Vicenç Navarro. Catedrático de Políticas Públicas, Universidad Pompeu Fabra, y profesor de Public Policy. The Johns Hopkins University

Los determinantes del gasto público sanitario

Existe una percepción errónea, ampliamente reproducida en algunos círculos económicos de ámbito liberal y/o conservador, de que España se gasta ya en sanidad lo que le corresponde por el nivel de desarrollo económico que tiene. Esta percepción se basa en los estudios de algunos economistas que han reproducido en sus trabajos una postura que fue dominante en EEUU en los años noventa y que continúa dominando amplios sectores de la cultura económica sanitaria española. Me estoy refiriendo a la tradición conocida como *determinismo económico,* que postula que la variable más importante para explicar el nivel de gasto sanitario en un país es su nivel de riqueza económica, medido por su PIB per cápita. Según tal tesis, a mayor riqueza económica, mayor gasto sanitario. O dicho de otra manera, «cada país se puede gastar lo que su nivel de renta le permite». Para saber, pues, si España se gasta lo que le corresponde, basta con mirar lo que Suecia, por ejemplo, se gastaba cuando tenía el PIB per cápita que España tiene ahora y ver si nos gastamos lo mismo, si nos gastamos más, o si nos gastamos menos. Si el gasto es igual, entonces se concluye que España ya se gasta lo que le corresponde.

Naturalmente, además del PIB per cápita se incluyen otras variables en estos cálculos, tales como la población y estructura demográfica, y el tipo de financiación y organización del sistema sanitario (la clásica distinción de seguros sanitarios versus servicios sanitarios). La inclusión de esta última variable se cree necesaria, pues se asume que los sistemas de aseguramiento público tienen un gasto público mayor que los sistemas nacionales de salud, y puesto que España tiene un servicio nacional de salud, el gasto sanitario debería compararse con países que tienen servicios nacionales de salud.

El determinismo económico como explicación del gasto público ha estado sujeto, sin embargo, a muchas críticas. Una de ellas es que la distinción de seguros versus servicios nacionales de salud se ha estado diluyendo y, sin alcanzar convergencias, nos encontramos que hoy tal tipología está perdiendo valor explicatorio, pues incluso el *National Health Services* de Gran Bretaña, que se considera el prototipo de servicio nacional de salud, ha atravesado tantos cambios que es difícil verlo de la misma manera que cuando se fundó. Por otra parte, EEUU se presenta frecuentemente como el país donde el aseguramiento privado sanitario es el más extenso entre los países desarrollados, olvidando frecuentemente que el gasto público sanitario per cápita en EEUU es mayor que el de varios países que tienen servicios nacionales de salud. Es más, el elevado gasto público per cápita en EEUU tiene poco que ver con el grado de desarrollo económico del país, siendo las variables políticas (y entre ellas el enorme poder de las compañías de seguro privadas, financiadas públicamente, que dominan el Congreso de EEUU) las que explican mejor este elevado gasto. Y por último, no es cierto que los sistemas de salud inviertan menos en sanidad pública que los seguros nacionales de salud. Dinamarca, que se cataloga como un servicio nacional de salud, tiene un gasto público sanitario per cápita -2.463 euros estandarizados- mayor que la mayoría de países que siguen el sistema de aseguramiento: Alemania, 2.291; Francia, 2.362; Austria, 2.412; etc.).

> La crítica más fuerte al determinismo económico es que no tiene en cuenta la enorme importancia de las variables políticas en configurar tanto el tipo de financiación como la gestión de los sistemas sanitarios

Pero más importante que esta crítica es otra de tipo metodológico. Cuando se compara, por ejemplo, el gasto sanitario de España en 2007 con el gasto sanitario de Suecia en, por ejemplo, 1980 (asumiendo que España tiene el PIB per cápita que Suecia tuvo en 1980) no estamos comparando manzanas con manzanas. El nivel de expectativas que el ciudadano español tiene en 2007 es mucho mayor que el nivel de expectativas que el ciudadano sueco tuvo en 1980. Es más, la complejidad de la tecnología y material médico es mucho mayor ahora (tanto en Suecia como en España) que entonces.

Pero la crítica más fuerte que se ha hecho al determinismo económico es que no tiene en cuenta la enorme importancia de las variables políticas (es decir, de la voluntad popular expresada por los partidos pertenecientes a las distintas sensibilidades políticas, así como las relaciones de poder dentro de cada estado) en configurar tanto el tipo de financiación como la gestión de los sistemas sanitarios. La evidencia de tal importancia es abrumadora. Me permito sugerir dos trabajos míos: uno, el artículo *«Why some countries have national health services, others have national health insurance, and the U.S. has neither»* y otro, un volumen editado, titulado *Political and Social Determinants of Health*. Me incomoda algo citar mis trabajos, pero éste es un tema en el que he estado trabajando durante mucho tiempo. En realidad, Cataluña y España son un claro ejemplo de ello. El

El gasto público sanitario per cápita ha crecido más rápidamente en el periodo 2003-2010 que en el periodo comparable del Gobierno de coalición liberal-cristiano-demócrata anterior

gasto público sanitario per cápita ha crecido más rápidamente en el periodo 2003-2010 que en el periodo comparable del Gobierno de coalición liberal-cristiano-demócrata anterior. En general las izquierdas favorecen más el crecimiento del gasto público sanitario que las derechas.

Cuando se utilizan expresiones como que «cada país se gasta lo que su riqueza le permite», hay que ser consciente de que cada uno de los términos utilizados en tal frase es subjetivo, dependiendo su significado de variables políticas y sociales. La misma observación se aplica cuando se utiliza otra expresión semejante de que «España es un país que gasta más de lo que la economía le permite», mostrando las cifras de endeudamiento como prueba de ello. El endeudamiento es, en sí, una variable política. La elevada deuda pública española, por ejemplo, la causó, en parte, la reducción de impuestos que decidieron y llevaron a cabo los Gobiernos españoles, y que imposibilitó el crecimiento del gasto público y reducción del déficit durante la crisis económica. Y así, un largo etcétera.

La importancia de lo dicho es que esta percepción tan generalizada en círculos económicos de que el gasto público es ya el que España debiera gastarse, asume que los graves problemas existentes en la sanidad (que son muchos) se deben a problemas de ineficiencia del sector público, lo cual no se corresponde con la realidad. Ni que decir tiene que el sector público debe mejorar su eficiencia, pero ello no es suficiente. Un indicador del bajo gasto es que el gasto público sanitario en España es sólo el 74% del promedio de la UE-15, cuando el nivel de riqueza (medido por el PIB per cápita) es ya el 93% del promedio de la UE-15. Uno no tiene por qué ser idéntico al otro. Variables como estructura demográfica pueden explicar algunas de estas diferencias (aun cuando la edad de la población española es mayor que la del promedio de la UE-15, con lo cual el gasto sanitario debiera ser mayor). No puede explicarse, pues, este enorme diferencial recurriendo a variables demográficas. La respuesta es que el gasto es excesivamente bajo, más bajo del que nos corresponde por el nivel de riqueza que tenemos. Y esto es lo que no se quiere aceptar. ■

Un indicador del bajo gasto es que el gasto público sanitario en España es sólo el 74% del promedio de la UE-15, cuando el nivel de riqueza es ya el 93% del promedio de la UE-15