

## Debate

## El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública

## The mistake of austerity policies, including cuts, in the national health system

Vicenç Navarro

Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España; Public Policy, The Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 13 de diciembre de 2011

Aceptado el 29 de diciembre de 2011

On-line el 6 de marzo de 2012

Una de las características de la sanidad pública española es su bajo gasto público sanitario, uno de los más bajos de la Unión Europea de los 15 (UE-15, el grupo de países de la Unión Europea de semejante nivel de desarrollo económico al de España). Según Eurostat, en 2008, el primer año de la crisis, España se gastaba sólo un 6,5% de su producto interior bruto (PIB), mientras que el promedio de la UE-15 era del 7,3%. Se llega a la misma conclusión cuando se escoge el gasto público sanitario por habitante: España se sitúa, de nuevo, a la cola de la UE-15<sup>1</sup>.

Soy consciente de que algunos economistas de la salud en España han señalado que en nuestro país se gasta ya en sanidad pública lo que le corresponde por su nivel de desarrollo económico, postura insostenible a la luz de los datos (para ver una crítica de tal postura, véase el artículo de Navarro<sup>2</sup>). En realidad, España se gasta en sanidad pública mucho menos de lo que le corresponde por su nivel de riqueza. Su PIB per cápita es ya el 94% del PIB per cápita promedio de la UE-15. En cambio, su gasto sanitario público per cápita es sólo un 79,5% del gasto sanitario público per cápita del promedio de la UE-15<sup>3</sup>. Si en lugar del 79,5% se gastara el 94%, España se gastaría en su sector sanitario público 13.500 millones de euros más de lo que se gasta. Ni qué decir tiene que el PIB por habitante no es el determinante del gasto público sanitario por habitante, pues muchas otras variables intervienen en configurar tal gasto, desde la estructura demográfica hasta el tipo de organización del sistema sanitario, entre otros. Pero todas las indicaciones permiten llegar a la conclusión de que el gasto público sanitario es más bajo de lo que debería ser por el desarrollo económico que tiene el país. Esta observación es aplicable a todos los servicios públicos del estado del bienestar. El número de personas adultas que trabajan en tales servicios públicos es de los más bajos de la UE-15: sólo un 9%, frente al 15% en la UE-15 y el 25% en Suecia, el país que tiene un mayor desarrollo de su estado del bienestar<sup>4</sup>.

Las causas de este escaso gasto público sanitario son predominantemente políticas: el gran dominio que las fuerzas conservadoras han tenido sobre el estado español a lo largo de su historia, característica que comparte con Grecia y Portugal, los países que tienen también un gran retraso en su gasto público social<sup>5,6</sup>.

**La polarización por clase social del sistema sanitario español**

Esta situación explica que España sea también el país que tiene el mayor porcentaje de gasto sanitario privado de la UE-15. Casi el 30% del gasto sanitario es gasto privado, procedente predominantemente del 20% a 25% de la población que tiene mayor nivel de renta<sup>7</sup>. Ello determina que haya una polarización por clase social del sistema sanitario español, con una sanidad privada que atiende básicamente a los sectores con mayores recursos y una sanidad pública que atiende a las clases populares. Esta polarización es típica de los países donde las fuerzas conservadoras han tenido mayor influencia sobre el estado, tales como el sur de Europa y la mayoría de los países de América Latina.

Este sistema, además de injusto, es altamente ineficiente, pues mientras que la privada es, en general, mejor que la pública por su confort (una cama por habitación), por su mayor tiempo de visita y por una menor lista de espera, en la pública la calidad del personal y la riqueza de la infraestructura son superiores. En los países donde se ha comparado la mortalidad estandarizando las variables que pueden afectarla, esta es mayor en los centros privados (con afán de lucro) que en los públicos<sup>8,9</sup>.

Las políticas públicas que se están proponiendo, con recortes sustanciales de la sanidad pública, acentuarán todavía más la polarización por clase social del sistema sanitario español. Los recortes en el gasto público acelerarán el crecimiento de la sanidad privada, proceso de aceleración que será facilitado por la desgravación del aseguramiento privado, que alcanza su máxima expresión en las propuestas del Conseller de Salut del gobierno de Convergència i Unió en la Generalitat de Cataluña, el Sr. Boi Ruiz, quien ha propuesto el aseguramiento sanitario obligatorio para las rentas superiores, reduciendo el sector público a un sector asistencial de mínimos para las clases populares<sup>10</sup>. Esta dicotomía afectará todavía más negativamente a la inequidad y la ineficiencia del sistema, como ha demostrado la experiencia en Estados Unidos. Ningún otro país se gasta tanto en sanidad y tiene un mayor grado de descontento popular con su sistema sanitario que Estados Unidos, donde el aseguramiento privado está generalizado. Es un tremendo error ir en esta dirección<sup>11</sup>.

**Los recortes acentuarán más la polarización social**

Las insuficiencias del gasto público sanitario se acentuarán con las políticas de recortes que se justifican bajo varios argumentos,

Correo electrónico: vicenc.navarro@upf.edu

ninguno de ellos conceptualmente ni empíricamente sostenible. Es paradójico que algunos economistas aconsejen tales recortes que conllevarán una expansión del aseguramiento privado, argumentando que estimularán la eficiencia «eliminando la grasa». Este argumento ignora, sin embargo, el carácter político de los recortes, que reproducen y acentúan más la desigualdad en la distribución del poder institucional dentro del sector sanitario, pues los grupos más poderosos se defienden mejor de los recortes que los grupos con menos poder. No hay ninguna evidencia de que tales recortes estén mejorando la eficiencia del sistema; antes al contrario, están acentuando todavía más las grandes ineficiencias, consecuencia de la polarización por clase social del sistema sanitario.

Estos recortes van acompañados de una llamada al incremento de los ingresos privados, aumentando todavía más el alto porcentaje que el gasto privado representa sobre el gasto total. Uno de ellos es el copago, que se presenta con frecuencia como una medida moderadora de un supuesto abuso del sistema público por parte del usuario, del cual no hay ninguna evidencia. El hecho de que el usuario español tenga más visitas o más recetas no es un indicador de abuso del sistema por parte del usuario, pues esta mayor utilización se debe a causas administrativas (tener la firma del médico) o a una subutilización del personal de enfermería, entre otros factores. Es más, la utilización y el gasto sanitario vienen determinados en gran manera por el médico, no por el usuario.

El sistema de copago no es equitativo y sería mucho más eficiente, eficaz y equitativo que el pago se hiciera por vía impositiva con una orientación finalista, tal como se ha desarrollado en otros países. La carga fiscal en España es, además de baja, altamente regresiva. Y debería corregirse, añadiendo un componente finalista en la corrección de inequidades fiscales. Las encuestas señalan que, a la vez que gran parte de la población desaprueba los recortes y el copago, hay una amplia aprobación del aumento de los recursos para la sanidad (87% de la población)<sup>12</sup>. En realidad, los fondos que el estado intenta ahorrarse recortando los servicios sanitarios podrían haberse adquirido a base de medidas tales como eliminar la bajada de impuestos a las empresas que facturan más de 150 millones de euros al año (que habrían obtenido 5.300 millones de más) o recuperando el impuesto del patrimonio (2.100 millones de euros), y eliminando la reducción de los impuestos de sucesiones (2.552 millones), o combatiendo el fraude fiscal de las grandes fortunas, de la banca y de las grandes empresas que facturan más de 150 millones de euros al año, consiguiendo 44.000 millones de euros, por citar sólo algunos ejemplos<sup>13</sup>. Los recortes responden a unas coordenadas políticas de poder que se presentan erróneamente como

las únicas alternativas posibles. Sin embargo, los datos muestran que son posibles otras intervenciones si hay voluntad política para ello.

### Contribuciones de autoría

V. Navarro es el único autor del artículo.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Annual government finance statistics. Eurostat. 2011. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/government\\_finance\\_statistics/data/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/government_finance_statistics/data/database)
2. Navarro V. Los determinantes del gasto público sanitario. Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. 2010;128:10–1.
3. Annual government finance statistics, Eurostat (2011). Datos calculados por el Observatorio Social de España. Disponible en: [www.observatoriosocial.org](http://www.observatoriosocial.org)
4. Administraciones Públicas. Banco de datos del Observatorio Social de España. 2011. (Consultado el 15/12/2011.) Disponible en: <http://www.observatoriosocial.org/ose/>
5. Navarro V. El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias. Barcelona: Anagrama; 2006.
6. Navarro V. La situación social en España, Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009.
7. Health Expenditure and Financing. OCDE Stats. 2011. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/data\\_public\\_health/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database)
8. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ. 2002;166:1399–406.
9. Devereaux PJ, Heels-Ansell D, Lacchetti C, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2004;170:1817–24.
10. Cordero D, Pi V. Boi Ruiz plantea pólizas privadas a partir de un nivel de renta. Público, 29 de noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.publico.es/espana/409561/boi-ruiz-plantea-polizas-privadas-a-partir-de-un-nivel-de-renta>
11. Navarro V. Luces y sombras de la reforma sanitaria de Obama. Sistema Digital [serie en Internet]. 2010. (Consultado el 15/12/2011.) Disponible en: <http://www.vnavarro.org/?p=4085>
12. Barómetro de Opinión del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Oct, 2011. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=11904](http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=11904)
13. Navarro V, Torres J, Garzón A. Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar en España. Madrid: Ediciones Sequitur; 2011.