Público

LOS RECORTES EN LA SANIDAD PÚBLICA, OTRA VEZ

Vicenç Navarro

Catedrático de Políticas Públicas. Universidad Pompeu Fabra

28 de diciembre de 2012

La sanidad pública española es la menos financiada de la UE-15 (el grupo de países de la Unión Europea que tienen un desarrollo económico similar al de nuestro país). En 2008 (cuando se inició la crisis), se gastaba sólo un 6,5% del PIB, comparado con un 7,3% en el promedio de la UE-15. El bajo gasto sanitario en España explica que tenga también un gasto privado elevado, el más alto de la UE-15. De todo el gasto sanitario español en 2008, el 71,6% era público y el 28,4% era privado (el público era el porcentaje más bajo, y el privado el más elevado de la UE-15). Los recortes en la sanidad pública conllevarán un incremento notable del peso del sector privado cuyo tamaño ya es muy elevado.

Tales datos muestran claramente la falsedad de la postura sostenida por los economistas y políticos conservadores y liberales (en realidad, neoliberales) que justifican los enormes recortes de gasto público sanitario que están ocurriendo en España y en Cataluña con el argumento de que el sector sanitario público está hipertrofiado

y necesita una reducción para sanearlo. Los datos señalan lo opuesto. La sanidad pública en España y en sus CCAA está profundamente subfinanciada.

En realidad, España se gasta en sanidad una cantidad menor de lo que debiera gastarse por su nivel de riqueza. Su PIB per cápita ya es el 94% del PIB per capital promedio de la UE-15. En cambio, su gasto sanitario público per cápita es sólo el 79,5% del gasto sanitario público promedio de la UE-15. Si en lugar de 79,5% fuera el 94%, España se gastaría 13.500 millones de euros más de los que se gasta. No es, pues, tampoco cierto, que España se gaste demasiado o que se gaste más de lo que España puede pagar. En realidad, los recursos existen. Lo que ocurre es que el Estado no los recoge. Y esto es de lo que no se habla ni en los forums mediáticos ni políticos del país. La postura, claramente ideológica, surgida del dogma neoliberal, y reproducida en los medios de mayor difusión, es que la sanidad debe adelgazarse, añadiéndose además (con cierto cinismo) que se necesita reducir tal gasto para "salvarla". Tales recortes están afectando seriamente la calidad de la atención pública sanitaria, generando una mayor demanda por la sanidad privada (objetivo clave pero no explícito en gran parte de estos recortes).

La presión de los mercados financieros como causa de los recortes de gasto sanitario. La falsedad de este argumento

Conscientes de la gran impopularidad de tales recortes, las fuerzas políticas conservadoras y neoliberales que las están imponiendo los justifican con los argumentos de que tienen que

realizarse debido a la presión de los mercados financieros y/o de la Troika (la Comisión Europea, el Banco Central Europeo (BCE) y Fondo Monetario Internacional (FMI) y/o del gobierno Merkel que lidera las propuestas de austeridad de gasto público social en la Eurozona. Por mucho que parezca sorprendente, tal aseveración es errónea y, a la luz de los datos existentes, poco creíble. Un cálculo del tamaño que el Estado (central y autonómico) quiere ahorrarse con tales recortes nos lleva a una cifra de alrededor de 6.000 millones de euros. Pero tal reducción del déficit podría haberse conseguido, no a través de los recortes sanitarios, sino mediante el aumento de impuestos que afectan primordialmente a las rentas superiores, tal como el impuesto de patrimonio (2.100 millones), manteniéndolo en lugar de eliminarlo tal como se ha hecho; el impuesto de sucesiones (2.552 millones), eliminando su reducción aprobada, por cierto, por los partidos que están apoyando los recortes; y el impuesto de las grandes empresas (5.300 millones) que facturan más de 150 millones de euros al año (0,12% de todas las empresas), anulando la bajada de tales impuestos, también aprobada por tales partidos. El hecho de que tales alternativas –la subida de impuestos- hubieran recaído primordialmente en sectores de la población (las clases pudientes), que, aún cuando sean minoritarios, tienen una enorme influencia política, habiendo gozado históricamente de grandes privilegios fiscales, explica que ni siquiera se considere, optando, en cambio, por la reducción del déficit público del Estado mediante recortes del gasto público social que financia el Estado del Bienestar utilizado por la mayoría de la población. Ello señala el poder diferencial que las distintas clases sociales tienen sobre el aparado del Estado, tanto central como autonómico.

Las CCAA no pueden excusar tales recortes en su teórica imposibilidad para generar recursos. Las CCAA tienen autoridad fiscal y pueden introducir impuestos. Así, la Generalitat de Catalunya tiene la potestad para elevar la mayoría de impuestos, incluyendo el IRPF, el impuesto de sucesiones y donaciones, impuestos finalistas, impuestos sobre el patrimonio, y tributos sobre el juego, entre otros, potestad que no ha utilizado para reducir su déficit. En realidad, todos los recortes del déficit de la Generalitat se han basado en recortar los gastos públicos sanitarios (entre otros) sin intentar paliar este efecto, incrementando los impuestos. Ha sido la región de la UE-15 que ha sido más dura, motivo de orgullo de la opción gobernante de la Generalitat, según su portavoz parlamentario Oriol Pujol "En el sur de Europa no hay ninguna institución pública que actúe como lo estamos haciendo en Cataluña. Lo que estamos haciendo desde Cataluña es actuar de faro para todo el sur del Mediterráneo, porque no hay nadie del sur de Europa, ni Grecia, ni Portugal, ni tan siquiera en España, que se esté comportando con el coraje de CiU". (El País, 09.11.11). Una situación un tanto semejante se está produciendo en la comunidad de Madrid.

Aunque la protesta popular ha sido muy intensiva, tal propuesta ha tenido poca repercusión en los medios, incluyendo los medios públicos, siendo un caso claro los medios públicos de la Generalitat, TV3 y Catalunya Ràdio, donde es frecuente ver moderadores de tertulias que cobran 900.000 euros al año, defender la necesidad de que las clases populares se aprieten el cinturón.

Las causas de la subfinanciación de la sanidad pública y de sus recortes

Una causa de este bajo gasto público sanitario es la concentración del poder político y mediático en el 25% de la población española que se resiste a pagar el mismo nivel de impuestos que el promedio de la UE-15 y cree erróneamente que no queda afectada por la pobreza de la sanidad pública al utilizar la privada. Tal visión, sin embargo, es profundamente errónea. La pobreza de la pública les afecta, pues en caso de enfermedad crónica y/o grave, la privada no podrá atenderles y terminarán en la pública. La privada discriminará a favor de los casos leves. Y de ahí el error de creerse que no les afecta. Sí lo hace, y mucho.

La sanidad privada es, en general, mejor que la pública en aspectos importantes para el usuario, tales como el confort (una cama por habitación), menor tiempo de espera, y un tiempo promedio de visita más largo que en la medicina pública. Pero la pública es mejor que la privada en la calidad del personal profesional y asistencial, y en la riqueza de la infraestructura técnica, lo cual explica que en casos que requieran mayor nivel de atención tecnológica, la privada deriva los pacientes a la pública. En realidad, la evidencia de que la calidad de la atención sanitaria en las instituciones públicas o en instituciones sin afán de lucro es mayor que en las instituciones con afán de lucro (es decir, sociedades limitadas que tienen por objetivo maximizar los beneficios) es robusta y abrumadora. En el conflicto calidad de atención versus beneficios, los últimos siempre ganan. De ahí que la mortalidad sea mayor en estos últimos. Esta polarización pública/privada por clase social es

perjudicial para todas las clases, incluyendo las pudientes, que creen erróneamente ver satisfechas sus necesidades en la sanidad privada.

El error de la polarización social que se reproduce en la dicotomía pública versus privada

Lo que el país necesita es una sanidad multiclasista que tenga los atributos de la privada, manteniendo la calidad de la pública. Pero ello requiere un gasto público mayor, obtenido de una mayor recaudación de las rentas superiores. En lugar de seguir este camino, las fuerzas conservadoras y neoliberales están promoviendo políticas que polarizarán todavía más la sanidad española. Mediante la desgravación del aseguramiento sanitario privado están facilitando la privatización de la sanidad y su polarización por clase social. Esta privatización, sin embargo, no sigue la línea tradicional de desarrollo de instituciones privadas como alternativa a las públicas. Hoy, la complejidad y carestía de la medicina no permite establecer centros de financiación privada que alcancen niveles de alta calidad y excelencia. De ahí que la vía a seguir por la privada sea el desarrollar privilegios dentro de la pública. De ello se deduce que se intente dar autonomía financiera a los centros públicos sanitarios para que estos contraten con aseguradoras privadas para el goce de privilegios dentro de la pública. Esta es la estrategia neoliberal que se presenta bajo el argumento de que se necesita dinero, mientras que la alternativa de incrementar los impuestos ni siquiera es tenida en cuenta.

El copago no es la solución

El gran debate en el sistema sanitario se ha centrado en si hay que tener copago o no. La justificación de que es importante hacer el copago de un euro para evitar el abuso del sistema no tiene evidencia que apoye tal argumentación. En primer lugar, pese a que se repite machaconamente que el ciudadano español abusa del sistema público, los datos no lo confirman. El indicador de 9 visitas por año (que contrasta con las 6 visitas del promedio de la UE-15) tiene poco valor para demostrar tal supuesto abuso. En realidad, estas 3 visitas extra son debidas más a la pobre organización del sistema (las necesidades que los médicos firmen partes y documentos que en otros países firman personal administrativo) o a la sub-utilización de la enfermería en España, forzando al médico a realizar tareas que en otros países hacen otros profesionales. El hecho de que el médico tenga que ver muchos pacientes no es tampoco un indicador de tal abuso. Referente a desalentar el supuesto abuso (que no existe), el euro a abonar tendría muy poco impacto desincentivador y únicamente podría tenerlo para los sectores de bajos ingresos que son los que serían más vulnerables a caer enfermos.

¿Cuál es el objetivo del copago? Me parecería lógico que fuera ingresar más dinero al sector sanitario, una necesidad clara en el subfinanciado sistema sanitario español. Pero ahí el punto clave es cómo conseguir este dinero y cuánto, temas que no se discuten. Implementar el copago en el momento del servicio (mientras que se mantienen unos bajos ingresos al Estado a través de impuestos), es hacer recaer la carga en los usuarios en lugar de en todos los ciudadanos. Puesto que las clases populares tienen más posibilidad

de enfermar y utilizar los servicios que las clases pudientes, incrementar el gasto en los usuarios es aumentar todavía más la regresividad en la financiación. De ahí que sería mucho más justo (y con mayor capacidad recaudatoria) que se aumentaran los impuestos, incrementando los impuestos finalistas y/o creando otros nuevos. Es sorprendente que se haya tardado tanto en aumentar los impuestos del tabaco y del alcohol. Pero hay otros impuestos finalistas, como el aprobado en varias provincias en Canadá, en que todos los ciudadanos pagan según su nivel de renta a la sanidad; o sancionar las intervenciones sancionables según su nivel de renta, tal como ocurre en Finlandia, en que las multas de tráfico se pagan según el nivel de renta, pudiéndose dedicar tales recursos a la sanidad; o pedir tres euros por cada vuelo que salga de aeropuertos del país dedicándolo a sanidad, medidas todas ellas que serían altamente populares. El hecho de que no se discutan y en su lugar se centre todo el debate en el copago, es comenzar la casa por el tejado. El mayor incremento de recursos a la sanidad debería proceder de la vía impositiva, impuestos generales y finalistas. Y sólo cuando se hubiera alcanzado un nivel mucho mayor, recurrir al copago. Pero hacerlo al revés, es injusto y una manera de continuar protegiendo a los que no pagan impuestos suficientemente, recargando en el usuario tal déficit fiscal. Todo esto los economistas neoliberales –de los cuales hay una elevada densidad en el área sanitaria- ni siquiera lo entienden y no quieren considerarlo.

Por último, la consideración de que hay que recortar para aumentar la eficiencia del sistema me parece una incoherencia. Si hay despilfarro en el sistema, debe corregirse. Pero asumir que este

despilfarro es generalizado es reproducir el sesgo anti público neoliberal que lleva el debate a discusiones talmúdicas, irrelevantes en lugar de análisis rigurosos y serios basados en evidencia. No hay –repito, no hay- ninguna evidencia de que el sector público sea más ineficiente que el privado, o que tenga más despilfarro. La evidencia existente muestra precisamente lo contrario. Uno de los sistemas sanitarios más ineficientes es el estadounidense, donde la mayoría de la financiación es privada. Es el sistema más caro del mundo, representa ni más ni menos que el 16,7% del PIB norteamericano, y en cambio el 68% de la población está enormemente insatisfecha. ¿Quieren aplicar aquel sistema a España? Cuando estuve trabajando en la Casa Blanca, en el grupo de trabajo liderado por la Sra. Clinton para hacer la reforma del sistema sanitario, pude ver que EEUU, que tiene algunos de los centros sanitarios mejores y más importantes del mundo, tiene en cambio uno de los sistemas sanitarios más ineficientes e insatisfactorios para la población, mostrando el dicho de Max Webber de que la totalidad de un sistema no es la mera suma de sus componentes. Los componentes pueden ser muy buenos y el sistema puede ser muy malo. Y al revés. De ahí que el problema que tenga España no es del sistema (como constantemente se señala), sino de su financiación, además de la necesidad de mejorar sus componentes. Creerse que los recortes mejorarán la situación es un profundo error. Es el triunfo del dogma y de la fe sobre la razón y la evidencia.

La sanidad española es buena (aunque se exagera la valoración positiva que la población hace de ella). No es cierto que es la mejor sanidad del mundo. Las encuestas señalan que la ciudadanía le da un

6,2 en una escala de 0 a 10, lo que quiere decir un aprobado, no un notable y todavía menos un sobresaliente. Es el servicio público mejor valorado. Pero ello no es suficiente. Pero la parte donde está menos valorada por el usuario y el ciudadano, es precisamente en las partes (tales como tiempo de visita y lista de espera) que puedan resolverse más rápidamente con la corrección del enorme déficit del gasto público. Y es en estos sectores donde los recortes están afectando la calidad más rápidamente. El indicador más importante para medir la calidad de un sistema sanitario no son los indicadores de mortalidad (los servicios sanitarios tienen poco que ver con la mortalidad de un país) sino los indicadores de satisfacción y confort del usuario y del profesional. Y ahí estamos todavía muy lejos de donde debiéramos estar. Y las medidas que se están aplicando empeorarán todavía más la situación actual. Los gobiernos socialistas a nivel de España y el gobierno tripartito en Catalunya habían incrementado notablemente los recursos financieros para la sanidad pública, reduciendo el enorme déficit de gasto público sanitario que tiene España. Los recortes actuales aumentaran enormemente este déficit, afectando negativamente el bienestar y calidad de vida de las clases populares de nuestro país, tanto en Catalunya como en el resto de España.

(Este artículo es una versión modificada de un artículo publicado en *El Plural*, el día 14 de noviembre de 2011).