional para los niveles subnacionales y un valor medio internacional para las cifras nacionales);
- Comparando el gasto sanitario per cápita de un área (región, provincia o estado) con la renta per cápita, cuando sea posible. En ese caso, se pueden construir cuadros de correlación y rectas de regresión como las que se muestran a continuación.

Figura 6.3
Gasto y PIB per cápita en América Latina y el Caribe
(cifras en dólares estadounidenses de 1988)



Ello permite estimar cuál es la posición de cada país respecto a la media del área geopolítica donde se incluye (y de cada región, provincia o estado respecto a la media del país de que se trate). En el primer caso, el punto crítico es con quién compararse: dada la realidad de América Latina y el Caribe, se sugieren comparaciones por áreas geográficas con vocación de integración regional (por ejemplo, Norteamérica, Centroamérica, Caribe angloparlante, Área Andina, MERCOSUR, etc.) aunque esto puede depender de los propósitos específicos del análisis en cada caso.

6.2.3 *Análisis for funciones*

Este análisis considera categorías tales como gasto en personal, en compra de bienes y servicios (excepto medicamentos), en medicamentos, en servicios provistos con medios ajenos (por ejemplo, mediante subrogación con prestadores públicos o privados), en inversión (nueva y de reposición) o en amortizaciones. A su vez, el gasto en cada una de estas categorías puede desagregarse en función del propósito específico del análisis (por ejemplo, el gasto en personal puede desagregarse en personal administrativo, sanitario y no sanitario). Estas categorías se pueden aplicar al conjunto del sector o, por separado, a los dos subsectores públicos y también a las instituciones aseguradoras privadas en determinadas circunstancias. Este nivel de análisis permite conocer el total por funciones y la proporciones del gasto de cada función respecto al total de gasto; así, debe permitir conocer la proporción de gasto en personal frente al gasto en inversión, del gasto en medicamentos frente al total del gasto o del gasto en subrogación con medios ajenos frente al gasto con medios propios. Lo relevante es analizar las tendencias recientes según un esquema semejante al del cuadro 6.6.

Cuadro 6.3
Tendencia del gasto total y del porcentaje del gasto por funciones

Funciones/ Año	Personal (total y %)	Bienes y servicios (total y %)	Medicamento s (total y %)	Subcontrato de servicios (total y %)	Inversión (total y %)	Amortización (total y %)
1985						
1990						
1995						

6.2.4 *Análisis por niveles de atención*

El análisis por niveles de atención suele tomar en cuenta los tres niveles (primario, secundario y terciario) que se mencionan en el capítulo 7. En algún caso, puede ser útil separar la categoría del transporte de pacientes entre los niveles. Como en el párrafo anterior, el cuadro puede elaborarse para el conjunto del sector o, si es posible, desglosarse por subsectores. Lógicamente, los niveles se definirán como cada país los haya definido y se incluirá como gasto de cada nivel lo que cada país normalmente incluya; si en algún caso se observan inclusiones

poco frecuente (por ejemplo, gasto en servicios sociales o en determinados especialistas médicos en el nivel primario), se mencionarán en el texto. El enfoque sugerido se resume en el cuadro 6.7.

Cuadro 6.4
Tendencia del gasto total y del porcentaje de gasto por niveles

Niveles/ Año	Primario (gasto y %)	Secundario (gasto y %)	Terciario (gasto y %)	Transporte (gasto y %)
1985				
1990				
1995				

6.2.5 *Análisis del gasto por programas*

Este enfoque tiene en cuenta la lista de programas de salud pública y atención médica relevantes en cada país (o en el nivel subnacional correspondiente). Es un enfoque útil cuando se desea indagar la adecuación del gasto de los distintas instituciones o agentes gastadores (por ejemplo, Ministerio de Salud, otros ministerios, gobiernos regionales, municipios, seguridad social, aseguradoras privadas) a lo largo del tiempo o con los perfiles demográficos y epidemiológicos y las necesidades detectadas. Puede desarrollarse para cada una de las instituciones a lo largo del tiempo o para compararlas entre sí en un mismo período de tiempo. En este último caso, la diferente nomenclatura de los programas entre instituciones y niveles de la administración puede, en ocasiones, dificultar la comparación. Por tanto, para optar por este enfoque conviene indagar si las instituciones principales disponen de información de gasto por programas y, después, consensuar un listado de programas que permita la comparabilidad del gasto entre ellas. Además, convendrá analizar tanto las cifras absolutas y los totales de cada institución como los porcentajes que cada programa representa del total del gasto ejercido (ver cuadro 6.8).

Cuadro 6.5
Gasto por programas y agentes

Institución o agente/ Programa	Ministerio de Salud	Otros ministerios	Seguridad social	Gobiernos regionales/ municipales	Subsector privado
Control de enfermedades transmisibles					
Regulación sanitaria					
Atención maternoinfantil					
Atención al adulto					
Salud de los trabajadores					
Atención al anciano					
Medicamentos y productos sanitarios					
Alta tecnología					
Formación e investigación					
Mantenimiento					
Inversión nueva y de reposición					
Administración					

6.2.6 *Análisis del gasto privado*

La mayor parte de la información disponible procede de la encuestas nacionales de presupuestos familiares y de encuestas nacionales sobre condiciones de vida de los hogares. Aún así, dicha información suele ser escasa y poco consolidada. Por lo tanto, la mayor parte de las veces el análisis de este importante componente del gasto (superior en muchos países de la Región al gasto sanitario público) deberá iniciarse tratando identificar los dos componentes principales del gasto sanitario privado: el pago de primas de cualquier naturaleza a entidades aseguradoras privadas y el pago directo por servicios que sale del bolsillo del ciudadano, independientemente de quien sea su destinatario final (consulta médica o de enfermería, medicamentos y otros productos sanitarios, medios diagnósticos, hospitalización, ambulancias, etc.).

En el segundo caso y en términos de equidad y eficiencia, es relevante tratar de evaluar el destino final del gasto privado hacia algunas de las actividades o programas contenidos en el cuadro anterior (por ejemplo, atención materno-infantil, medicamentos y otros productos sanitarios o alta tecnología). Uno de los elementos relevantes del análisis puede ser señalar la necesidad de estudiar con más detalle el gasto privado en salud.

POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

- ¿Existe información consolidada, actualizada y fiable sobre gasto sanitario total, público y privado? Si así fuera, ¿quién y cómo la maneja? ¿Es pública?;
- ¿Se elaboran series temporales de gasto sanitario con cifras constantes? Si fuera así, ¿desde cuándo?, ¿quién las elabora?, ¿son públicas?;
- ¿Se considera que el nivel de gasto sanitario es acorde con la riqueza del país? ¿Y con los indicadores de salud?;
- ¿Es el gasto sanitario público consistente con el nivel de gasto público? ¿Existen políticas de contención del gasto sanitario público? Si fuese así, ¿cuáles?, ¿con qué resultados?;
- ¿Existe información desagregada del gasto por subsectores? ¿Y por agentes?;
- ¿Existe información del gasto per cápita en salud por áreas geográficas? ¿Y correlaciones entre gasto y renta? Si fuese el caso, ¿con qué resultados?;
- ¿Existe información del gasto sanitario total por funciones? ¿Y por funciones para cada agente gastador importante? Si fuera así, ¿cuál es la proporción del gasto en cada una de las categorías recogidas en el cuadro? En particular, ¿cuáles son la evolución reciente y la tendencia de los gastos en personal y en medicamentos?;
- ¿Existe información desagregada por niveles de atención? Si fuera así, analizar su evolución reciente y sus tendencias;
- ¿Existe información específica sobre el gasto por programas? Si fuera así, presentar y comentar;
- ¿Existe información específica sobre el gasto sanitario privado, sus componentes y tendencias? Si fuera así, ¿con qué resultados? ¿Se considera adecuado el nivel de gasto privado para las condiciones del país? ¿Y su destino final por actividades?

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACIÓN?

En general, la información sobre los distintos aspectos del gasto público en los mismos lugares que en la sección anterior. Sobre el gasto sanitario privado, la información suele ser incompleta y no estar consolidada. Las mejores estimaciones suelen obtenerse de las encuestas de gastos familiares realizadas por los ministerios de economía, planificación y política económica o institutos nacionales de estadística. Otros procedimientos de cálculo indirecto suelen arrojar resultados poco fiables.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACIÓN?

La información podría presentarse en forma de cuadros o figuras del tipo de los mostrados en el texto. Al final de la sección se incluirá un resumen dónde se identifiquen con claridad las características básicas (en forma de listado, agrupadas como en un esquema DAFO o, mejor aún, relacionadas con los conceptos clave de equidad, calidad y eficiencia).

6.3 Sostenibilidad financiera

Garantizar que los sistemas de salud son financieramente sostenibles suele ser un elemento fundamental de las políticas de gobierno y un criterio clave para justificar los procesos de reforma. Los sistemas de salud han de ser financiables a corto, medio y largo plazo por la sociedad en su conjunto. Ello tiene que ver tanto con la evolución del gasto a financiar como con las modalidades de financiación escogidas.

6.3.1 *Sostenibilidad a largo plazo*

La sostenibilidad del financiamiento a largo plazo (por ejemplo a diez años) tiene que ver con la evolución de la demanda de cuidados y con la capacidad del país para financiar el gasto total. Es decir, con la relación entre gasto sanitario per cápita e ingreso generado (normalmente expresada como PIB per cápita). Primero, porque todo lo que el país dedique a financiar el sector salud no podrá dedicarlo a financiar otros gastos considerados necesarios (defensa, policía, jueces, educación, conservación ambiental, etc.); segundo, porque gastar por encima de la media de los países con quienes compite en el mercado mundial solo puede sostenerse si las mejoras en salud así obtenidas redundan en incrementos del ingreso generado (por ejemplo, mejorando la productividad de la fuerza de trabajo o incrementando el turismo gracias a la existencia de un medio ambiente saludable). En este caso, ello es poco dependiente de las modalidades elegidas para financiar el gasto.

6.3.2 *Sostenibilidad a mediano plazo*

Tiene que ver con la distribución social de las cargas financieras necesarias para sostener el gasto. Aquí, la variable básica parece ser la proporción entre gasto público y gasto privado: cada país debe determinar los porcentajes de gasto público y privado más acordes con sus necesidades para cada período, sabiendo que las modificaciones bruscas en esa distribución pueden producir problemas de equidad, eficiencia y aceptación social.

Las tres variables que parecen afectar la proporción público/privada son el nivel de desarrollo del país, la fase del ciclo económico y el papel atribuido al gasto público en ella y el peso del sector informal de la economía. Así, si el nivel de desarrollo es alto, se suelen aplicar políticas anticíclicas de gasto público y el sector informal tiene un peso reducido, la proporción de gasto sanitario público tiende a ser elevada; si el nivel de desarrollo es bajo, se siguen

políticas procíclicas y el peso del sector informal es alto, tiende a ser más alta la proporción de gasto privado.

6.3.3 *Sostenibilidad a corto plazo*

La sostenibilidad a corto plazo del gasto sanitario del subsector público gubernamental tiene mucho que ver con la proporción que significa en el total del gasto público. Ello puede ser relevante en momentos en que son necesarias políticas estrictas de control del déficit público y suele ser una preocupación de los ministros de finanzas a la hora de establecer el presupuesto anual de gastos del sector público. Aunque cada país debe determinar qué proporción considera razonable en cada momento, esta es una variable que hay que poner en relación con otras tres variables, por lo menos:

- 1) Proporción del gasto sanitario público dentro del gasto público social;
- 2) Peso del gasto social dentro del gasto público total (puede haber países con proporciones de gasto público respecto al PIB razonables pero bajo gasto social y viceversa);
- 3) Peso del gasto público total respecto al PIB.

En el caso de las instituciones de seguridad social, la sostenibilidad a corto plazo dependerá del flujo de ingresos de tesorería, que suele estar afectado por la coyuntura económica de las empresas y, cuando existe, por la disponibilidad del gobierno a subsidiar el sistema. Una medida indirecta de sostenibilidad a corto en las instituciones públicas es evaluar el tiempo de retraso en el pago a proveedores y compararlo con el existente en otras ramas de la economía; otra, es la existencia de programas financiados por donantes externos y para los que las autoridades no programan financiación o ésta es manifiestamente insuficiente.

Por su parte, la sostenibilidad a corto plazo del gasto privado suele venir, a su vez, condicionada por dos factores básicos: la capacidad de pago de los distintos grupos de usuarios y las expectativas sobre la evolución de los servicios sanitarios públicos.

POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

- ¿Existen estimaciones de la tendencia del gasto sanitario a largo plazo? Si fuera así, ¿se considera sostenible?;
- ¿Existen estimaciones de las tendencias del gasto público y del gasto privado a mediano plazo?;
- ¿Cuáles son las expectativas del gasto público y privado a corto plazo? ¿Tiene el subsector público problemas para hacer frente a sus compromisos de gasto a corto plazo? Si fuera así, ¿cuáles?, ¿cómo se afrontan?;
- ¿Es la cuestión de la sostenibilidad financiera del gasto sanitario total o del gasto sanitario público objeto de debate político o público?

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACIÓN?

De existir, la información podrá obtenerse en los ministerios de finanzas o de planificación y política económica. Por su parte es posible que la(s) institución(es) de seguridad social dispongan de estudios sobre sostenibilidad en su ámbito (incluso con elaboración escenarios teóricos de financiamiento y gasto) a corto y mediano plazo.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACIÓN?

Dado que se trata de una sección predominantemente valorativa, probablemente lo mejor será destacar algunos elementos que tengan que ver con los tres niveles de sostenibilidad mencionados e indicar la necesidad de desarrollar estudios más detallados.