

Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones

Guillem López i Casasnovas

Universitat Pompeu Fabra

Reina confusión sobre cómo interpretar las cifras relativas a nuestro gasto sanitario. Algunos han extendido la percepción de que España gasta poco en sanidad y como consecuencia se ha instalado cierta resistencia en contra de la contención del gasto público, en particular entre los grupos más directamente implicados en el sector de cuidados de la salud, bajo el supuesto de que a ellos ésta no les debe ni puede afectar.

Parte de los equívocos en la valoración proceden de los errores de cálculo y las tergiversaciones generadas al forzar la interpretación de las cifras. Un primer extremo se refiere a si el gasto considerado es el gasto sanitario total o tan sólo el público, al ser distinta la valoración que puede merecer uno u otro, tanto en relación al modo en que se financia como con qué se decide su aplicación. Obviamente, no cabe entonces comparar las medias totales (entre el 9 y el 10% superiores) con el gasto público español.

Entendiendo que nos referimos sólo al gasto sanitario público, el segundo paso es fijar el indicador de referencia, ya sea éste la renta del país, o complementariamente, en términos poblacionales o per cápita. Si su consideración parte desde esta última perspectiva, cabrá añadir un punto menor, soluble, relativo a la moneda con la cual computamos el gasto (sin problemas en la zona euro, no si comparamos datos de EE.UU. o del Reino Unido) y cómo aproximamos su capacidad adquisitiva real (por aquello de que un euro en España compra más asistencia sanitaria que en Alemania, naturalmente). El Eurostat da la pauta en cuanto a la valoración según euros ppp

(*purchasing power parity* o paridad de capacidad adquisitiva), así como otras fuentes estadísticas internacionales realizan la conversión a dólares también con paridad por poder de compra. Comparando así el gasto sanitario público per cápita en términos reales, el diferencial es menor.

Creo que no hace falta ser muy avezado en la cuestión para considerar el PIB como denominador clave de nuestra variable, por aquello sabido de que cada país gasta en salud lo que se puede permitir. Por cierto, siendo éste un punto claramente establecido a nivel internacional, podría interrogarse sobre las razones por las que no se aplica en todo o en parte de las comparaciones entre diferentes CC.AA., dentro del propio Estado español. Sin embargo, tres reflexiones para afinar de qué estamos hablando: (i) El coeficiente varía tanto por el numerador como por el denominador. Baja el PIB y sube el ratio ¿conlleva esto un mejor estado de bienestar? Este tema es similar a juzgar el estado de bienestar valorándolo en términos de gasto social/PIB: las cosas van mal, se hunde el PIB, sube el subsidio de paro y otros gastos de protección social, y se eleva el ratio; ¿a alguien se le puede ocurrir que las familias españolas están mejor? ¿No deberían preferir más empleo, producción y PIB que subsidios públicos?. (ii) Se descontrola el numerador (más recetas, más urgencias, más utilización inadecuada y aumenta el coeficiente; ¿es acaso mejor, como resultado, nuestro sistema de salud? (iii) Si la elasticidad renta es superior a la unidad (cuando crecíamos o creíamos que lo hacíamos gastábamos en proporción más en sanidad), el reconoci-

	Gasto sanitario total				Gasto sanitario público			
	Gasto Sanitario/PIB	Ponderado por población	Gasto sanitario total per capita	Ponderado por población	Gasto sanitario público/PIB	Ponderado por población	Gasto sanitario público per capita	Ponderado por población
España	8,45%		2.671		6,07%		1917	
OCDE	8,39%	8,81%	2.929,7	2860,6	6,39%	6,14%	2.173,4	1.977,3
UE15	9,22%	9,66%	3.300	3189,4	7,08%	7,47%	2.542,6	2.383,0
Seguridad Social	10,31%	10,54%	3.677	3623,8	7,83%	8,14%	2825,6*	2799,2*
SNS	9,09%	8,64%	3352,7	2960,0	7,14%	6,87%	2.718,5	2.362,7

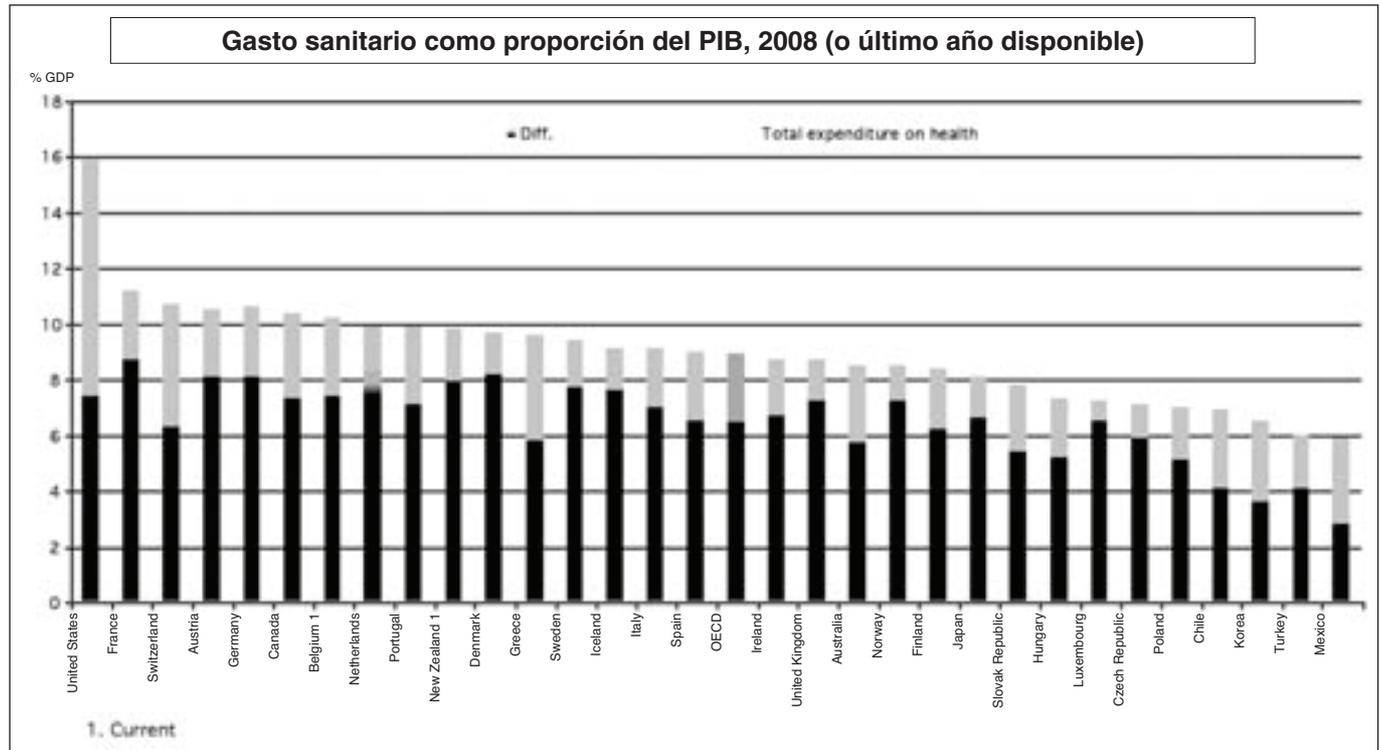
Unidades: US\$, PPP Las medias no incluyen España

*No se incluye Holanda y Bélgica al no disponer de la distribución del gasto para 2007 ni 2006

Fuente: OCDE Health Data 2009, nov. 2009.

	Año	PIB capita	per Gasto sanitario público per capita, US\$ PPP	Gasto sanitario público / PIB
España	2007	31.586	1.917	6,11%
Holanda	2002	31.940	1.769	5,5%
Reino Unido	2004	31.747	2.087	6,6%

Fuente: OECD HEALTH DATA 2009, Nov. 09



miento ya inapelable de que hemos vivido, como ha hecho España, bastante por encima de nuestras posibilidades (endeudamiento externo, déficit exterior muy superior a nuestra producción) ¿no debiera ahora deflactar correspondientemente el ratio Gasto sanitario/PIB más por el lado del numerador que del denominador?

Y finalmente, a partir de ahí, faltaría definir el ámbito de comparación. Decir los países occidentales no es decir mucho, aunque la referencia OCDE domina, por aquello de que existen cifras disponibles cuando menos. Pero esta comparación es tramposa. La media OCDE está muy influida por el peso de sistemas privados tales como Estados Unidos, y en buena parte Japón. De modo que no parece sea lógico aborrecer estos modelos de base aseguradora privada para luego 'aprovecharse' de su mayor gasto para establecer el término de comparación. Uno debiera compararse con los sistemas que se desea emular. Nuestro sistema es de naturaleza pública y en principio es con estos sistemas con los que se ha de comparar. La tradición que ofrece la Europa social, y de nuevo la mayor homogeneidad y comparabilidad de los datos (Eurostat y OCDE), facilita la referencia europea. Toca aquí sin embargo identificar si valoramos la media de la Europa de 10, 15 o 27. Digamos que ni de 27 (no sea que superemos desde ya la media, a la vista de la situación de los nuevos entrantes), ni de 10 (España ni estaba en el primer furgón). 'Gana' entonces la opción de la Europa de 15, aunque fijémonos que la Europa social de los ciudadanos debiera aproximarse por la media ponderada por población y no por simples medias aritméticas en las que un país como Portugal pese tanto como Alemania. ¿Parece lógico, no? Normalmente pese a lo dicho, este no suele ser el caso.

Si cuantificamos valores medios no sobre la base de medias aritméticas sino ponderadas por la población relativa de los países, el gasto sanitario total español es superior a la media OCDE (8.45 vs. 8.39), pero ponderando la media por población, no: 8.45 vs. 8.81. En gasto sanitario público la cifra es prácticamente coincidente una vez ponderamos la muestra por el peso demográfico. Se adjuntan los últimos datos disponibles.

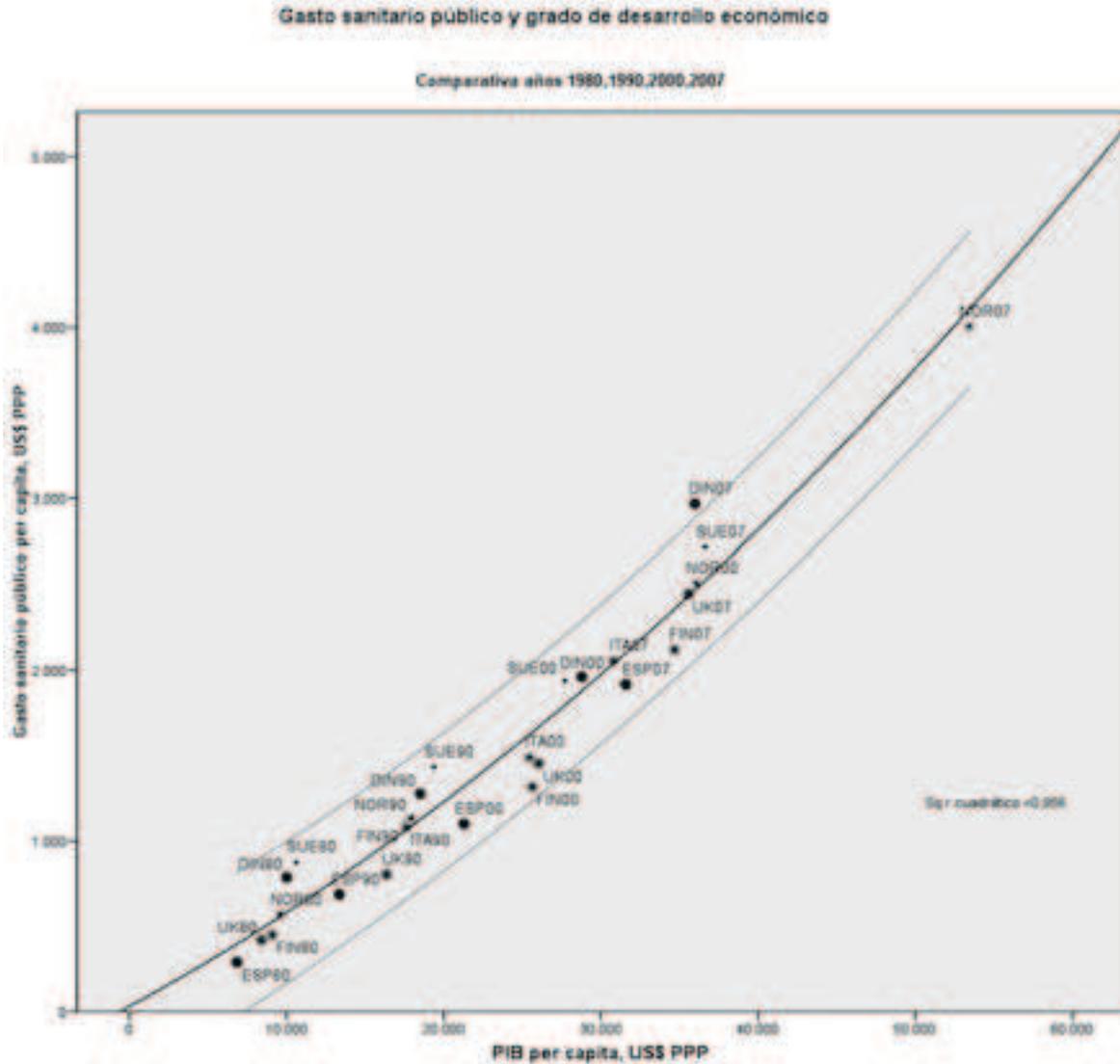
Asimismo, planteando la media europea a 15, surge la cuestión de

con qué lógica comparamos países como Austria, Francia, Alemania, Bélgica, Holanda, todos ellos sistemas de aseguramiento social, con sistemas de salud administrados (tipo National Health Service-NHS), al ser su fenotipo diferente. Es bien sabido que los sistemas de aseguramiento social son más caros pero mantienen cotas más elevadas de satisfacción entre sus ciudadanos (según el Eurobarómetro, el porcentaje de población que valora positivamente la calidad de la asistencia sanitaria en sus respectivos países es, para los países con un sistema de aseguramiento social del 92%, mientras que la media en los sistemas NHS se encuentra en el 82%): menos regulación, más barra libre, sin listas de espera, libre elección... en definitiva, más contenta la población más caro el sistema. Los NHS, más servicio administrado, más racionado, más tiempo de espera, más condicionantes de acceso, 'pedieces'..., pero más barato (mejor coordinación, menos duplicidades, más filtros desde la atención primaria). De nuevo la comparación es algo tramposa. Por lo tanto, uno se debiera comparar con el tipo de sistema público de salud que mejor quiere emular.

Con estas salvedades identificamos pues la referencia europea (aceptemos en esta tradición el NHS británico) para tener un marco concreto: Reino Unido (y variantes nacionales internas), Italia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Suecia... Bajo esta perspectiva la diferencia es máxima si nos comparamos con los sistemas de aseguramiento social: más de dos puntos de PIB tanto en gasto total como en solamente público. Pero si lo relacionamos respecto a los sistemas con Servicios Nacionales de Salud, la diferencia es tan sólo de 8 décimas.

Pero atentos: si habíamos dicho que cada país se gastaba en salud lo que podía permitir su nivel de renta y riqueza, la comparativa relevante es la de cuánto gastaban éstos (Holanda o Reino Unido, por ejemplo), cuando tenían la renta que hoy tiene España. Y con un poco más de inteligencia, ajustando por sus características diferenciales externas (pirámide demográfica y organización territorial cuando menos), refinaremos la comparación.

Y claro, hecha la comparación correctamente, España está muy cer-



ca de aquellos niveles de gasto sanitario público que le corresponden: justito en la 'recta de regresión estadística' que se deriva de una estimación objetivada. Más aún, si asumimos linealidad en la recta de regresión estamos comparando escalares de ratios idénticos, asumiendo que la elasticidad renta del gasto sanitario público es constante, lo cual es contrario al supuesto de elasticidades más altas cuanto mayor renta tiene el país.

Hay más temas relevantes en la comparativa para identificar mejor de qué estamos hablando. Quizás desde la percepción de muchos, debiéramos considerar el gasto neto de la financiación otra que la que corresponda a impuestos, ya que tasas y precios públicos (copagos) ofrecen una racionalidad distinta a dicho gasto público, de la que ofrece un gasto financiado por contribuyentes y no usuarios a través de impuestos generales.

En este contexto, las alternativas son las de aumentar la financiación o mejorar la asignación del gasto. Al respecto cabe apuntar que la mayor eficiencia del gasto no es alternativa sino factor coadyuvante y legitimador de toda exacción fiscal. En el mismo sentido se encontraría la lucha contra el fraude fiscal y el consecuente incremento de la presión fiscal relativa, ya que de nuevo, no se trata de una alternativa sino de un elemento justificante del proceso de elección social del gasto. Fuera de lo anterior se trata de analizar qué tipo de impuestos

(directos/indirectos; sobre rentas de trabajo y de capital, a la vista de los pesos relativos en la recaudación) han de acompañar los aumentos de gasto, a efectos de que la 'dualidad fiscal' imperante sea acompañada por una efectiva redistribución por el lado del gasto. Y por encima de lo que den de sí los ingresos impositivos, queda pendiente un mayor apuntalamiento de los ingresos públicos por el lado de las tasas y los precios públicos.

Reconocido lo anterior, a la vista de la financiación disponible para los objetivos de salud fijados, se trata de conjugar correctamente las políticas que afectan (i) el alcance de la cobertura: a quién se le asignan los derechos y en razón a qué; (ii) el contenido de la cobertura (catálogo de prestaciones en el binomio curar/cuidar), y finalmente (iii) cómo el 'ámbito' de elegibilidad se refleja en la utilización y coste de servicios (frecuentación, contenido de la prestación real media en términos diagnósticos y terapéuticos). Los tres ejes determinan el volumen del gasto bajo tutela pública, y la dinámica de los procesos en cada vector ha de permitir 'moldear' un sistema sanitario de salud, solvente en su capacidad de responder a circunstancias cambiantes, y adaptable a los nuevos retos y necesidades sociales. Mucho más que sostener y consolidar nuestro viejo andamiaje que ha dado tan buenos resultados en el pasado como ofrece dudas en sus capacidades futuras.