

# **TENDENCIAS INTERNACIONALES EN LA FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO**

*Autora: Rosa María Urbanos Garrido*<sup>(\*)</sup>  
Universidad Complutense de Madrid

P. T. N.º 19/04

(\*) Departamento de Economía Aplicada VI. Facultad de CC. Económicas. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. Teléfono: 91-3943019. Fax: 91-3942431. e-mail: [urbanos@ccee.ucm.es](mailto:urbanos@ccee.ucm.es)

N.B.: Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de la autora, pudiendo no coincidir con las del Instituto de Estudios Fiscales.

Desde el año 1998, la colección de Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales está disponible en versión electrónica, en la dirección: ><http://www.minhac.es/ief/principal.htm>.

Edita: Instituto de Estudios Fiscales

N.I.P.O.: 111-04-007-8

I.S.S.N.: 1578-0252

Depósito Legal: M-23772-2001

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
  2. DESCENTRALIZACIÓN Y FINANCIACIÓN SANITARIA
    - 2.1. Alemania
    - 2.2. Australia
    - 2.3. Italia
    - 2.4. Canadá
  3. MÉTODOS DE PRESUPUESTACIÓN: DE LOS MECANISMOS RETROSPECTIVOS A LOS PROSPECTIVOS
  4. FUENTES DE FINANCIACIÓN Y FÓRMULAS DE PARTICIPACIÓN EN EL COSTE POR PARTE DE LOS USUARIOS
  5. CONSIDERACIONES FINALES
- ANEXO
- BIBLIOGRAFÍA



## **ABSTRACT**

El documento resume las principales tendencias en la financiación del gasto sanitario en otros países de nuestro entorno social y económico. En primer lugar se describen las reformas introducidas en los modelos de financiación de una selección de países con sistemas descentralizados, cuya experiencia resulta especialmente interesante para el caso español. En segundo lugar se revisan las reformas producidas en los mecanismos de asignación de recursos a proveedores, para continuar con una descripción del papel que la financiación privada y, en particular, los esquemas de copagos, juegan en la financiación sanitaria de los Estados de la Unión Europea de los 15.



## I. INTRODUCCIÓN

En los últimos meses se ha reabierto el debate sobre la financiación del gasto sanitario en nuestro país. A menos de tres años de la aprobación de la Ley 21/2001, que regula el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, y con carácter previo a que se conocieran los resultados de la liquidación del nuevo modelo para su primer año de funcionamiento, varias Comunidades Autónomas comenzaron a hacer públicos sus problemas para financiar las cargas sanitarias, reclamando del Estado un aumento de recursos. Este debate ha ido acompañando de algunas reflexiones por parte de expertos, profesionales del sector e incluso de algún gobierno autonómico, sobre la necesidad de reformar y/o extender el actual sistema de copagos sanitarios –que, exceptuando el copago implícito del 100% asociado a aquellas prestaciones no cubiertas públicamente, se restringe al ámbito de los productos farmacéuticos–.

La revisión de los modelos de financiación del gasto sanitario no es una cuestión exclusiva de España. De hecho, durante el último año hemos asistido a la puesta en marcha de algunas reformas importantes dentro del ámbito de la Unión Europea (Alemania, Francia) que afectan a la financiación sanitaria, y que han tenido una enorme trascendencia mediática. En realidad, la mayor parte de los Estados comparten una preocupación común: cómo garantizar unos sistemas sanitarios de amplia cobertura y elevados niveles de calidad y equidad que sean, simultáneamente, viables desde el punto de vista financiero. Es éste un reto notable en un contexto caracterizado por el cambio en los patrones demográficos y en las pautas de morbi-mortalidad, por el avance continuo en la innovación de los medios diagnósticos y tratamientos clínicos y farmacológicos, y por la incorporación al sector de las nuevas tecnologías de información y comunicación, entre otros factores.

Dado que los retos a los que nos enfrentamos son, en buena parte, comunes, resulta de interés examinar cuáles han sido las tendencias recientes en la financiación del gasto sanitario en otros países de nuestro entorno social, económico o cultural. Entre ellas, la sustitución de métodos de financiación retrospectivos por métodos prospectivos (en los ámbitos macro y meso), los cambios introducidos en el sistema de copagos o los procesos de reforma en la financiación territorial como consecuencia de la progresiva descentralización (en el ámbito macro). A su descripción y valoración se dedican las páginas siguientes. En primer lugar se analizarán las reformas relacionadas con la descentralización, ya sea territorial o administrativa, cuyo impulso principal es de carácter político. Una



vez examinadas las principales tendencias en este ámbito, para una selección de países cuya experiencia resulta especialmente interesante para el caso español, el siguiente epígrafe se dedicará a revisar reformas producidas en los mecanismos de asignación de recursos a proveedores, para continuar con una descripción del papel que los esquemas de copagos juegan en la financiación sanitaria de los Estados de la Unión Europea de los 15. En ambos casos, el motor fundamental de las reformas que se han producido recientemente es la contención del gasto sanitario.

## **2. DESCENTRALIZACIÓN Y FINANCIACIÓN SANITARIA**

El grado de descentralización sanitaria de cada país está ligado, por un lado, a condicionantes de carácter político y, por otro, al tipo de modelo (“privado”, de Seguridad Social o Sistema Nacional de Salud) vigente en cada caso. El mayor grado de descentralización tiene lugar en los modelos básicamente privados, puesto que entre las características de este tipo de sistemas se encuentra la descentralización de las responsabilidades a los individuos. Los sistemas de Seguridad Social, por su parte, se organizan mayoritariamente en torno a fondos de seguro, con un tamaño variable según países.

En los Sistemas Nacionales de Salud, el grado de descentralización también difiere notablemente entre países. Del mismo modo que en España las competencias sanitarias corresponden a las Comunidades Autónomas, el resto de países delegan en los gobiernos subcentrales una parte de la responsabilidad sobre la atención sanitaria: Suecia en los condados, Italia en las regiones, Australia en los diferentes Estados, Canadá en las provincias, etc. En los países nórdicos destaca la presencia de los gobiernos locales en la provisión y/o financiación de la atención sanitaria. En Noruega los municipios son los responsables de la atención primaria, en Suecia de la atención domiciliaria y, finalmente, en Finlandia, recae sobre ellos la responsabilidad básica de la provisión sanitaria. En este último caso la financiación procede fundamentalmente de impuestos municipales. Las reformas incorporadas en los últimos años en los sistemas sanitarios de nuestro entorno también han ido dirigidas, al igual que en otros ámbitos, a controlar el gasto global. Dichas medidas han consistido, bien en la limitación de las tasas de cotización en los sistemas de seguro, bien en la introducción de controles más directos en los sistemas nacionales de salud. Así, en España, Italia, Suecia, Reino Unido e Irlanda se ha producido un proceso de cesión de responsabilidades a las autoridades regionales o locales con el fin de aumentar la eficiencia en la gestión de la asistencia sanitaria.

A continuación se comentarán con más detalle algunas de las experiencias de otros países con modelos sanitarios descentralizados, cuyos instrumentos de financiación de la sanidad resultan interesantes para el caso español.

## 2.1. Alemania

El sistema alemán, considerado el primer sistema de Seguridad Social del mundo, se compone de más de 300 Fondos de Enfermedad obligatorios (fondos generales regionales, fondos sustitutivos, fondos de empresa y pertenecientes a distintos gremios) en los que se han delegado poderes de decisión<sup>1</sup>. El grado de descentralización territorial depende básicamente de la organización del Estado. En Alemania las competencias sanitarias se reparten entre el gobierno federal y los Länder, con la peculiaridad de que el proceso de descentralización se ha producido “de abajo a arriba”, esto es, desde los Länder hacia el gobierno federal y no al contrario. Las decisiones sobre financiación se delegan en gran parte en agentes pertenecientes a los Länder y, en ocasiones, en agentes de nivel local. El Estado central se encarga de establecer el marco general para garantizar la equidad, la financiación de la atención sanitaria y la presencia de un sistema de cobertura completa. Los Länder, por su parte, aseguran la infraestructura hospitalaria, el pago de inversiones y la formación médica pregraduada, supervisan las instituciones corporativas regionales y se encargan de la salud pública (European Observatory on Health Care Systems, 2000). La financiación de los hospitales sigue manteniendo un sistema dual: mientras los Länder financian las inversiones, los costes derivados de la asistencia, mantenimiento y personal de cada paciente corren a cargo de los fondos de enfermedad.

Los fondos de seguro se financian con las cotizaciones sociales de la población a la que cubren, que recaen a partes iguales sobre trabajadores y empleadores<sup>2</sup>. No obstante, dado que las poblaciones cubiertas por los distintos fondos resultan muy heterogéneas (tanto en características socioeconómicas como sanitarias), existen mecanismos de compensación financiera entre fondos, para

---

<sup>1</sup> El número de Fondos de Enfermedad ha ido decreciendo progresivamente a lo largo del tiempo. Entre 1991 y 2003 dicho número se ha reducido desde los 1209 Fondos existentes a comienzos de la década de los 90 a los 314 en 2003.

<sup>2</sup> Este principio de financiación paritaria está próximo a desaparecer. A partir de 2005 se crea un nuevo seguro adicional obligatorio, que será financiado exclusivamente por los asalariados, para cubrir la prestación protésica dental –que se excluye del catálogo de prestaciones público–. Por otra parte, a partir de 2006 la financiación del subsidio de enfermedad correrá a cargo exclusivamente de los asalariados (Velasco y Busse, 2004). Estas reformas van acompañadas de un aumento importante de los copagos sanitarios, que se describen en el epígrafe 4 de este documento.



evitar que algunos padezcan situaciones de déficit crónico mientras otros disfrutan de superávits estructurales (Herrero y Utrilla, 2003). Así, el Fondo de Compensación de Riesgos permite ajustar por las diferencias en niveles de renta o intensidad en el consumo de las poblaciones cubiertas por los distintos fondos de seguro, garantizando cierta homogeneidad entre ellos. Al margen de este instrumento, y dado que los gobiernos regionales son los responsables de las infraestructuras e inversiones hospitalarias -entre otras variables-, existen transferencias de nivelación relacionadas inversamente con la capacidad fiscal de los Länder, de manera que los territorios con mayor capacidad fiscal transfieren recursos a los gobiernos regionales menos desarrollados<sup>3</sup>. Por lo tanto, podemos decir que en Alemania se articulan dos mecanismos (Fondo de Compensación de Riesgos y transferencias de nivelación) que tratan de garantizar unos mínimos de financiación similares.

En la actualidad, dados los problemas financieros que afectan al sistema alemán, se barajan dos alternativas de reforma del Seguro Sanitario Estatutario, al margen de las medidas ya implementadas<sup>4</sup> (Velasco y Busse, 2004). La primera de ellas consistiría en extender el seguro a toda la población, eliminando la posibilidad actual de que los individuos de mayor nivel de ingresos escapen al seguro obligatorio. Esta propuesta incluye una nueva fórmula de calcular las contribuciones para financiar el seguro, de manera que tuvieran como base los ingresos totales de los contribuyentes, y no sólo los salariales. De este modo conseguiría ampliarse la base de financiación del sistema, manteniendo al mismo tiempo su componente redistributivo. La segunda alternativa de reforma consistiría en establecer una prima única por asegurado, independiente de su nivel de ingresos, complementada con subvenciones a las personas de menos recursos (pero manteniendo la opción de seguro voluntario a los más ricos). Por su parte, los empleadores quedarían exentos de su contribución al sistema. Esta segunda alternativa supondría que el Seguro Sanitario perdiese su componente de redistribución de renta.

## 2.2. Australia

El sistema australiano puede clasificarse dentro del grupo de Sistemas Nacionales de Salud, y está compuesto de tres programas o planes nacionales que incluyen: el *Medicare* o Programa de Prestaciones Médicas (*Medical Benefits Scheme*), el Programa de Prestaciones Farmacéuticas (*Pharmaceutical Benefits Scheme*), y el 30% de Reembolso por Seguro Sanitario Privado (*Private Health Insurance Rebate*). La financiación procede básicamente de la recaudación por impuestos, a través de

---

<sup>3</sup> El gobierno central y los Länder comparten, como en España, la recaudación de las principales figuras tributarias.

<sup>4</sup> Véase nota 2.

la imposición general y de una prima sanitaria obligatoria con base impositiva. La contribución al programa Medicare (*Medicare levy*) equivale al 1,5% de la renta gravable por encima de ciertos umbrales de renta, o al 2,5% para los perceptores de rentas más altas que no poseen seguro privado (European Observatory on Health Care Systems, 2002). La recaudación de ambas fuentes de recursos es competencia del gobierno de la Commonwealth (gobierno federal).

Desde el 1 de julio de 2000, se establece un nuevo sistema impositivo que sustituye algunos de los impuestos precedentes por una nueva figura que grava los bienes y servicios (*Goods and services tax*). Los gobiernos regionales (Estados) reciben la recaudación de este impuesto para ayudarles en la provisión de servicios esenciales, entre los que se incluye la atención sanitaria.

Si bien los gobiernos regionales son los encargados de la provisión de servicios sanitarios, la financiación es básicamente competencia del gobierno federal. La financiación sanitaria obtenida por los Estados procede de dos fuentes principales (European Observatory on Health Care Systems, 2002): las transferencias generales (incondicionadas) y específicas (condicionadas) procedentes de la Commonwealth, y los ingresos generales de los propios Estados. La Commonwealth transfiere recursos en bloque destinados a la sanidad, que de manera creciente se vinculan al cumplimiento de ciertas condiciones, y reparte también a los Estados recursos (incondicionados) procedentes de la recaudación por el impuesto sobre bienes y servicios.

Las transferencias generales se reparten en proporción inversa a la capacidad fiscal y en proporción directa a las necesidades de gasto regionales (Herrero y Utrilla, 2003). Por su parte, las transferencias específicas destinadas a financiar la sanidad (más concretamente, los hospitales públicos) se regulan a través de acuerdos quinquenales (*Australian Healthcare Agreements*) y se reparten en función de una fórmula poblacional y de indicadores de funcionamiento de los servicios. Se exige como requisito básico que los Estados ofrezcan tratamiento gratuito a todos los beneficiarios. Los mayores ingresos que obtenga un Estado a través del volumen de transferencias específicas (*Health grants*) pueden ser compensados por una reducción en sus otros ingresos procedentes de la Commonwealth. En realidad, existen mecanismos de nivelación que intentan asegurar la provisión de un nivel adecuado de servicios para todos los Estados, sin necesidad de que éstos aumenten la presión fiscal sobre sus ciudadanos, de forma que los territorios más ricos subsidian a los más pobres.

### **2.3. Italia**

El modelo italiano, incluido también en el bloque de Sistemas Nacionales de Salud, reparte sus competencias entre el gobierno central, las regiones y las uni-



dades sanitarias locales. El gobierno central es el encargado de la regulación básica, de determinar el catálogo de prestaciones comunes a todo el país y de ciertas funciones de planificación. Asume asimismo una labor importante en la financiación de los servicios sanitarios. Por su parte, las regiones son las encargadas de gestionar los servicios sanitarios y de distribuir los recursos entre las unidades sanitarias locales, de las que depende directamente la prestación de la asistencia.

El sistema italiano ha ido transformándose desde un sistema de salud financiado desde el gobierno central, a través de impuestos nacionales, hacia un sistema basado en impuestos regionales. Las regiones cuentan con un impuesto regional sobre el valor añadido de las actividades productivas, y tienen capacidad para incrementar los tipos impositivos hasta un máximo de un punto porcentual. Por otro lado, el gobierno central redujo la tarifa del impuesto sobre la renta de las personas físicas, liberando espacio fiscal a favor de las regiones, que desde el año 2000 pueden establecer su propio tipo impositivo entre el 0,5% y el 1%, y disponen asimismo de una parte del impuesto sobre hidrocarburos (Herrero y Utrilla, 2003). Además, se ha introducido una suerte de seguro social complementario que las regiones pueden utilizar para ampliar el catálogo de prestaciones común financiado públicamente. En la actualidad, aproximadamente el 70% de los presupuestos sanitarios se financian con impuestos regionales, de los cuales las tres cuartas partes proceden del impuesto de sociedades.

Dadas las notables diferencias regionales en capacidad para generar recursos propios, en el año 2000 se crea un mecanismo de nivelación, en un intento de reducir las importantes desigualdades que se producen en el gasto per capita. Desde el año 2001 se destina una cantidad fija de la recaudación del impuesto sobre el valor añadido para financiar un Fondo Nacional de Solidaridad que permita redistribuir fondos entre regiones (European Observatory on Health Care Systems, 2001).

## 2.4. Canadá

En Canadá la gestión sanitaria está cedida desde hace más de un siglo a las provincias, equivalentes a las Comunidades Autónomas españolas. Durante la década de los 90 se inicia, además, un nuevo proceso de descentralización a nivel sub-provincial. Por su parte, el gobierno federal realiza funciones de coordinación, promoción de la salud y otras tareas de ese nivel. Entre 1996 y 1997 se crea el Sistema Canadiense de Transferencia de Fondos Sanitarios y Sociales (*Canada Health and Social Transfer*), momento en el cual se producen cambios importantes en los acuerdos de financiación compartida: se consolida la contribución federal (que se reduce a los servicios sanitarios y sociales y a la educación) y se distribuyen los porcentajes de financiación fiscal entre provincias y

gobierno federal (cediéndose un mayor porcentaje de impuestos a las provincias). Este sistema está siendo reestructurado actualmente, de manera que las transferencias de fondos sanitarios (*Canada Health Transfer*) se separan de las correspondientes a la educación post-secundaria, asistencia social y servicios sociales (*Canada Social Transfer*), con el objetivo de aumentar la transparencia en la contribución del gobierno federal al sistema sanitario y mejorar los mecanismos de rendición de cuentas. Asimismo, se ha creado en 2004 una nueva transferencia específica (*Health Reform Transfer*), que durante 5 años ofrecerá apoyo financiero a las provincias para llevar a cabo reformas en el ámbito de la atención primaria, atención domiciliaria y otras áreas. Estos fondos se integrarán en la *Canada Health Transfer* entre los años 2008 y 2009.

Dado que la mayor parte de la financiación pública procede de impuestos sobre la renta recaudados por las provincias, el gobierno central cuenta con un programa de transferencias de nivelación para compensar las diferencias en la capacidad recaudatoria de los territorios. De este modo se asegura que las provincias menos prósperas dispongan de ingresos suficientes para proveer niveles razonablemente comparables de servicios públicos, manteniendo unos niveles similares de esfuerzo fiscal. El bloque principal de transferencias se completa con una fórmula de financiación territorial que compensa a los territorios del norte por el mayor coste que supone la provisión de servicios en dichas áreas geográficas<sup>5</sup>. Tanto las transferencias de nivelación como las canalizadas a través de la fórmula de financiación territorial están siendo revisadas en la actualidad. El gobierno federal ha fijado un nuevo marco de regulación para ambas que entrará en vigor en 2005, y que establece pagos fijos a los diversos territorios con tasas de crecimiento predeterminadas, revisables en 5 años en función de cómo hayan evolucionado las desigualdades territoriales y las diferencias en los costes de provisión.

Estas reformas se derivan del informe que el Comité de Asuntos Sociales, Ciencia y Tecnología del Senado canadiense presentó en octubre de 2002. En él se lleva a cabo un exhaustivo y detallado análisis del sistema sanitario de Canadá, a partir del cual se propusieron recomendaciones en distintos ámbitos para hacer frente a los problemas identificados por los expertos<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Existe otro grupo de transferencias de menor cuantía que también se destinan al sector sanitario. Destaca en este grupo el Fondo para Equipos Médicos y de Diagnóstico, que ofrece apoyo financiero a las provincias y territorios para programas de formación especializada de los profesionales sanitarios y para la mejora de los equipos de diagnóstico. Existe asimismo una transferencia destinada a impulsar las políticas de salud pública de las provincias.

<sup>6</sup> Este Comité recomendó, en aras de aumentar el volumen de recursos destinados a la sanidad, la creación por parte del gobierno federal de una prima de seguro variable cuya recaudación se afectase a la financiación sanitaria (*Variable National Health Care Insurance Premium*), articulada a través del sistema fiscal, y con un importe variable en función de la renta de los individuos, para mantener así la progresividad.



### 3. MÉTODOS DE PRESUPUESTACIÓN: DE LOS MECANISMOS RETROSPECTIVOS A LOS PROSPECTIVOS<sup>7</sup>

La búsqueda de la eficiencia, en un contexto de necesaria contención de los ritmos de crecimiento del gasto sanitario, ha llevado a buena parte de los países de nuestro entorno a replantearse la forma de elaborar los presupuestos que se asignan a los proveedores de atención sanitaria, tanto a nivel macro (ya sean éstos fondos de seguro o áreas territoriales) como a nivel meso (hospitales o proveedores de atención primaria). Dicha búsqueda ha dado paso a la sustitución de presupuestos de tipo retrospectivo (que se limitan a reembolsar los costes de la atención prestada, y donde todo el riesgo es asumido por el financiador) por presupuestos prospectivos (que permiten el traslado de riesgos, en todo o en parte, a los proveedores de servicios). Una variante de financiación prospectiva consistiría en reembolsar la actividad prestada por el proveedor a partir de un esquema de tarifas basado, por ejemplo, en los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD's). De este modo el traslado de riesgos es únicamente parcial, y se vincula a los costes de tratamiento, pero no al número de pacientes atendido. Otra posibilidad, que permite un traslado total del riesgo, consiste en asignar la financiación de acuerdo con el gasto futuro esperado, utilizando presupuestos fijos<sup>8</sup>. Al margen de la cantidad total a distribuir, que es una decisión de carácter político, el diseño de mecanismos de financiación prospectiva se fundamenta, en la mayor parte de los casos, en el cálculo de “capitaciones”, que permiten asignar a cada individuo una cantidad de recursos en función de su necesidad relativa de gasto, que depende a su vez de las características individuales (tales como el sexo, la edad, la morbilidad o la situación socioeconómica). En realidad, el comportamiento real del consumo se utiliza para inferir los factores de necesidad a partir de procedimientos estadísticos. Los presupuestos capitativos, al estimar el consumo esperado de la población, tienen la ventaja de generar incentivos a la contención de costes. Además, al tener en cuenta las diferencias en la necesidad de las distintas poblaciones, contribuyen a la equidad en mayor grado que otros esquemas de financiación. Cuando la distribución de recursos a los proveedores no está vinculada con la necesidad de la

---

<sup>7</sup> Este apartado constituye un resumen actualizado de Urbanos (2001).

<sup>8</sup> Como señalan Rice y Smith (2002), la asignación prospectiva de presupuestos es sólo la primera fase del proceso de asignación de recursos, que de manera habitual va acompañada por una fase final en la que las asignaciones prospectivas son modificadas con carácter retrospectivo en función de los gastos reales de los proveedores. En su texto se citan, entre otras, las siguientes variantes: la renegociación a posteriori del presupuesto con el pagador central (es el caso de Italia y España), la alteración del esquema de co-pagos que se establece sobre los pacientes (Finlandia), o la alteración de las primas o impuestos locales pagados por los asegurados de un plan (Escandinavia). Obviamente, este tipo de prácticas desvirtúa los incentivos a la contención de costes implícitos en el esquema de financiación prospectiva.

población a la que cubren, se genera una desigualdad ex - ante que no permite alcanzar el logro de la igualdad de acceso (Cabiedes, 2001).

No obstante, resulta imposible diseñar mecanismos “blindados” que reúnan la doble característica de ser eficientes y equitativos. Así, los problemas de selección de riesgos en presencia de competencia entre proveedores, los incentivos a escatimar la cantidad y/o la calidad de la asistencia prestada o a crear listas de espera son algunos de los inconvenientes de los sistemas capitativos, que pueden tener repercusiones notables sobre la equidad. Por otra parte, el reparto de los recursos sanitarios a las zonas geográficas o a las aseguradoras, según los países, se realiza en función de ciertas variables (como la edad y el sexo, entre otras) que se han demostrado relevantes en la determinación del gasto en el pasado (y que se consideran proxies de la necesidad sanitaria). De este modo, los mecanismos de financiación capitativa tienden a perpetuar inequidades al ignorar las necesidades no satisfechas (y que, por lo tanto, no se reflejan en el gasto real) de ciertos grupos de población. Además, resulta difícil aislar la influencia de los factores de oferta en el gasto, por lo que las asignaciones pueden estar influidas por patrones históricos de oferta y barreras al acceso.

Pese a los inconvenientes citados, el diseño de los sistemas capitativos también está relacionado con el logro de la equidad. El objetivo básico en términos de equidad es común para todos los países de nuestro entorno económico, y consiste en asegurar la igualdad de acceso a igual necesidad (o igual riesgo). Este objetivo ha permanecido constante a lo largo del tiempo, desde que comenzaron a desarrollarse los métodos capitativos en Inglaterra a mediados de los años 70 con la fórmula RAWP (Resource Allocation Working Party), que vinculan la distribución de recursos a las regiones con la necesidad de su población. No obstante, precisamente en Inglaterra ha empezado a considerarse la incorporación de un criterio de equidad alternativo al mecanismo de capitaciones, que consiste en “contribuir a la reducción en las desigualdades en salud evitables”<sup>4</sup>. En el caso inglés se plantea pues un cambio de enfoque que implica desviar la atención de los medios a los fines, de la atención sanitaria a la salud, de la equidad horizontal a la vertical. Dada la novedad de este modelo, merece la pena detenerse un poco más en sus fundamentos e implicaciones<sup>9</sup>.

El argumento es el siguiente: las desigualdades en salud pueden tener su origen en variaciones en la calidad de los servicios sanitarios, el acceso a dichos servicios o la forma en que los individuos producen salud. Cuando el resultado debido a las diferencias en las funciones de producción salud se considera inaceptable ha de plantearse un cambio fundamental en el mecanismo de asignación capitativo, tal que los recursos se reasignen hacia los individuos con peor

---

<sup>9</sup> Para más detalles véase Hauck, Shaw y Smith (2002).



esperanza de vida o niveles de salud más reducidos. Por lo tanto, una vez identificados los grupos desfavorecidos y sus áreas de residencia, la asignación de los recursos debe responder a la composición por grupos en cada área.

La lógica de incorporar un criterio de desigualdad en salud a la asignación de recursos implica inevitablemente su incorporación a la evaluación económica de tecnologías, así como un cambio en el modo en que se ofrecen las recomendaciones clínicas a los médicos. En principio, las tecnologías deberían evaluarse de forma diferente en función del estado de salud del individuo. La necesidad de dirigirse a la población con niveles de salud más reducidos puede significar que ciertos tratamientos sean recomendados para estos grupos, a pesar de no ser considerados coste-efectivos para grupos de población con niveles de salud más elevados. En cualquier caso, el incremento del volumen de recursos que se dirige a las áreas más necesitadas no implica necesariamente una reducción de las desigualdades en salud. Por el contrario, puede conducir a la perpetuación de los patrones de utilización existentes en el área pero a un nivel de salud medio más elevado. En este sentido, surgen importantes cuestiones acerca de la gestión y auditoría de resultados si se quiere que los objetivos de política sanitaria se traduzcan en acciones concretas de los profesionales del sector.

Las políticas intersectoriales adquieren una especial relevancia en la estrategia de reducción de las desigualdades en salud. En este sentido, una política socialmente óptima debería asignar los recursos entre áreas de tal manera que el beneficio marginal del gasto público (en términos de reducción de las desigualdades en salud) fuese igual en cada área de política pública (medioambiente, educación, vivienda, políticas de redistribución de renta, etc).

En los últimos años se ha producido un progreso considerable en el desarrollo de los esquemas capitativos, tanto por la mejora de las fuentes de información utilizadas en la elaboración de las fórmulas de reparto como por los avances metodológicos relacionados con su diseño. El elemento central de estos esquemas reside en la identificación de las variables que determinan el consumo sanitario de los individuos (que actúa como proxy de su necesidad) y en el cálculo de la ponderación que cada variable debe tener en el reparto. El rasgo común en todos los países que utilizan mecanismos de carácter capitativo es la consideración de la edad como variable relevante en la asignación de recursos. Incluso España, que hasta el momento empleaba el criterio per capita simple en el reparto de fondos a las Comunidades Autónomas (población protegida sin ajustar por riesgo), ha introducido en el nuevo modelo de financiación la población mayor de 65 años, que se utiliza para repartir el 24,5% de los recursos iniciales. Asimismo, se reparte el 0,5% de los fondos totales en función de la variable insularidad, mientras el 75% restante continúa distribuyéndose en función de la población protegida.

Algunos países europeos han introducido ajustes muy rudimentarios al criterio per capita simple, basados exclusivamente en la edad (como Francia) o en la combinación de la edad y el sexo (como Alemania y Suiza). Otros, sin embargo, han empleado métodos más refinados. El ejemplo clásico corresponde al modelo inglés, que ha utilizado su famosa fórmula RAWP durante más de 20 años, y ha ido introduciendo avances metodológicos notables en la identificación de las variables determinantes del consumo (que se emplea como proxy de la necesidad). El caso inglés constituye un buen ejemplo de cómo combinar los dos enfoques básicos de cálculo de las capitaciones: el enfoque “matricial” y el basado en el cálculo de un “índice”. Según el primer modelo, algunas variables representativas de la necesidad se utilizan para crear un conjunto de celdas en las que cada entrada representa el coste anual esperado de un ciudadano con las características relevantes (como la edad, el sexo, la incapacidad, etc.). Por su parte, el cálculo de un “índice” consiste en combinar medidas agregadas de las características de un grupo de población, con el fin de aproximar las necesidades de gasto agregadas. Otros países que utilizan métodos similares son Finlandia e Italia. Entre los países que emplean medidas agregadas para introducir ajustes por riesgo cabe citar el caso de Bélgica, que aproxima la necesidad a través de variables como la estructura demográfica, las tasas de mortalidad, la proporción de desempleados y de discapacitados o la calidad de la vivienda (Rice y Smith, 2002).

No obstante, el empleo de datos agregados genera el conocido problema de la “falacia ecológica”. Este problema consiste en la identificación de factores que a nivel agregado se muestran como determinantes del gasto, pero que no se corresponden con factores de necesidad a nivel individual. Algunos países disponen de datos individuales que permiten superar este inconveniente. Así, Francia, Alemania, Suiza, Países Bajos, Nueva Zelanda, Estados Unidos en su programa Medicare, la provincia de Alberta en Canadá o Suecia basan el reparto de los fondos sanitarios en el método “matricial”, a partir de distintas variables. Los modelos empleados en cada caso van desde los más sencillos correspondientes a Francia, Alemania y Suiza hasta el más sofisticado de Suecia (y, más concretamente, en el condado de Estocolmo), donde las capitaciones en atención hospitalaria se elaboran mediante una matriz que contempla el sexo, la edad, la situación familiar, la categoría ocupacional y la situación con respecto a la tenencia de vivienda a partir de una base de registros individuales muy detallada (Didrichsen et al., 1997). De los países que componen la Unión Europea de los 15, tan solo Austria, Grecia, Irlanda y Luxemburgo no han establecido mecanismos de financiación basados en el cálculo de capitaciones.

Como se comentaba anteriormente, al ser el patrón de gasto real el que sirve de base de cálculo para la capitación, las fórmulas de reparto tienden a



ignorar el grado de necesidades no satisfechas en los grupos más desfavorecidos. Al margen de la propuesta inglesa, que no pasa de ser una propuesta teórica con un difícil desarrollo en el terreno práctico, algunos países han decidido alterar los ajustes capitativos obtenidos empíricamente para dirigir recursos adicionales a dichos grupos, como en el caso de Nueva Zelanda, donde se ha incrementado el volumen de fondos destinado a la población aborigen que, según la evidencia disponible, registra un cierto infraconsumo de atención sanitaria (Rice y Smith, 2002).

Algunos países también incorporan mecanismos complementarios a la capitación para ajustar por las variaciones en los costes que se producen entre proveedores. Según constatan Rice y Smith (1999, 2002), muchos esquemas emplean el sistema de tarifas asociado a los GRD's para evitar algunas variaciones en los precios. En otros casos, como en Irlanda del norte, Finlandia o Nueva Zelanda, se establecen ajustes que compensan por los mayores costes de prestación de la atención sanitaria que se registran en las áreas rurales. Finalmente, el esquema de asignación de recursos al programa de Veteranos en Estados Unidos ajusta sobre la base de comparar el nivel de salarios que pagan los distintos proveedores. Asimismo, algunos países también establecen compensaciones por pacientes desplazados, como en el caso, entre otros, de Canadá.

#### **4. FUENTES DE FINANCIACIÓN Y FÓRMULAS DE PARTICIPACIÓN DIRECTA EN EL COSTE POR PARTE DE LOS USUARIOS**

En el grupo de países de nuestro entorno económico cabe distinguir tres tipos de modelos sanitarios diferenciados, que determinan a su vez las características de los esquemas de financiación: el “modelo estadounidense”, de naturaleza básicamente privada –a pesar del notable peso de los programas públicos, Medicare, Medicaid y el programa de asistencia a los Veteranos-; los modelos de Seguridad Social y los Sistemas Nacionales de Salud. A pesar de que estos dos últimos modelos se articulan sobre la base de una intervención pública mayoritaria, es destacable el peso que los gastos privados representan sobre el gasto total.

El cuadro I presentado en el anexo muestra, para el período 1997-2002, los porcentajes de gasto privado en salud en relación con el gasto sanitario total, tanto para los Estados Miembros de la Unión Europea de los 15 como para otros países del ámbito de la OCDE. Del conjunto de países seleccionados, sólo en el caso de Estados Unidos el gasto privado representa más de la mitad del gasto sanitario total. En el año 2002 (último dato disponible), el 55,1% de los recursos sanitarios totales procedían de pagos directos o de seguros privados

(contratados por los empresarios para sus empleados o directamente por los individuos). Este porcentaje registró aumentos entre 1997 y 1999, y descendió posteriormente hasta estabilizarse desde el año 2001. Por detrás de Estados Unidos destaca, en especial, el porcentaje correspondiente a Grecia (47,1% en 2002), que pese a las oscilaciones registradas durante el período analizado se sitúa prácticamente en el mismo nivel que en 1997.

Del conjunto de países con Sistema Nacional de Salud, España es, únicamente por detrás de Portugal, el Estado con mayor porcentaje de gasto sanitario privado (28,6% en 2002, con un incremento de un punto porcentual desde 1997). En el ámbito de la Unión Europea de los 15, aproximadamente la mitad de los Estados Miembros presentan en 2002 porcentajes superiores a los registrados a comienzos del período analizado. El incremento más destacable corresponde a Luxemburgo, que prácticamente duplica su proporción de gasto privado. No obstante, y a pesar de tan espectacular incremento, Luxemburgo sigue manteniéndose como el país con un porcentaje más reducido de gasto sanitario privado (14,6% en 2002).

Los componentes básicos de la financiación privada corresponden a participaciones directas en el coste por parte de los usuarios y al pago de seguros privados. Por lo que respecta a los pagos directos por parte de los pacientes (cuadro 2), cabe destacar el peso que esta fuente de financiación representa en países como Suiza (31,5% del total en 2002), España (23,6%), Italia o Finlandia (20%). Por el contrario, según los datos suministrados por la OCDE, Francia (9,8%), Países Bajos (10,1%) Alemania (10,4%) o Luxemburgo (11,9%) aparecen entre los Estados donde los pagos directos tienen un peso relativamente más reducido. Salvo en España, Finlandia, Luxemburgo, Australia y Nueva Zelanda, la proporción que esta fuente de financiación supone sobre el gasto sanitario total ha experimentado ligeras reducciones entre 1997 y 2002.

Por su parte, el gasto en seguros privados (cuadro 3) destaca por su importancia relativa (al margen del caso estadounidense, donde representan el 36,2% de la financiación total) en Países Bajos (17%), Francia y Canadá (ambos en torno al 13%), mientras Italia (0,9%), Luxemburgo (1,4%) y Dinamarca (1,6%) registran los porcentajes más bajos. España, por su parte, registra un porcentaje en 2002 próximo al 4% del gasto sanitario total. La mayor parte de los países analizados (incluyendo España) registra ligeros incrementos en el peso de los seguros privados en el gasto total entre comienzos y finales del período.

En principio, la preocupación por garantizar la equidad (entendida como igualdad de acceso a la atención sanitaria) limita el papel de las distintas fórmulas de participación directa en el coste por parte de los usuarios en la mayor parte de los países (ya adopten la forma de una cantidad fija por servicio o producto –el co-pago en sentido estricto en terminología anglosajona–; de un



porcentaje del precio total –“co-seguro” o, tal y como se denomina en algunos países, ticket moderador–; o de “deducibles” –equivalentes a una franquicia–), aunque están presentes en todos ellos de una forma u otra<sup>10</sup>. Sin embargo, también es cierto que una de las tendencias más relevantes de los últimos años ha consistido en aumentar la parte de los costes que soportan directamente los pacientes (o asegurados), en línea con otras medidas dirigidas al mismo objetivo: contener el crecimiento del gasto sanitario.

Las reformas más recientes en este sentido han tenido lugar en Alemania y Francia. Alemania, con la Ley de Modernización del Seguro Estatutario, en vigor desde enero de 2004, ha pasado de un modelo de libre acceso a cualquier especialista a introducir un pago de 10 € en la primera visita ambulatoria de cada trimestre. Asimismo, incrementa el importe de los co-pagos ya existentes –especialmente en el consumo de medicamentos– y endurece las condiciones de exención de los mismos (Velasco y Busse, 2004). Por su parte, la Asamblea Nacional francesa ha aprobado una reforma del Seguro de Enfermedad que obliga al ciudadano al pago de 1 € por acto médico. Esta cantidad podrá ser modificada por decreto por el Gobierno, lo que ha generado el convencimiento de que será aumentada en el futuro.

Tomando como referencia el ámbito de la Unión Europea de los 15 (cuadro 4 del anexo), se observa que en las prestaciones de atención primaria aproximadamente la mitad de los Estados miembros establecen algún tipo de participación en el coste para los usuarios, ya sea en forma de un pago fijo por consulta o prueba diagnóstica (Austria, Finlandia, Portugal o Suecia) o bien como un porcentaje del coste total (Luxemburgo). Francia combina ambos mecanismos y Bélgica, por su parte, aplica un sistema de deducibles. En algunos casos los pagos difieren en función de que se trate de la primera o sucesivas visitas (como en Luxemburgo) o según donde se lleve a cabo la consulta (Portugal). No obstante, es frecuente que se establezcan exenciones para determinados colectivos (niños, pensionistas, individuos de baja renta, etc).

En el ámbito de la prestación de asistencia especializada, los Estados que ofrecen asistencia gratuita son Dinamarca (al menos para una parte de la población), España, Grecia, Países Bajos, Irlanda y Reino Unido. En Italia y Portugal la hospitalización es gratuita, pero se establece un ticket moderador para las consultas al especialista. En algunos casos, pese a la gratuidad, existe la posibilidad de obtener una mejora de la calidad hotelera mediante pago. El resto de países tienen en común el haber establecido pagos por día de hospitalización (en algún caso incluyendo un canon de admisión, como en Bélgica), que suelen estar su-

---

<sup>10</sup> En este documento se hará referencia a los co-pagos en su sentido más amplio, englobando por tanto bajo dicho concepto las distintas fórmulas de participación de los pacientes o asegurados en el coste de la prestación sanitaria.

jetos a limitaciones temporales, con el fin de aliviar el coste en tratamientos de larga duración. El importe de estos pagos ha ido aumentando en los últimos años, en general de forma moderada. No obstante, algunos países han registrado incrementos significativos en las cuantías fijadas para los co-pagos. En este sentido destaca el caso de Austria, que ha más que triplicado el coste por día de hospitalización desde 1999.

Finalmente, todos los países establecen participaciones en el coste en el ámbito farmacéutico, a excepción de Irlanda, que provee gratuitamente los medicamentos para los individuos con protección total. La participación en el coste se materializa nuevamente, bien en una cantidad por fármaco prescrito, bien en un porcentaje del precio de los medicamentos. En el primer caso se encuentran Alemania, Austria, o el Reino Unido, mientras en el segundo grupo aparecen Bélgica, España, Francia, Grecia, Luxemburgo y Portugal. Italia, por su parte, combina ambas fórmulas de co-pago, y los países nórdicos combinan la aplicación de cantidades deducibles con porcentajes de participación en el coste aplicados sobre el precio de los fármacos. En general, los co-pagos varían en función de un conjunto de variables: la utilidad terapéutica de los fármacos, la gravedad y/o cronicidad de las enfermedades, la edad o la capacidad económica de los individuos.

El control del gasto farmacéutico ha centrado buena parte de los esfuerzos de los Estados miembros de la UE-15, de manera que, al margen de estos mecanismos, también se han generalizado las listas de medicamentos autorizados, se han incorporado los precios de referencia en prácticamente la mitad de estos países y se ha fomentado la utilización de genéricos.

A la hora de valorar la eficacia de los mecanismos de participación directa en el coste por parte de los usuarios, hay que considerar cuál es el motivo principal que mueve a las autoridades a establecerlos y/o aumentarlos. Existen básicamente dos razones para implantarlos: por un lado, reducir/eliminar la demanda innecesaria; por otro, aumentar los ingresos públicos. En relación con la primera de estas razones, y según indica la evidencia empírica, los co-pagos (en un sentido amplio que incluye tickets moderadores, deducibles, etc) no sólo tienden a reducir la demanda innecesaria, sino también la necesaria. En un mercado caracterizado por la asimetría informativa entre paciente y profesional sanitario, parece razonable que los mecanismos de racionalización del consumo sanitario recaigan básicamente sobre el lado de la oferta, sin perjuicio de que estos mecanismos puedan complementarse con otras medidas. En cuanto a la implantación de co-pagos como instrumento de recaudación de ingresos públicos, es preciso advertir de que su eficacia recaudatoria puede verse seriamente afectada por los costes de administración asociados a su diseño.



## 5. CONSIDERACIONES FINALES

La práctica totalidad de los sistemas de financiación sanitaria tienen objetivos compartidos, que pueden resumirse en tres grandes principios: la suficiencia financiera, la eficiencia y la equidad. En primer lugar, se pretende que los recursos destinados a la prestación de servicios sanitarios sean suficientes para financiar la actividad que se genera anualmente. Este constituye uno de los grandes caballos de batalla de los sistemas sanitarios desarrollados, puesto que la tendencia en la evolución del gasto ha sido tradicionalmente superior a las tasas de crecimiento de la producción. Ante la imposibilidad de mantener la senda de crecimiento del gasto en sanidad de forma indefinida, la eficiencia se muestra como otro de los objetivos básicos de todos los sistemas sanitarios. La equidad, por su parte, también está presente como uno de los principios fundamentales a garantizar por los sistemas sanitarios públicos. No obstante, y a pesar de la coincidencia en los objetivos que se persiguen, las especificidades históricas, culturales, políticas y económicas de cada país determinan el diseño de los sistemas sanitarios y, en consecuencia, de los esquemas de financiación.

Los sistemas de financiación están condicionados, en buena parte, por el desarrollo de los procesos de descentralización, que resultan muy heterogéneos en el conjunto de países de nuestro entorno. En numerosas ocasiones se ha cuestionado si la descentralización contribuye a vulnerar el principio de equidad, puesto que, en muchos casos, ofrece la posibilidad de que los distintos territorios decidan elementos básicos del sistema sanitario, como las prestaciones cubiertas públicamente o la cantidad de recursos que se destina a financiar la sanidad. Hasta el momento, la mayor parte de los países ha optado por mantener un equilibrio entre la autonomía y responsabilidad regional, por un lado, y la supervisión y coordinación central por otro, articulando adicionalmente mecanismos de nivelación que permitan mantener unos mínimos comunes en la provisión de atención sanitaria.

La eficiencia y la equidad también dependen crucialmente de las fórmulas utilizadas en la elaboración de los presupuestos. Como se ha comentado, los métodos retrospectivos han ido dando paso a modelos de carácter prospectivo, básicamente a través de fórmulas capítativas ajustadas por riesgo (o necesidad). De este modo se introducen, en primer lugar, incentivos a la contención de costes, además de lograrse mejoras en la equidad horizontal. Los ajustes por riesgo están generalizados en todos los países, si bien las fórmulas de reparto concretas y las variables utilizadas en su cálculo difieren mucho entre ellos, entre otros motivos por las diferencias en la calidad y cantidad de información disponible en cada país.

A pesar de la amplia cobertura pública que ofrecen la mayor parte de los países de nuestro entorno en el ámbito de las prestaciones sanitarias, los porcen-

tajes que la financiación privada aporta al conjunto de la sanidad, ya sea a través de distintas fórmulas de co-pago o a través de la contratación de seguros privados, no resultan desdeñables. Aproximadamente la mitad de los Estados miembros de la UE-15 han establecido pagos directos a los usuarios por el consumo de la atención primaria y especializada, y la práctica totalidad los aplica en el consumo de medicamentos. Al margen de que pueda discutirse la eficacia potencial de los co-pagos en un mercado caracterizado por la información asimétrica entre médico y paciente, es importante profundizar en las consecuencias distributivas de su implantación (especialmente si no se establecen en función de la renta de los individuos). El grado de equidad vertical en los esquemas de financiación sanitaria (medida como la relación entre la contribución de cada individuo a la financiación total y su capacidad de pago) depende crucialmente de cuál sea la composición de los fondos que se destinan a la sanidad. Hasta el momento, la evidencia empírica ha demostrado que los pagos directos tienden a aumentar la regresividad del sistema (junto con las cotizaciones sociales y los impuestos indirectos), regresividad que tiende a reducirse a medida que aumenta la proporción de gasto financiada a través de impuestos directos.

En cualquier caso, el problema de la financiación, con ser importante, parece secundario (al menos en cuanto al orden en que debe ser resuelto) en relación con otras cuestiones de mayor calado. ¿Gastamos de forma óptima, o pueden obtenerse ganancias significativas de una mejor y más sistemática evaluación de la práctica clínica, y de los métodos organizativos y de gestión de nuestro sistema sanitario?. ¿Cuál es el valor, en términos de salud, de los recursos invertidos en sanidad?. Y, en función de esas respuestas y a la luz de la evidencia empírica, ¿cuáles van a ser, previsiblemente, las necesidades de gasto del Sistema Nacional de Salud en el futuro?. Si las principales tendencias que se registran en la financiación sanitaria de la mayor parte de los países (incluido el nuestro) van orientadas a contener el crecimiento del gasto, parece ineludible, no sólo desde el punto de vista económico, sino especialmente desde una perspectiva ética, abordar cuanto antes estas cuestiones.



**ANEXO**

**Cuadro I**  
**GASTO PRIVADO EN SALUD EN % DEL GASTO SANITARIO TOTAL (1997-2002)**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>UE-15</b>						
Alemania	20.9	21.4	21.4	21.2	21.4	21.5
Austria	30.0	30.3	30.4	30.4	31.5	30.1
Bélgica	30.2	29.8	29.4	29.5	28.6	28.8
Dinamarca	17.7	18.0	17.8	17.5	17.4	16.9
España	27.5	27.8	28.0	28.5	28.7	28.6
Finlandia	23.9	23.7	24.7	24.9	24.6	24.3
Francia	23.8	24.0	24.0	24.2	24.1	24.0
Grecia	47.2	47.9	46.6	46.1	46.9	47.1
Irlanda	25.4	23.5	27.2	26.7	24.4	24.8
Italia	27.8	28.2	27.7	26.3	24.0	24.4
Luxemburgo	7.5	7.6	10.2	10.3	10.2	14.6
Países Bajos	32.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	34.2	32.8	32.3	30.4	29.3	29.3
Reino Unido	19.6	19.6	19.4	19.1	17.0	16.6
Suecia	14.2	14.2	14.3	15.1	15.1	14.7
<b>Otros países del ámbito de la OCDE</b>						
Australia	32.2	31.8	30.6	31.3	31.8	n.d.
Canadá	29.9	29.4	29.7	29.6	29.9	30.1
Estados Unidos	54.7	55.5	55.7	55.6	55.1	55.1
Noruega	15.7	15.3	14.8	15.0	14.8	14.7
Nueva Zelanda	22.7	23.0	22.5	22.0	23.6	22.1
Suiza	44.8	45.1	44.7	44.4	42.9	42.1

n.d.: No disponible.

Fuente: OCDE (2004).

**Cuadro 2**  
**GASTOS NETOS DE LOS HOGARES EN % DEL**  
**GASTO SANITARIO TOTAL (1997-2002)<sup>a</sup>**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>UE-15</b>						
Alemania	10.8	11.2	10.9	10.5	10.6	10.4
Austria	17.6	17.9	18.2	18.6	18.2	17.5
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dinamarca	16.3	16.6	16.1	15.9	15.8	15.3
España	23.1	23.2	23.3	23.7	23.8	23.6
Finlandia	19.7	19.4	20.3	20.4	20.2	20.0
Francia	10.3	10.3	10.3	10.5	10.2	9.8
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	13.5	10.7	14.0	13.5	11.9	13.2
Italia	24.1	24.5	24.1	22.7	20.2	20.3
Luxemburgo	7.5	7.6	7.4	7.5	7.5	11.9
Países Bajos	n.d.	10.2	10.6	10.6	10.3	10.1
Portugal	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Reino Unido	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Otros países del ámbito de la OCDE</b>						
Australia	17.3	18.3	18.1	18.9	19.3	n.d.
Canadá	16.8	16.3	16.3	15.9	15.3	15.2
Estados Unidos	15.1	15.5	15.4	15.0	14.4	14.0
Noruega	15.2	14.8	14.3	14.5	14.3	14.2
Nueva Zelanda	15.6	16.3	15.9	15.4	17.0	16.1
Suiza	32.3	32.8	33.3	32.9	31.7	31.5

<sup>a</sup> Se trata de pagos directos que comprenden las distintas fórmulas de participación en el coste por parte del usuario (co-pagos, tickets moderadores o “deducibles”), el coste de la automedicación y otros gastos pagados directamente por los hogares.

n.d.: No disponible.

Fuente: OCDE (2004).

**Cuadro 3**  
**GASTO EN SEGUROS PRIVADOS EN % DEL**  
**GASTO SANITARIO TOTAL (1997-2002)<sup>a</sup>**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>UE-15</b>						
Alemania	7.9	8.0	8.2	8.3	8.4	8.6
Austria	8.1	7.6	7.3	7.3	7.4	7.4
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dinamarca	1.4	1.4	1.7	1.6	1.6	1.6
España	3.5	3.7	3.8	3.9	4.0	4.1
Finlandia	2.6	2.6	2.7	2.6	2.5	2.4
Francia	12.4	12.6	12.6	12.6	12.9	13.2
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	8.7	8.9	8.0	7.6	6.3	5.4
Italia	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Luxemburgo	n.d.	n.d.	1.4	1.4	1.4	1.4
Países Bajos	n.d.	16.6	16.9	16.1	16.5	17.1
Portugal	1.5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Reino Unido	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Otros países del ámbito de la OCDE</b>						
Australia	9.0	7.6	6.6	6.9	7.6	n.d.
Canadá	10.9	11.2	11.2	11.5	12.4	12.7
Estados Unidos	33.5	33.9	34.4	35.1	35.7	36.2
Noruega	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nueva Zelanda	6.8	6.4	6.2	6.3	6.3	5.7
Suiza	11.5	11.4	10.4	10.5	10.2	9.6

<sup>a</sup> Incluye gasto en seguros sociales privados y otros fondos de seguro privados.

n.d.: No disponible.

Fuente: OCDE (2004).

## Cuadro 4

### CARACTERÍSTICAS DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN LOS ESTADOS DE LA UE-15: PRINCIPIOS GENERALES, COBERTURA Y FINANCIACIÓN POR CO-PAGOS<sup>a</sup>

Alemania	<p><i>Principios básicos:</i> Esquema de seguro social obligatorio para empleados y asimilados hasta un cierto límite de renta. Contribuciones sociales relacionadas con el nivel de renta.</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Asalariados, aprendices, pensionistas, desempleados con subsidio, estudiantes de educación superior, agricultores, artistas y escritores.</p> <p><i>Exenciones del aseguramiento obligatorio:</i> Empleados con ingresos anuales superiores a 46.350 € o 41.850 € para asegurados privadamente a 31-12-2002. Personas con salarios inferiores a 400 € al mes. Los funcionarios, magistrados y soldados profesionales no pagan contribuciones.</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Asistencia gratuita (los asegurados voluntarios pueden optar por el reembolso).</p> <p><i>Atención Especializada:</i> 10 € en la primera visita de cada trimestre. Gastos hospitalarios: 10€ por día de hospitalización (máximo 280 €). Niños, enfermos crónicos y graves exentos.</p> <p><i>Farmacia:</i> 10% del coste (con un máximo de 10€), salvo niños y enfermos graves. Existe un sistema de precios de referencia.</p>
Austria	<p><i>Principios básicos:</i> Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados.</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Asalariados, pensionistas, parados, algunos trabajadores autónomos, asegurados voluntarios (incluidos cónyuges e hijos –con límites de edad– si no están asegurados personalmente).</p> <p><i>Exenciones del aseguramiento obligatorio:</i> No existe seguro obligatorio con ingresos mensuales inferiores a 316,19 €</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Pago de 3,63 € por episodio de enfermedad en cada trimestre (excepto niños, jubilados e indigentes).</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Pago máximo de 15,75 € por día de hospitalización (máximo 28 días al año). Familiares: 10% del coste. Exentos de pago en cuidados ambulatorios: niños, huérfanos, casos urgentes, pacientes en diálisis o bajo tratamientos de radioterapia o quimioterapia, mujeres en relación con su embarazo o maternidad, y donantes.</p> <p><i>Farmacia:</i> Pago de 4,35 € por prescripción (fármacos autorizados). Enfermedades infecciosas o personas sin recursos: gratuitos.</p>

(Sigue)

(Continuación)

<p>Bélgica</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados (no hay exenciones).</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, incapacitados, estudiantes de enseñanza superior, (incluidas personas a cargo del asegurado bajo ciertas condiciones).</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Pago adelantado con reembolso según tarifas. En general, participación en el coste (máximo: 25%). Por encima de cierta cantidad anual, la asistencia es gratuita. Reducciones para ciertos grupos de población (discapacitados, pensionistas, individuos de baja renta, etc).</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Pago de cantidad fija por hospitalización (canon de admisión): 39,58 €. Pago por día de hospitalización: 12,31 € (4,7 € en casos excepcionales: desempleados, niños, etc). Reembolso integral por hospitalización en habitación común.</p> <p><i>Farmacia:</i> Fármacos para enfermedades graves: gratuitos. Participación en el coste en función de la utilidad terapéutica: entre un 25% y un 80% (con techos máximos). Pacientes hospitalizados: 0,62€ por día. Participaciones reducidas para algunos grupos; exención total para tratamientos de larga duración. Reducción del reembolso en un 26% cuando existen genéricos equivalentes.</p>
<p>Dinamarca</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Residentes.</p> <p><i>Atención Primaria:</i> En general, gratuita.</p> <p><i>Atención Especializada:</i> En general, gratuita, salvo si se presta en centros privados no autorizados (a no ser que un hospital público refiera al paciente a este tipo de centros).</p> <p><i>Farmacia:</i> Participación en el coste entre el 100% y el 15% en función del volumen de gasto anual en medicamentos (100% para un gasto anual por debajo de 70€, 15% para un gasto anual superior a 396 €).</p>
<p>España</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Asalariados y asimilados, pensionistas, residentes con recursos insuficientes (incluidas personas a cargo del asegurado).</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Asistencia gratuita.</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Gratuita.</p> <p><i>Farmacia:</i> Pago del 40% del precio para medicamentos de la lista oficial (30% para beneficiarios de las mutualidades públicas), excepto pensionistas (gratuitos) y algunos enfermos crónicos (10%). Se excluyen de la financiación pública los fármacos con un precio de venta superior al precio de referencia.</p>

(Sigue)

(Continuación)

<p>Finlandia</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Esquema público gestionado por los municipios, y financiado mediante impuestos y co-pagos. La asistencia sanitaria privada complementa el esquema público. Su coste es parcialmente reembolsado por el seguro general de enfermedad.</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Residentes.</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Pago máximo de 11 € (3 primeras visitas en el año), o contribución anual de un máximo de 22 € por 12 meses. Posibilidad de cargar 15 € por cada visita nocturna o en fin de semana. Techo máximo anual: 590 €. Reembolso parcial (60%) del coste de las visitas privadas por parte del seguro de enfermedad. Menores de 18 años exentos.</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Pago de 22 € por visita ambulatoria (72 € por cirugía ambulatoria). Pago de 26 € por día de hospitalización. Para tratamientos de larga duración, la participación se fija según los ingresos (con techos máximos). Reducciones para menores de edad. Reembolso parcial de costes en clínicas privadas.</p> <p><i>Farmacia:</i> Pago de 10 € más el 50% de la cantidad que exceda de esa suma para los medicamentos prescritos. Por encima de 604,72 € al año, reembolso total de costes. Para enfermedades graves o crónicas, reembolso de 75-100% de los costes bajo ciertas condiciones.</p>
<p>Francia</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Esquema de seguro social obligatorio con afiliación basada en criterios profesionales y de residencia (no hay exenciones).</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, estudiantes (incluidos familiares a cargo bajo ciertas condiciones).</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Participación en el coste del 30%. Pago adelantado con reembolso según tarifas. Pago de 1 € por acto médico. Quedan exentos los menores de 16 años y la población con bajos recursos.</p> <p><i>Atención Especializada:</i> 25% del coste de consultas en hospitales; 20% de los tratamientos hospitalarios. Pago de 13 € por día de hospitalización (gratuito a partir del 31<sup>er</sup> día de ingreso y para algunos tratamientos quirúrgicos). Algunos pensionistas, población con bajos recursos y personas que padezcan ciertas enfermedades: exentos.</p> <p><i>Farmacia:</i> Participación en el precio (35% ó 65% según el caso) excepto para enfermos crónicos.</p>
<p>Grecia</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados (no hay exenciones).</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Asalariados o asimilados, pensionistas y parados (incluidos familiares a cargo del asegurado).</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Asistencia gratuita.</p>

(Sigue)

(Continuación)

<p>Grecia</p>	<p><i>Atención Especializada:</i> Gratuita.  <i>Farmacia:</i> Participación en el coste del 25% para los medicamentos prescritos (10% en ciertos casos), salvo en enfermedades crónicas, accidentes laborales y maternidad.</p>
<p>Irlanda</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.  <i>Beneficiarios:</i> Residentes habituales, personas con ingresos inferiores a un mínimo. Derechos limitados para el resto de población.  <i>Atención Primaria:</i> Personas con derechos plenos: asistencia gratuita. Con derechos limitados: pago total de costes (salvo enfermedades de larga duración).  <i>Atención Especializada:</i> Servicios de especialista en hospitales: gratuitos. Asistencia hospitalaria gratuita para individuos con derechos plenos; con derechos limitados pago de 45 € por noche (máximo 450 € en un período de 12 meses consecutivos). Visitas a urgencias no prescritas: 45 €. Exenciones para enfermedades infecciosas y algunos colectivos (niños, mujeres embarazadas, etc).  <i>Farmacia:</i> Fármacos gratuitos para individuos con protección completa y ciertas enfermedades. Con derechos limitados: pago máximo de 78 € mensuales por medicamentos prescritos.</p>
<p>Italia</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Financiación por contribuciones fijadas sobre los residentes.  <i>Beneficiarios:</i> Residentes.  <i>Exenciones del aseguramiento obligatorio:</i> Residentes con carácter temporal, trabajadores extranjeros que tributan fuera de Italia.  <i>Atención Primaria:</i> Asistencia gratuita.  <i>Atención Especializada:</i> En general, 36 € por cada visita al especialista (tb. por cada prueba), excepto algunos colectivos (menores de 6 años, mayores de 65 con baja renta, enfermos graves, perceptores de pensiones bajas, etc.). Atención hospitalaria gratuita.  <i>Farmacia:</i> Pago entre el 0-100% del precio según medicamento y gravedad de la enfermedad + Pago por receta (con excepciones).</p>
<p>Luxemburgo</p>	<p><i>Principios básicos:</i> Esquema de seguro social obligatorio para población activa y receptores de subsidios de la Seguridad Social (no hay exenciones).  <i>Beneficiarios:</i> Trabajadores, pensionistas, parados, beneficiarios de ingresos sujetos a cotización, beneficiarios de complementos al ingreso mínimo garantizado, asegurados voluntarios (incluidos familiares a cargo).</p>

(Sigue)



(Continuación)

Luxemburgo	<p><i>Atención Primaria:</i> Pago anticipado más reembolso. Participación en los costes: 20% primera visita (período de 28 días), 5% siguientes (máximo: 48,92 €). Se fija asimismo un máximo anual.</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Participación en costes de mantenimiento = 9,31 € por día de hospitalización (para un período máximo de 30 días).</p> <p><i>Farmacia:</i> Reembolso de costes entre un 0% y un 100% según la clasificación de los fármacos.</p>
Países Bajos	<p><i>Principios básicos:</i> Seguro obligatorio financiado por contribuciones de asegurados complementado por un seguro general para riesgos graves que cubre a todos los residentes (no hay exenciones al seguro obligatorio).</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Trabajadores y pensionistas (puede incluir cónyuge e hijos a cargo). Gastos médicos excepcionales: residentes.</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Asistencia gratuita en general (% del coste de atención de enfermería a domicilio, hasta un máximo de 1700 € al mes).</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Asistencia gratuita en habitaciones de clase inferior.</p> <p><i>Farmacia:</i> Para algunos fármacos se paga el coste que sobrepase cierta cuantía (en función del precio por dosis estándar).</p>
Portugal	<p><i>Principios básicos:</i> Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Residentes.</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Ticket moderador variable por consulta, tratamientos y exámenes médicos complementarios (Ejemplo de consultas al médico de familia: 1,5 € en centro de salud; 2 € en servicios de urgencias; 5 € en urgencias hospitalarias; 3 € consultas domiciliarias). Exenciones para ciertos grupos de población (embarazadas, niños hasta 12 años, pensionistas, desempleados, enfermos crónicos, etc.).</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Ticket moderador variable. Hospitalización gratuita en habitación compartida (o individual si así lo decide el médico).</p> <p><i>Farmacia:</i> Participación en el coste entre el 30% y el 60% según enfermedad. Rebaja del 15% para pensionistas con bajos recursos.</p>
Reino Unido	<p><i>Principios básicos:</i> Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.</p> <p><i>Beneficiarios:</i> Residentes.</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Asistencia gratuita.</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Gratuita, salvo si el paciente demanda servicios especiales o extra no necesarios clínicamente.</p>

(Sigue)

(Continuación)

Reino Unido	<i>Farmacia:</i> 8,93 € por producto prescrito (8,51 € en Gales). Exenciones para algunos grupos de población (en Inglaterra y Escocia). Existen bonos de compra anuales o para períodos de 4 meses ( <i>prescription prepayment certificates</i> ) que permiten ahorros considerables a quienes precisan de medicación regular.
Suecia	<p><i>Principios básicos:</i> Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.  <i>Beneficiarios:</i> Residentes.</p> <p><i>Atención Primaria:</i> Participación en los costes entre 11 y 17 € por visita.</p> <p><i>Atención Especializada:</i> Especialistas: pago entre 17 y 33 € por tratamiento (casos urgentes: entre 11 y 29 €, excepto menores de 20 años). Atención hospitalaria: Pago máximo de 8,84 € por día (reducción posible con prueba de renta).</p> <p><i>Farmacia:</i> Pago del coste total hasta 99 € durante un período de 12 meses desde la primera compra. Por encima de ese límite, reembolso entre el 50% y el 100% en función del gasto total.</p>

<sup>a</sup> Se excluye atención dental y otras prestaciones complementarias.

Fuente: Comisión Europea (2004) y elaboración propia.



## BIBLIOGRAFÍA

- CABIEDES, L. (2001): “Financiación sanitaria: ¿Quién teme a la equidad?”, *Revista de Administración Sanitaria*, volumen V, n.º 18, abril/junio, págs. 13-28.
- COMISIÓN EUROPEA (2004): *Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland*. Disponible en URL: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/index\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_en.html)
- DIDERICHSEN, F., VARDE, E. y WHITEHEAD, M. (1997): “Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden”, *British Medical Journal*, 315, págs. 875-878.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2000): *Health Care Systems in Transition: Germany*.
- (2001): *Health Care Systems in Transition: Italy*.
- (2002): *Health Care Systems in Transition: Australia*.
- HAUCK, K., SHAW, R. y SMITH, P. C. (2002): “Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments”, *Health Economics*, vol. 11, n.º 8, págs. 667-677.
- HERRERO, A. y UTRILLA, A. (2003): “La financiación de la sanidad en un contexto descentralizado”, ponencia presentada a la Jornada *Nuevos instrumentos de integración y cooperación sanitaria*, Asociación de Economía de la Salud.
- OECD (2004), *Health Data File 2004*.
- RICE, N. y SMITH, P. C. (1999): “Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Perspective”, Centre for Health Economics, University of York.
- (2002): “Strategic resource allocation and funding decisions”, en: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. y Kutzin, J. (eds.), *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series, págs. 250-271.
- STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY (2002): *The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report on the state of the health care system in Canada*.
- URBANOS, R. (2001): “La financiación sanitaria de los países de nuestro entorno”, *Revista de Administración Sanitaria*, volumen V, noviembre, págs. 95-106.
- VELASCO, M. y BUSSE, R. (2004): “Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis”, *Ars Medica. Revista de Humanidades* 1, págs. 57-73.



## **NORMAS DE PUBLICACIÓN DE PAPELES DE TRABAJO DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES**

Esta colección de *Papeles de Trabajo* tiene como objetivo ofrecer un vehículo de expresión a todas aquellas personas interesadas en los temas de Economía Pública. Las normas para la presentación y selección de originales son las siguientes:

1. Todos los originales que se presenten estarán sometidos a evaluación y podrán ser directamente aceptados para su publicación, aceptados sujetos a revisión, o rechazados.
2. Los trabajos deberán enviarse por duplicado a la Subdirección de Estudios Tributarios. Instituto de Estudios Fiscales. Avda. Cardenal Herrera Oria, 378. 28035 Madrid.
3. La extensión máxima de texto escrito, incluidos apéndices y referencias bibliográficas será de 7000 palabras.
4. Los originales deberán presentarse mecanografiados a doble espacio. En la primera página deberá aparecer el título del trabajo, el nombre del autor(es) y la institución a la que pertenece, así como su dirección postal y electrónica. Además, en la primera página aparecerá también un abstract de no más de 125 palabras, los códigos JEL y las palabras clave.
5. Los epígrafes irán numerados secuencialmente siguiendo la numeración arábica. Las notas al texto irán numeradas correlativamente y aparecerán al pie de la correspondiente página. Las fórmulas matemáticas se numerarán secuencialmente ajustadas al margen derecho de las mismas. La bibliografía aparecerá al final del trabajo, bajo la inscripción "Referencias" por orden alfabético de autores y, en cada una, ajustándose al siguiente orden: autor(es), año de publicación (distinguiendo a, b, c si hay varias correspondientes al mismo autor(es) y año), título del artículo o libro, título de la revista en cursiva, número de la revista y páginas.
6. En caso de que aparezcan tablas y gráficos, éstos podrán incorporarse directamente al texto o, alternativamente, presentarse todos juntos y debidamente numerados al final del trabajo, antes de la bibliografía.
7. En cualquier caso, se deberá adjuntar un disquete con el trabajo en formato word. Siempre que el documento presente tablas y/o gráficos, éstos deberán aparecer en ficheros independientes. Asimismo, en caso de que los gráficos procedan de tablas creadas en excel, estas deberán incorporarse en el disquete debidamente identificadas.

***Junto al original del Papel de Trabajo se entregará también un resumen de un máximo de dos folios que contenga las principales implicaciones de política económica que se deriven de la investigación realizada.***

## **PUBLISHING GUIDELINES OF WORKING PAPERS AT THE INSTITUTE FOR FISCAL STUDIES**

This serie of *Papeles de Trabajo* (working papers) aims to provide those having an interest in Public Economics with a vehicle to publicize their ideas. The rules governing submission and selection of papers are the following:

1. The manuscripts submitted will all be assessed and may be directly accepted for publication, accepted with subjections for revision or rejected.
2. The papers shall be sent in duplicate to Subdirección General de Estudios Tributarios (The Deputy Direction of Tax Studies), Instituto de Estudios Fiscales (Institute for Fiscal Studies), Avenida del Cardenal Herrera Oria, nº 378, Madrid 28035.
3. The maximum length of the text including appendices and bibliography will be no more than 7000 words.
4. The originals should be double spaced. The first page of the manuscript should contain the following information: (1) the title; (2) the name and the institutional affiliation of the author(s); (3) an abstract of no more than 125 words; (4) JEL codes and keywords; (5) the postal and e-mail address of the corresponding author.
5. Sections will be numbered in sequence with arabic numerals. Footnotes will be numbered correlatively and will appear at the foot of the corresponding page. Mathematical formulae will be numbered on the right margin of the page in sequence. Bibliographical references will appear at the end of the paper under the heading "References" in alphabetical order of authors. Each reference will have to include in this order the following terms of references: author(s), publishing date (with an a, b or c in case there are several references to the same author(s) and year), title of the article or book, name of the journal in italics, number of the issue and pages.
6. If tables and graphs are necessary, they may be included directly in the text or alternatively presented altogether and duly numbered at the end of the paper, before the bibliography.
7. In any case, a floppy disk will be enclosed in Word format. Whenever the document provides tables and/or graphs, they must be contained in separate files. Furthermore, if graphs are drawn from tables within the Excell package, these must be included in the floppy disk and duly identified.

***Together with the original copy of the working paper a brief two-page summary highlighting the main policy implications derived from the research is also requested.***

## ÚLTIMOS PAPELES DE TRABAJO EDITADOS POR EL INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES

### 2000

- 1/00 Crédito fiscal a la inversión en el impuesto de sociedades y neutralidad impositiva: Más evidencia para un viejo debate.  
*Autor:* Desiderio Romero Jordán.  
Páginas: 40.
- 2/00 Estudio del consumo familiar de bienes y servicios públicos a partir de la encuesta de presupuestos familiares.  
*Autores:* Ernesto Carrillo y Manuel Tamayo.  
Páginas: 40.
- 3/00 Evidencia empírica de la convergencia real.  
*Autores:* Lorenzo Escot y Miguel Ángel Galindo.  
Páginas: 58.

### *Nueva Época*

- 4/00 The effects of human capital depreciation on experience-earnings profiles: Evidence salaried spanish men.  
*Autores:* M. Arrazola, J. de Hevia, M. Risueño y J. F. Sanz.  
Páginas: 24.
- 5/00 Las ayudas fiscales a la adquisición de inmuebles residenciales en la nueva Ley del IRPF: Un análisis comparado a través del concepto de coste de uso.  
*Autor:* José Félix Sanz Sanz.  
Páginas: 44.
- 6/00 Las medidas fiscales de estímulo del ahorro contenidas en el Real Decreto-Ley 3/2000: análisis de sus efectos a través del tipo marginal efectivo.  
*Autores:* José Manuel González Páramo y Nuria Badenes Plá.  
Páginas: 28.
- 7/00 Análisis de las ganancias de bienestar asociadas a los efectos de la Reforma del IRPF sobre la oferta laboral de la familia española.  
*Autores:* Juan Prieto Rodríguez y Santiago Álvarez García.  
Páginas 32.
- 8/00 Un marco para la discusión de los efectos de la política impositiva sobre los precios y el stock de vivienda.  
*Autor:* Miguel Ángel López García.  
Páginas 36.
- 9/00 Descomposición de los efectos redistributivos de la Reforma del IRPF.  
*Autores:* Jorge Onrubia Fernández y María del Carmen Rodado Ruiz.  
Páginas 24.
- 10/00 Aspectos teóricos de la convergencia real, integración y política fiscal.  
*Autores:* Lorenzo Escot y Miguel Ángel Galindo.  
Páginas 28.

## 2001

- 1/01 Notas sobre desagregación temporal de series económicas.  
*Autor:* Enrique M. Quilis.  
Páginas 38.
- 2/01 Estimación y comparación de tasas de rendimiento de la educación en España.  
*Autores:* M. Arrazola, J. de Hevia, M. Risueño y J. F. Sanz.  
Páginas 28.
- 3/01 Doble imposición, “efecto clientela” y aversión al riesgo.  
*Autores:* Antonio Bustos Gisbert y Francisco Pedraja Chaparro.  
Páginas 34.
- 4/01 Non-Institutional Federalism in Spain.  
*Autor:* Joan Rosselló Villalonga.  
Páginas 32.
- 5/01 Estimating utilisation of Health care: A groupe data regression approach.  
*Autora:* Mabel Amaya Amaya.  
Páginas 30.
- 6/01 Shapley inequality decomposition by factor components.  
*Autores:* Mercedes Sastre y Alain Trannoy.  
Páginas 40.
- 7/01 An empirical analysis of the demand for physician services across the European Union.  
*Autores:* Sergi Jiménez Martín, José M. Labeaga y Maite Martínez-Granado.  
Páginas 40.
- 8/01 Demand, childbirth and the costs of babies: evidence from spanish panel data.  
*Autores:* José M.<sup>a</sup> Labeaga, Ian Preston y Juan A. Sanchis-Llopis.  
Páginas 56.
- 9/01 Imposición marginal efectiva sobre el factor trabajo: Breve nota metodológica y comparación internacional.  
*Autores:* Desiderio Romero Jordán y José Félix Sanz Sanz.  
Páginas 40.
- 10/01 A non-parametric decomposition of redistribution into vertical and horizontal components.  
*Autores:* Irene Perrote, Juan Gabriel Rodríguez y Rafael Salas.  
Páginas 28.
- 11/01 Efectos sobre la renta disponible y el bienestar de la deducción por rentas ganadas en el IRPF.  
*Autora:* Nuria Badenes Plá.  
Páginas 28.
- 12/01 Seguros sanitarios y gasto público en España. Un modelo de microsimulación para las políticas de gastos fiscales en sanidad.  
*Autor:* Ángel López Nicolás.  
Páginas 40.
- 13/01 A complete parametrical class of redistribution and progressivity measures.  
*Autores:* Isabel Rabadán y Rafael Salas.  
Páginas 20.
- 14/01 La medición de la desigualdad económica.  
*Autor:* Rafael Salas.  
Páginas 40.

- 15/01 Crecimiento económico y dinámica de distribución de la renta en las regiones de la UE: un análisis no paramétrico.  
*Autores:* Julián Ramajo Hernández y María del Mar Salinas Jiménez.  
Páginas 32.
- 16/01 La descentralización territorial de las prestaciones asistenciales: efectos sobre la igualdad.  
*Autores:* Luis Ayala Cañón, Rosa Martínez López y Jesus Ruiz-Huerta.  
Páginas 48.
- 17/01 Redistribution and labour supply.  
*Autores:* Jorge Onrubia, Rafael Salas y José Félix Sanz.  
Páginas 24.
- 18/01 Medición de la eficiencia técnica en la economía española: El papel de las infraestructuras productivas.  
*Autoras:* M.<sup>a</sup> Jesús Delgado Rodríguez e Inmaculada Álvarez Ayuso.  
Páginas 32.
- 19/01 Inversión pública eficiente e impuestos distorsionantes en un contexto de equilibrio general.  
*Autores:* José Manuel González-Páramo y Diego Martínez López.  
Páginas 28.
- 20/01 La incidencia distributiva del gasto público social. Análisis general y tratamiento específico de la incidencia distributiva entre grupos sociales y entre grupos de edad.  
*Autor:* Jorge Calero Martínez.  
Páginas 36.
- 21/01 Crisis cambiarias: Teoría y evidencia.  
*Autor:* Óscar Bajo Rubio.  
Páginas 32.
- 22/01 Distributive impact and evaluation of devolution proposals in Japanese local public finance.  
*Autores:* Kazuyuki Nakamura, Minoru Kunizaki y Masanori Tahira.  
Páginas 36.
- 23/01 El funcionamiento de los sistemas de garantía en el modelo de financiación autonómica.  
*Autor:* Alfonso Utrilla de la Hoz.  
Páginas 48.
- 24/01 Rendimiento de la educación en España: Nueva evidencia de las diferencias entre Hombres y Mujeres.  
*Autores:* M. Arrazola y J. de Hevia.  
Páginas 36.
- 25/01 Fecundidad y beneficios fiscales y sociales por descendientes.  
*Autora:* Anabel Zárate Marco.  
Páginas 52.
- 26/01 Estimación de precios sombra a partir del análisis Input-Output: Aplicación a la economía española.  
*Autora:* Guadalupe Souto Nieves.  
Páginas 56.
- 27/01 Análisis empírico de la depreciación del capital humano para el caso de las Mujeres y los Hombres en España.  
*Autores:* M. Arrazola y J. de Hevia.  
Páginas 28.

- 28/01 Equivalence scales in tax and transfer policies.  
*Autores:* Luis Ayala, Rosa Martínez y Jesús Ruiz-Huerta.  
 Páginas 44.
- 29/01 Un modelo de crecimiento con restricciones de demanda: el gasto público como amortiguador del desequilibrio externo.  
*Autora:* Belén Fernández Castro.  
 Páginas 44.
- 30/01 A bi-stochastic nonparametric estimator.  
*Autores:* Juan G. Rodríguez y Rafael Salas.  
 Páginas 24.

## 2002

- 1/02 Las cestas autonómicas.  
*Autores:* Alejandro Esteller, Jorge Navas y Pilar Sorribas.  
 Páginas 72.
- 2/02 Evolución del endeudamiento autonómico entre 1985 y 1997: la incidencia de los Escenarios de Consolidación Presupuestaria y de los límites de la LOFCA.  
*Autores:* Julio López Laborda y Jaime Vallés Giménez.  
 Páginas 60.
- 3/02 Optimal Pricing and Grant Policies for Museums.  
*Autores:* Juan Prieto Rodríguez y Víctor Fernández Blanco.  
 Páginas 28.
- 4/02 El mercado financiero y el racionamiento del endeudamiento autonómico.  
*Autores:* Nuria Alcalde Fradejas y Jaime Vallés Giménez.  
 Páginas 36.
- 5/02 Experimentos secuenciales en la gestión de los recursos comunes.  
*Autores:* Lluís Bru, Susana Cabrera, C. Mónica Capra y Rosario Gómez.  
 Páginas 32.
- 6/02 La eficiencia de la universidad medida a través de la función de distancia: Un análisis de las relaciones entre la docencia y la investigación.  
*Autores:* Alfredo Moreno Sáez y David Trillo del Pozo.  
 Páginas 40.
- 7/02 Movilidad social y desigualdad económica.  
*Autores:* Juan Prieto-Rodríguez, Rafael Salas y Santiago Álvarez-García.  
 Páginas 32.
- 8/02 Modelos BVAR: Especificación, estimación e inferencia.  
*Autor:* Enrique M. Quilis.  
 Páginas 44.
- 9/02 Imposición lineal sobre la renta y equivalencia distributiva: Un ejercicio de microsimulación.  
*Autores:* Juan Manuel Castañer Carrasco y José Félix Sanz Sanz.  
 Páginas 44.
- 10/02 The evolution of income inequality in the European Union during the period 1993-1996.  
*Autores:* Santiago Álvarez García, Juan Prieto-Rodríguez y Rafael Salas.  
 Páginas 36.

- 11/02 Una descomposición de la redistribución en sus componentes vertical y horizontal: Una aplicación al IRPF.  
*Autora:* Irene Perrote.  
Páginas 32.
- 12/02 Análisis de las políticas públicas de fomento de la innovación tecnológica en las regiones españolas.  
*Autor:* Antonio Fonfría Mesa.  
Páginas 40.
- 13/02 Los efectos de la política fiscal sobre el consumo privado: nueva evidencia para el caso español.  
*Autores:* Agustín García y Julián Ramajo.  
Páginas 52.
- 14/02 Micro-modelling of retirement behavior in Spain.  
*Autores:* Michele Boldrin, Sergi Jiménez-Martín y Franco Peracchi.  
Páginas 96.
- 15/02 Estado de salud y participación laboral de las personas mayores.  
*Autores:* Juan Prieto Rodríguez, Desiderio Romero Jordán y Santiago Álvarez García.  
Páginas 40.
- 16/02 Technological change, efficiency gains and capital accumulation in labour productivity growth and convergence: an application to the Spanish regions.  
*Autora:* M.<sup>a</sup> del Mar Salinas Jiménez.  
Páginas 40.
- 17/02 Déficit público, masa monetaria e inflación. Evidencia empírica en la Unión Europea.  
*Autor:* César Pérez López.  
Páginas 40.
- 18/02 Tax evasion and relative contribution.  
*Autora:* Judith Panadés i Martí.  
Páginas 28.
- 19/02 Fiscal policy and growth revisited: the case of the Spanish regions.  
*Autores:* Óscar Bajo Rubio, Carmen Díaz Roldán y M.<sup>a</sup> Dolores Montávez Garcés.  
Páginas 28.
- 20/02 Optimal endowments of public investment: an empirical analysis for the Spanish regions.  
*Autores:* Óscar Bajo Rubio, Carmen Díaz Roldán y M.<sup>a</sup> Dolores Montávez Garcés.  
Páginas 28.
- 21/02 Régimen fiscal de la previsión social empresarial. Incentivos existentes y equidad del sistema.  
*Autor:* Félix Domínguez Barrero.  
Páginas 52.
- 22/02 Poverty statics and dynamics: does the accounting period matter?.  
*Autores:* Olga Cantó, Coral del Río y Carlos Gradín.  
Páginas 52.
- 23/02 Public employment and redistribution in Spain.  
*Autores:* José Manuel Marqués Sevillano y Joan Rosselló Villalonga.  
Páginas 36.

- 24/02 La evolución de la pobreza estática y dinámica en España en el periodo 1985-1995.  
*Autores:* Olga Cantó, Coral del Río y Carlos Gradín.  
*Páginas:* 76.
- 25/02 Estimación de los efectos de un "tratamiento": una aplicación a la Educación superior en España.  
*Autores:* M. Arrazola y J. de Hevia.  
*Páginas:* 32.
- 26/02 Sensibilidad de las estimaciones del rendimiento de la educación a la elección de instrumentos y de forma funcional.  
*Autores:* M. Arrazola y J. de Hevia.  
*Páginas:* 40.
- 27/02 Reforma fiscal verde y doble dividendo. Una revisión de la evidencia empírica.  
*Autor:* Miguel Enrique Rodríguez Méndez.  
*Páginas:* 40.
- 28/02 Productividad y eficiencia en la gestión pública del transporte de ferrocarriles implicaciones de política económica.  
*Autor:* Marcelino Martínez Cabrera.  
*Páginas:* 32.
- 29/02 Building stronger national movie industries: The case of Spain.  
*Autores:* Víctor Fernández Blanco y Juan Prieto Rodríguez.  
*Páginas:* 52.
- 30/02 Análisis comparativo del gravamen efectivo sobre la renta empresarial entre países y activos en el contexto de la Unión Europea (2001).  
*Autora:* Raquel Paredes Gómez.  
*Páginas:* 48.
- 31/02 Voting over taxes with endogenous altruism.  
*Autor:* Joan Esteban.  
*Páginas:* 32.
- 32/02 Midiendo el coste marginal en bienestar de una reforma impositiva.  
*Autor:* José Manuel González-Páramo.  
*Páginas:* 48.
- 33/02 Redistributive taxation with endogenous sentiments.  
*Autores:* Joan Esteban y Laurence Kranich.  
*Páginas:* 40.
- 34/02 Una nota sobre la compensación de incentivos a la adquisición de vivienda habitual tras la reforma del IRPF de 1998.  
*Autores:* Jorge Onrubia Fernández, Desiderio Romero Jordán y José Félix Sanz Sanz.  
*Páginas:* 36.
- 35/02 Simulación de políticas económicas: los modelos de equilibrio general aplicado.  
*Autor:* Antonio Gómez Gómez-Plana.  
*Páginas:* 36.

## **2003**

- 1/03 Análisis de la distribución de la renta a partir de funciones de cuantiles: robustez y sensibilidad de los resultados frente a escalas de equivalencia.  
*Autores:* Marta Pascual Sáez y José María Sarabia Alegría.  
*Páginas:* 52.

- 2/03 Macroeconomic conditions, institutional factors and demographic structure: What causes welfare caseloads?  
*Autores:* Luis Ayala y César Pérez.  
 Páginas 44.
- 3/03 Endeudamiento local y restricciones institucionales. De la ley reguladora de haciendas locales a la estabilidad presupuestaria.  
*Autores:* Jaime Vallés Giménez, Pedro Pascual Arzoz y Fermín Cabasés Hita.  
 Páginas 56.
- 4/03 The dual tax as a flat tax with a surtax on labour income.  
*Autor:* José María Durán Cabré.  
 Páginas 40.
- 5/03 La estimación de la función de producción educativa en valor añadido mediante redes neuronales: una aplicación para el caso español.  
*Autor:* Daniel Santín González.  
 Páginas 52.
- 6/03 Privación relativa, imposición sobre la renta e índice de Gini generalizado.  
*Autores:* Elena Bárcena Martín, Luis Imedio Olmedo y Guillermina Martín Reyes.  
 Páginas 36.
- 7/03 Fijación de precios óptimos en el sector público: una aplicación para el servicio municipal de agua.  
*Autora:* M.<sup>a</sup> Ángeles García Valiñas.  
 Páginas 44.
- 8/03 Tasas de descuento para la evaluación de inversiones públicas: Estimaciones para España.  
*Autora:* Guadalupe Souto Nieves.  
 Páginas 40.
- 9/03 Una evaluación del grado de incumplimiento fiscal para las provincias españolas.  
*Autores:* Ángel Alañón Pardo y Miguel Gómez de Antonio.  
 Páginas 44.
- 10/03 Extended bi-polarization and inequality measures.  
*Autores:* Juan G. Rodríguez y Rafael Salas.  
 Páginas 32.
- 11/03 Fiscal decentralization, macrostability and growth.  
*Autores:* Jorge Martínez-Vázquez y Robert M. McNab.  
 Páginas 44.
- 12/03 Valoración de bienes públicos en relación al patrimonio histórico cultural: aplicación comparada de métodos estadísticos de estimación.  
*Autores:* Luis César Herrero Prieto, José Ángel Sanz Lara y Ana María Bedate Centeno.  
 Páginas 44.
- 13/03 Growth, convergence and public investment. A bayesian model averaging approach.  
*Autores:* Roberto León-González y Daniel Montolio.  
 Páginas 44.
- 14/03 ¿Qué puede esperarse de una reducción de la imposición indirecta que recae sobre el consumo cultural?: Un análisis a partir de las técnicas de microsimulación.  
*Autores:* José Félix Sanz Sanz, Desiderio Romero Jordán y Juan Prieto Rodríguez.  
 Páginas 40.

- 15/03 Estimaciones de la tasa de paro de equilibrio de la economía española a partir de la Ley de Okun.  
*Autores:* Inés P. Murillo y Carlos Usabiaga.  
Páginas 32.
- 16/03 La previsión social en la empresa, tras la Ley 46/2002, de reforma parcial del impuesto sobre la renta de las personas físicas.  
*Autor:* Félix Domínguez Barrero.  
Páginas 48.
- 17/03 The influence of previous labour market experiences on subsequent job tenure.  
*Autores:* José María Arranz y Carlos García-Serrano.  
Páginas 48.
- 18/03 Promoting student's effort: standards versus tournaments.  
*Autores:* Pedro Landeras y J. M. Pérez de Villarreal.  
Páginas 44.
- 19/03 Non-employment and subsequent wage losses.  
*Autores:* José María Arranz y Carlos García-Serrano.  
Páginas 52.
- 20/03 La medida de los ingresos públicos en la Agencia Tributaria. Caja, derechos reconocidos y devengo económico.  
*Autores:* Rafael Frutos, Francisco Melis, M.<sup>a</sup> Jesús Pérez de la Ossa y José Luis Ramos.  
Páginas 80.
- 21/03 Tratamiento fiscal de la vivienda y exceso de gravamen.  
*Autor:* Miguel Ángel López García.  
Páginas 44.
- 22/03 Medición del capital humano y análisis de su rendimiento.  
*Autores:* María Arrazola y José de Hevia.  
Páginas 36.
- 23/03 Vivienda, reforma impositiva y coste en bienestar.  
*Autor:* Miguel Ángel López García.  
Páginas 52.
- 24/03 Algunos comentarios sobre la medición del capital humano.  
*Autores:* María Arrazola y José de Hevia.  
Páginas 40.
- 25/03 Exploring the spanish interbank yield curve.  
*Autores:* Leandro Navarro y Enrique M. Quilis.  
Páginas 32.
- 26/03 Redes neuronales y medición de eficiencia: aplicación al servicio de recogida de basuras.  
*Autor:* Francisco J. Delgado Rivero.  
Páginas 60.
- 27/03 Equivalencia ricardiana y tipos de interés.  
*Autores:* Agustín García, Julián Ramajo e Inés Piedraescrita Murillo.  
Páginas 40.
- 28/03 Instrumentos y objetivos de las políticas de apoyo a las PYME en España.  
*Autor:* Antonio Fonfría Mesa.  
Páginas 44.

- 29/03 Análisis de incidencia del gasto público en educación superior: enfoque transversal.  
*Autora:* María Gil Izquierdo.  
Páginas 48.
- 30/03 Rentabilidad social de la inversión pública española en infraestructuras.  
*Autores:* Jaime Alonso-Carrera, María Jesús Freire-Serén y Baltasar Manzano.  
Páginas 44.
- 31/03 Las rentas de capital en Phogue: análisis de su fiabilidad y corrección mediante fusión estadística.  
*Autor:* Fidel Picos Sánchez.  
Páginas 44.
- 32/03 Efecto de los sistemas de rentas mínimas autonómicas sobre la migración interregional.  
*Autora:* María Martínez Torres.  
Páginas 44.
- 33/03 Rentas mínimas autonómicas en España. Su dimensión espacial.  
*Autora:* María Martínez Torres.  
Páginas 76.
- 34/03 Un nuevo examen de las causas del déficit autonómico.  
*Autor:* Santiago Lago Peñas.  
Páginas 52.
- 35/03 Uncertainty and taxpayer compliance.  
*Autores:* Jordi Caballé y Judith Panadés.  
Páginas 44.

## 2004

- 1/04 Una propuesta para la regulación de precios en el sector del agua: el caso español.  
*Autores:* M.<sup>a</sup> Ángeles García Valiñas y Manuel Antonio Muñoz Pérez.  
Páginas 40.
- 2/04 Eficiencia en educación secundaria e *inputs* no controlables: sensibilidad de los resultados ante modelos alternativos.  
*Autores:* José Manuel Cordero Ferrera, Francisco Pedraja Chaparro y Javier Salinas Jiménez.  
Páginas 40.
- 3/04 Los efectos de la política fiscal sobre el ahorro privado: evidencia para la OCDE.  
*Autores:* Montserrat Ferre Carracedo, Agustín García García y Julián Ramajo Hernández.  
Páginas 44.
- 4/04 ¿Qué ha sucedido con la estabilidad del empleo en España? Un análisis desagregado con datos de la EPA: 1987-2003.  
*Autores:* José María Arranz y Carlos García-Serrano.  
Páginas 80.
- 5/04 La seguridad del empleo en España: evidencia con datos de la EPA (1987-2003).  
*Autores:* José María Arranz y Carlos García-Serrano.  
Páginas 72.
- 6/04 La ley de Wagner: un análisis sintético.  
*Autor:* Manuel Jaén García.  
Páginas 60.

- 7/04 La vivienda y la reforma fiscal de 1998: un ejercicio de simulación.  
*Autor:* Miguel Ángel López García.  
Páginas 44.
- 8/04 Modelo dual de IRPF y equidad: un nuevo enfoque teórico y su aplicación al caso español.  
*Autor:* Fidel Picos Sánchez.  
Páginas 44.
- 9/04 Public expenditure dynamics in Spain: a simplified model of its determinants.  
*Autores:* Manuel Jaén García y Luis Palma Martos.  
Páginas 48.
- 10/04 Simulación sobre los hogares españoles de la reforma del IRPF de 2003. Efectos sobre la oferta laboral, recaudación, distribución y bienestar.  
*Autores:* Juan Manuel Castañer Carrasco, Desiderio Romero Jordán y José Félix Sanz Sanz.  
Páginas 56.
- 11/04 Financiación de las Haciendas regionales españolas y experiencia comparada.  
*Autor:* David Cantarero Prieto.  
Páginas 52.
- 12/04 Multidimensional indices of housing deprivation with application to Spain.  
*Autores:* Luis Ayala y Carolina Navarro.  
Páginas 44.
- 13/04 Multiple occurrence of welfare reciprocity: determinants and policy implications.  
*Autores:* Luis Ayala y Magdalena Rodríguez.  
Páginas 52.
- 14/04 Imposición efectiva sobre las rentas laborales en la reforma del impuesto sobre la renta personal (IRPF) de 2003 en España.  
*Autoras:* María Pazos Morán y Teresa Pérez Barrasa.  
Páginas 40.
- 15/04 Factores determinantes de la distribución personal de la renta: un estudio empírico a partir del PHOGUE.  
*Autores:* Marta Pascual y José María Sarabia.  
Páginas 56.
- 16/04 Política familiar, imposición efectiva e incentivos al trabajo en la reforma de la imposición sobre la renta personal (IRPF) de 2003 en España.  
*Autoras:* María Pazos Morán y Teresa Pérez Barrasa.  
Páginas 48.
- 17/04 Efectos del déficit público: evidencia empírica mediante un modelo de panel dinámico para los países de la Unión Europea.  
*Autor:* César Pérez López.  
Páginas 40.
- 18/04 Inequality, poverty and mobility: Choosing income or consumption as welfare indicators.  
*Autores:* Carlos Gradín, Olga Cantó y Coral del Río.  
Páginas 52.
- 19/04 Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario.  
*Autora:* Rosa María Urbanos Garrido.  
Páginas 48.