



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
EMPRESARIALES

DEUDA Y SALUD EN ESPAÑA

Autor: Jesús Luis González-Santander Hernández

Director: Santiago Budría Rodríguez

DEUDA Y SALUD EN ESPAÑA

Madrid

Junio de 2018

JESÚS LUIS

GONZÁLEZ

-SANTANDER

HERNÁNDEZ



RESUMEN.

El presente trabajo trata de ser un documento en el que se pretende esgrimir la relación que existe entre la Deuda soberana que afecta a nuestro país y el estado, cada vez más deteriorado, de nuestro Sistema Nacional de Salud.

La crisis económica de 2008 manifestó uno de los problemas endémicos que asola a nuestro país desde entonces, el déficit en la balanza financiera exterior. España se ha convertido en un país cuya Deuda con el resto del mundo supera, e incluso dobla, al montante que se le debe como acreedora. Ante esta situación, el Gobierno se vio obligado por los organismos de la Unión Europea a establecer una serie de recortes en el gasto que derivaron en el deterioro de los servicios básicos públicos: educación, prestaciones por desempleo, sanidad...

Este último ámbito, el de la sanidad, es el que aquí nos atañe y nuestro estudio estadístico realizado posteriormente a una revisión de numerosas publicaciones de expertos que disertan acerca del tema en cuestión, pretende establecer la relación, eminentemente negativa existente entre la falta de recursos financieros estatales y el desgaste que está sufriendo la sanidad pública.

PALABRAS CLAVE.

Deuda soberana – Sistema Nacional de Salud – Crisis económica – Gobierno – Gasto Público en Salud – Sanidad – Estudio estadístico

ABSTRACT.

The present work tries to be a document where it is intended to explain the relation that exists between the sovereign debt that affects our country and the state of our National Health System more and more deteriorated.

The Economic Crisis of 2008 manifested one of the endemic problems that impacts our country since then, the deficit in the external financial balance. Spain became a country whose debt with the rest of the world exceeded, and even doubled, the amount that it was owed as a creditor. Result of this situation, the Government was forced by the European Union authorities to set a series of budgetary cuts that led to the deterioration of public basic services as education, unemployment benefits, health...

The field of health is the one that concerns us here and our statistical study carried out after a review of numerous publications of experts that speak about the subject in question, tries to set the correlation (eminently negative) existing between the lack of state financial resources and the erosion of public health.

KEYWORDS.

Sovereign debt - National Health System - Economic crisis - Government - Public Expenditure on Health - Health - Statistical study.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

RESUMEN.	3
PALABRAS CLAVE.	3
ABSTRACT.	4
KEYWORDS.	4
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.	7
1. INTRODUCCIÓN.	8
1.1. Objetivos del trabajo.	9
1.2. Metodología.	9
1.3. Estado de la cuestión.	10
1.4. Partes principales del Trabajo.	10
2. MARCO TEÓRICO.	12
2.1. Contexto: Origen de la crisis de Deuda pública.	12
2.1.1. La Deuda.	13
2.2. La sanidad como bien común.	15
2.2.1. Garrett Hardin.	15
2.2.2. Elinor Ostrom.	16
2.2.3. Conclusiones.	18
2.3. El Sistema Nacional de Salud en España.	18
2.4. Tendencia hacia la privatización.	19
2.5. Políticas llevadas a cabo por el Gobierno.	22
3. ESTUDIO ESTADÍSTICO.	26
3.1. Objeto del estudio.	26
3.2. Metodología del estudio.	26
3.3. Datos y estudio.	26
3.3.1. Datos.	26

3.3.2. Estudio.....	35
3.4. Resultados.....	39
4. CONCLUSIONES.....	41
5. BIBLIOGRAFÍA.....	43

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1: Tabla del Gasto Público en Salud en España en el periodo 2000-2016..	21
Ilustración 2: Gasto en Salud Privada (% PIB) en España para el periodo 2000-2016..	22
Ilustración 3: Tabla de la Evolución de la Deuda (% PIB) en España para el periodo 2000-2016.....	27
Ilustración 4: Evolución de la Deuda (% PIB) en España.	27
Ilustración 5: Tabla Deuda per cápita (€) en España en el periodo 2000-2016.	28
Ilustración 6: Evolución de la Deuda per cápita (€) en España.....	29
Ilustración 7: Tabla de la variación porcentual de la Deuda en España para el periodo 2000-2016.....	29
Ilustración 8: Evolución de la variación porcentual de la Deuda en España para 2000-2016.....	30
Ilustración 9: Tabla del Gasto Público en Salud (% PIB) en España en el periodo 2000-2016.....	30
Ilustración 10: Evolución del Gasto Público en Salud (% PIB) en España.	31
Ilustración 11: Tabla del Gasto Público en Salud per cápita (€) en el periodo 2000-2016.	32
Ilustración 12: Evolución Gasto Público en Salud per Cápita (€).....	32
Ilustración 13: Tabla de la variación porcentual del Gasto Público en Salud en España para el periodo 2000-2016.....	33
Ilustración 14: Evolución de la variación porcentual del Gasto Público en Salud en España para 2000-2016.....	33
Ilustración 15: Tabla del número de camas en funcionamiento (SNS).	34
Ilustración 16: Evolución del número de camas en funcionamiento (SNS) para el periodo 2009-2015.....	34
Ilustración 17: Relación existente entre la Deuda (% PIB) y el Gasto Público en Salud (% PIB) a partir de 2009.....	36
Ilustración 18: Relación existente entre la Deuda per cápita (€) y el Gasto Público en Salud per cápita (€) a partir de 2009.....	37
Ilustración 19: Relación existente entre la Deuda per cápita (€) y el Gasto Público en Salud per cápita (€) desde 2009 a 2014.	38
Ilustración 20: Relación existente entre la Deuda (% PIB) y el Número de Camas en Funcionamiento (SNS) en España para el periodo 2009-2015.	39

1. INTRODUCCIÓN.

Desde que se originó la grave crisis económica que ha asolado nuestro país durante prácticamente la última década, el estado de la sanidad pública en España se ha ido deteriorando como consecuencia de las estrategias políticas de carácter restrictivo en lo referido a los presupuestos estatales llevadas a cabo para tratar de paliar el déficit de Deuda que trajo consigo la crisis.

Por tanto, podemos hablar de que el problema del déficit de la Deuda pública en España ha traído consigo una serie de políticas por parte del Gobierno que han producido que el Estado del bienestar de España se haya visto damnificado, uno de los principios fundamentales sobre los que descansa la estructura política-social de gran parte de las naciones desarrolladas como es la nuestra.

Uno de los pilares fundamentales de los países que tienen como objetivo lograr el mayor bienestar posible para su población es un sistema nacional de salud que se caracterice por su universalidad y que esté financiado por impuestos de carácter progresivo que han de pagar los ciudadanos. Esto quiere decir que aquellos habitantes que más riqueza poseen paguen impuestos superiores que aquellos que tienen un menor poder adquisitivo, es o menores rentas, pero que de igual forma unos y otros puedan disfrutar y verse beneficiados por los servicios públicos que ofrece el Estado.

Es de sobra conocido por todos los sectores de la sociedad este hecho que estamos introduciendo y se puede apreciar fácilmente con el mero hecho de acudir a un centro público sanitario y ver las interminables colas en medicina general, las habitaciones de hospitales públicos ocupadas con más personas de las que debería o el incesante crecimiento del número de personas que se encuentran en listas de espera para ser operados en cirugía, como se puede apreciar en el hecho de que el tiempo medio de espera para someterse a una cirugía programada no urgente en la sanidad pública casi se ha duplicado en seis años, al situarse en 115 días frente a los 65 días registrados en 2010 (*elEconomista*).

Para finalizar esta introducción, podemos concluir que existe una importante relación entre la creciente Deuda soberana de España y el empeoramiento de su sistema sanitario. Aquí vamos a tratar de averiguar hasta qué punto esto es así.

1.1. Objetivos del trabajo.

El principal objetivo de este trabajo es esclarecer cómo ha afectado la situación de crisis económica y la consecuente deuda en la que incurrió el Estado al Sistema Nacional de Salud y al desembolso llevado a cabo por las administraciones públicas en el mismo.

Es decir, lo que se pretende aquí es aclarar mediante una revisión de la literatura que hemos considerado relevante y un estudio de carácter estadístico que pruebe el vínculo que existe entre la Deuda de España y la disminución del gasto público en dedicado a la sanidad que ha provocado el deterioro de la opinión que tienen los ciudadanos en relación con el servicio público destinado a su salud.

Además, y continuando con este tema, se pretende incidir especialmente en la importancia de poseer un sistema sanitario sólido, que ofrezca un servicio sobresaliente y en el que los ciudadanos tengan confianza, ya que el derecho a la salud para todos los ciudadanos es uno de los principios fundamentales recogidos en la Constitución de 1978 y debe ser considerado como tal para los gobernantes de nuestro país.

1.2. Metodología.

Para la realización y formalización de este trabajo, la metodología llevada a cabo puede dividirse en dos partes.

- Una primera parte, orientada hacia la revisión bibliográfica de numerosos artículos (noticias, ensayos publicados, otros trabajos de fin de grado...) publicados por distintos expertos en deuda y sanidad, desde todos los puntos de vista que existen en el abanico político e ideológico de nuestro país, tratando de analizar y sintetizar en profundidad estas publicaciones con el objetivo de tomar las ideas más importantes de cada texto.

En este apartado la tarea más relevante ha sido la de seleccionar los textos que tenían la suficiente enjundia para ser considerados a la hora de realizar el trabajo.

- En la segunda parte de nuestro trabajo hemos realizado un trabajo de carácter "científico", ya que lo que se pretende aquí es establecer modelos de carácter estadístico que permitan identificar y establecer las relaciones existentes entre la Deuda de nuestro país y la paulatina disminución del gasto público en salud con los problemas sociales que este acarrea.

Aquí lo más importante ha sido tratar de predecir las relaciones existentes entre los datos recopilados y en base a ello intentar establecer modelos que estuvieran en la misma línea.

1.3. Estado de la cuestión.

Cualquiera que esté al tanto de las noticias que inundan los medios cada día y acuda regularmente a centros de salud de carácter público puede darse cuenta del hecho de que la Deuda y el Sistema Nacional de Salud no se encuentran en el mejor momento desde que se iniciara la democracia en España.

Sin embargo y pese a ello, no se ha realizado un trabajo similar a este, en el que se pretendan establecer relaciones entre estos dos ámbitos tan distintos entre sí “por definición”, pero que debido a su dependencia de las administraciones públicas, están fuertemente vinculados como expondremos.

El carácter novedoso de este trabajo también se explica por la elaboración del mismo. Primero se ha tratado de elaborar un marco teórico en el que se dejan entrever las relaciones existentes entre Deuda y Salud, y la importancia de que la salud sea de carácter público, para posteriormente exponer los datos recopilados relativos a estos dos conceptos y esgrimir las relaciones que existen entre ambos.

1.4. Partes principales del Trabajo.

Este trabajo, que como ya hemos mencionado pretende relacionar la elevadísima Deuda soberana que posee España con la situación del sistema sanitario del país, está dividido en cuatro puntos, o separado en cuatro partes.

La primera de ellas es esta, la introducción, donde se explica en qué consistirá el trabajo, los objetivos previstos antes de la realización del mismo, la metodología llevada a cabo para la elaboración, tanto del marco teórico como del estudio estadístico, el estado de la cuestión y las partes principales que componen el documento.

La segunda parte consiste en el marco teórico del trabajo. En este apartado se trata de resumir, sintetizar y analizar toda la literatura que ha sido leída para la realización del trabajo, es decir, se trata de un compendio de conocimientos acerca de la situación en la que se encuentran tanto la Deuda soberana como el Sistema Nacional de Salud Público, con el objetivo de informar acerca de estos dos ámbitos en cuestión y de su posible relación.

En nuestro caso se expone en primer lugar el contexto socio-económico en el que se encontraba España cuando comenzó a crecer la Deuda y a disminuir el gasto público en salud. Se continúa tratando de exponer las diferentes visiones que existen sobre la sanidad como bien de carácter público para tratar de manifestar la importancia que esta tiene en el conjunto de una nación. Después tratamos de mostrar claramente que la situación en la que se encuentra el Sistema Nacional de Salud ha ido agravándose como consecuencia de la crisis económica y de deuda de los últimos años que ha hecho reducir el montante y la cuantía destinada a este servicio público, para finalizar hablando de las tendencias que se están instaurando en nuestro país y las políticas llevadas a cabo por los sucesivos gobiernos para tratar de que el Sistema Nacional de Salud tenga un carácter más sostenible.

El tercer capítulo es el correspondiente al estudio de investigación que hemos llevado a cabo. Se trata de la sección más importante ya que es el fundamento por el cual estamos llevando a cabo la realización del trabajo. En este caso hemos tratado de establecer y definir las relaciones existentes entre el crecimiento de la Deuda soberana de España y la reducción de la partida de gasto que se ha producido en los Presupuestos Generales del Estado en el ámbito de la salud.

Para acabar el trabajo, se expondrán las conclusiones que se han sacado tanto del conjunto de lecturas analizadas como del estudio estadístico realizado, para finalizar exponiendo nuestra opinión acerca del tema tratando de ser lo más objetivos posibles y continuando en la línea de lo mostrado anteriormente.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Contexto: Origen de la crisis de Deuda pública.

En 2008 se originó en el mundo occidental una severa y aguda crisis económica cuyas consecuencias aún son palpables en la actualidad. Pese a que según el Instituto Nacional de Estadística, dependiente de las Administraciones Públicas, esta gran depresión finalizó en 2014, aún siguen persistiendo algunos problemas derivados de la misma.

Partiendo de este punto, podemos afirmar que la economía española sigue tratando de recuperarse y llegar a los valores previos a la crisis, sobre todo en lo referido al mercado laboral, donde el desempleo y los salarios ínfimos así como los contratos laborales de escasa duración son problemas que se extienden a una gran parte de la población española, sobre todo afectando de forma más crítica a los jóvenes.

El germen de esta crisis se focaliza en EEUU ya que la caída del banco estadounidense Lehman Brothers se considera el punto de partida de la crisis, si bien es cierto que previamente habían quebrado otras entidades financieras más pequeñas especializadas en la inversión. La caída de los bancos estadounidenses se produjo sobre todo gracias al elevado grado de apalancamiento que tenían en sus balances estas entidades basándose en hipotecas *subprime*, que eran hipotecas orientadas a clientes de escasa solvencia y con nivel de riesgo de impago muy elevado. Estos productos financieros eran muy atractivos para los bancos ya que el tipo de interés de estos créditos era más elevado que el de los préstamos personales y debido a que estas deudas podían ser vendidas mediante la compra de bonos o titularizaciones de crédito, estas hipotecas subprime eran retiradas de los activos de las entidades financieras, siendo transferidas a fondos de inversiones y planes de pensiones. Además, cabe destacar que la regulación existente para la comercialización de este tipo de productos era muy permisiva con los bancos y solo se veían las ventajas de este tipo de productos.

En 2007 se desató la crisis hipotecaria debido a la elevación de los tipos de interés por parte de la Reserva Federal, lo que provocó el incremento natural de las cuotas de estos créditos, fomentando así el aumento de las tasas de morosidad y el número de ejecuciones.

Esta crisis del sector inmobiliario se trasladó rápidamente a los mercados financieros gracias a la automatización que caracterizaba ya al mercado de valores, a la desinformación de muchos inversores particulares y la liquidez que había existido previamente en los albores del siglo XXI.

Como se podía esperar siendo EEUU el eje económico sobre el que giraba el Mundo Occidental, la crisis económica estadounidense no tardó en traspasar las fronteras de docenas de países. El comienzo de la crisis bursátil en España hizo que muchos de los problemas que estaban anquilosados en la economía se avivaran dando lugar al final de la burbuja inmobiliaria, produciéndose una crisis bancaria en 2010 sin precedentes: se redujeron los créditos y los flujos de inversión en la economía se interrumpieron drásticamente. Además, como consecuencia de todo esto la situación del mercado laboral se transformó en insostenible debido a las elevadas tasas de paro y se iniciaron numerosos movimientos sociales en protesta ante el régimen político y económico establecidos.

En lo referido a la deuda, debido al buen nivel de partida con el que contaba España antes del inicio de la crisis (36% del PIB), el primer impacto que recibió la deuda española relacionado con su deterioro cíclico no alcanzó niveles preocupantes del stock de deuda. Sin embargo, el deterioro constante de la actividad económica del país, los elevados déficits de las distintas administraciones públicas y sobre todo, las ayudas y rescates que se tuvieron que llevar a cabo en el sector financiero, dispararon los niveles de deuda por encima del 100%.

2.1.1. La Deuda.

La unión monetaria (en forma de euro – €) nació con el objetivo fundamental de igualar el coste de financiación de los distintos tesoros de las naciones europeas que componen la UE. Esto suponía que al tener la mayoría de estados una misma moneda, los diferenciales de tipos de interés iban a ser mínimos, residuales. Sin embargo esto no está siendo así. Los elevados diferenciales de prima de riesgo entre unos países y otros se han ido estableciendo para y parece que se van a mantener durante un largo periodo de tiempo. Es decir, en los próximos años no parece que se vaya a producir una convergencia relevante en las condiciones de financiación de los estados.

Las principales causas de todo esto son las distintas posiciones cíclicas en las que se encuentra cada país y, sobre todo, los problemas de fondo de la mayoría de economías, concretamente, el endeudamiento exterior de los países. Así, la prima de riesgo española se mueve actualmente en torno a los 100 puntos básicos pese a que el PIB ha ido incrementándose desde 2015. Otro ejemplo claro es Italia, que pese a estar fuera del Protocolo de Déficit Excesivo, posee una prima de riesgo de 225 puntos básicos.

Algunos expertos afirman que estas diferencias se deben a los altos endeudamientos exteriores que influyen en demasía en la solvencia de las economías, aunque también a factores de naturaleza política. (*Europa G*)

Se extiende la teoría de que existe un “problema de solvencia exterior” en países como Grecia, Portugal o la propia España, ya que el saldo entre lo que España pide prestado al exterior para financiar su economía y lo que las empresas invierten en el extranjero es uno de los más altos de la eurozona, ya que supone un 84% del PIB. Sin embargo otros países del centro y norte de Europa como Holanda, Bélgica o Alemania poseen una deuda exterior neta con un saldo positivo alrededor del 55% y el 75% del PIB, lo que hace que en caso de un nuevo estrangulamiento del crédito como el que se registró hasta 2012, tengan cierta financiación asegurada.

A medida que el Banco Central Europeo vaya normalizando su política monetaria (ya que ahora mismo los tipos de interés están exageradamente bajos), el diferencial tendrá cada vez un coste más elevado para el Tesoro público de los países más afectados por el endeudamiento exterior. (*Josep Oliver*)

En lo que a nosotros nos compete, España está reduciendo de manera muy suave el endeudamiento exterior, lo que haría que con el actual superávit de la balanza de pagos, (alrededor del 2% del PIB) harían falta unos 25 años para alcanzar el nivel de Deuda soberana que los organismos derivados de la Unión Europea consideran favorable para lograr el objetivo de la estabilidad económica, objetivo fundamental para la UE (déficit situado en torno al 30-35% del PIB).

La gran deuda exterior se debe al comportamiento del sector público, ya que como el sector privado llevó a cabo un desendeudamiento excepcional superior a los 500.000 millones de euros en los últimos diez años, el estado en compensación ha hecho lo contrario exactamente (se ha aumentado su deuda en más de esos 500 millones de euros). Esto hace que los pasivos exteriores de España sigan siendo de una gran relevancia, ya que suponen el 237% del PIB, lo que acarrea problemas de liquidez y financiación.

En la actualidad el 52,3% del desequilibrio exterior se debe al sector público, cuando en 2008 apenas representaba el 20,5%, es decir, ha doblado su peso durante la crisis económica. Por el contrario, los bancos han pasado de representar el 48,3% de la deuda externa al 22,7%, lo que significa que el trasvase de deuda se produjo efectivamente de las entidades bancarias y de crédito hacia las arcas del Estado.

Este fuerte endeudamiento público se produjo básicamente en tres etapas:

- La concesión ordinaria de crédito (España absorbió el 55% en el año 2012).
- El respaldo del BCE a través de instrumentos como el LTRO (*Long-term Refinancing Operation*) y TLTRO (*Targeted Longer-term Refinancing Operations*) mediante los cuales la banca llegó a absorber el 28% de esta vía de financiación.
- La compra de activos, de los que España ha recibido una parte proporcionalmente más elevada. El Banco de España, en nombre del Banco Central Europeo, habrá adquirido activos que representan el 21,5% del PIB de España, en torno a 250.000 millones de euros.

2.2. La sanidad como bien común.

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. (*Organización Mundial de la Salud, OMS*).

Como causa del aumento de la esperanza de vida, del problema aún persistente que son las enfermedades crónicas y del coste de nuevas tecnologías sanitarias, la tensión que hay entre los fondos disponibles y los necesarios es constante. Políticamente es un delicado equilibrio que fuerza a los países a tomar decisiones de forma regular sobre qué servicios ofrecer, a quién y con qué coste.

2.2.1. Garrett Hardin.

La tragedia de los comunes, "The Tragedy of Commons" en inglés, de 1968, es un dilema descrito por Garrett Hardin que describe una situación en la cual varios individuos, motivados solo por el interés personal y actuando independiente pero de forma racional, terminan por destruir un recurso compartido limitado (el bien común, en nuestro caso es la sanidad) aunque a ninguno de ellos, ya sea como individuos o en conjunto, les convenga que tal destrucción suceda.

En este estudio, se muestra con claridad el desconocimiento de Hardin acerca de lo que es la propiedad comunal y del papel que juega el egoísmo en el pensamiento de Adam Smith. Hardin repitió las ideas de Lloyd (1833) sin reflexionar el escaso carácter social acerca de estas, preocupado por el crecimiento imparable de la población en un mundo finito y el agotamiento de los recursos naturales.

Hardin supone la existencia de hipotéticos bienes comunales en los que el acceso es libre para cualquier persona y, además, cada uno puede hacer lo que quiera después de acceder. Si bien es cierto que cuestiona de forma acertada el éxito de las soluciones técnicas ante el problema de la escasez de alimentos producida por el crecimiento de la población y la cultura del consumismo excesivo, no tienen sentido sus postulados acerca de la gestión de los recursos de propiedad común. Para él, el problema consiste en que la especie humana es como un rebaño que ya no tiene depredadores, y que puede vivir una felicidad solo transitoria mientras se precipita hacia la superpoblación debido al imparable ritmo de procreación y a que no existe ninguna fuerza en contrapunto capaz de compensar esta retroalimentación reproductora.

Aquí se puede apreciar claramente su ignorancia acerca de lo que son los recursos comunes y del papel creativo que ha desarrollado el ser humano a lo largo de la historia aprendiendo a cooperar para mantener la funcionalidad de estos recursos de propiedad común, si bien menciona brevemente en su obra de 1980, “Nuevas reflexiones acerca de la tragedia de los comunes”, cuestiones más razonables como son la cooperación y la necesidad de una educación para favorecerla.

Las ideas de Hardin son un resultado del “donde y cuando vivió” ya que era un ciudadano de los EEUU de segunda mitad de siglo XX, pero aun así sorprende la escasa curiosidad que tuvo y que le llevó a no investigar otras experiencias positivas en otros países menos desarrollados de América Latina y del continente africano.

2.2.2. Elinor Ostrom.

Ostrom, Premio Nobel de Economía en 2009, por su parte, sigue la línea de investigación de economistas como Ciriacy-Wantrup (1950), que ya habían comprendido que la propiedad comunal nunca ha sido ajena a las normas y reglas que gobernaban la propia comunidad, las cuales han estado basadas siempre en la cooperación entre usuarios, siempre que no tengan que hacer frente a gobiernos represivos y a los intereses privados.

La desaparición casi total en Europa de este tipo de propiedad no se debió a su ineficiencia, sino que la causó la acción de los poderes estatales bajo influencia de intereses privados. Esta situación se puede extrapolar hasta nuestros días, ya que es lo que está ocurriendo en Europa con los derechos sociales y en países de África y América del Sur con las tierras, las cuáles están siendo acaparadas por los gobiernos fraudulentos para ponerlas en manos de grandes compañías extranjeras.

Ostrom desarrolla una investigación con el objetivo de estudiar los diferentes tipos de recursos naturales de propiedad común, en diferentes países, para así comprender las causas que explique el éxito o el fracaso en la gestión de recursos de propiedad común. Para ello, lo primero es distinguir entre el tipo de derecho de propiedad y el tipo de recurso, ya que el mismo tipo de recurso puede gestionarse bajo varias formas de propiedad.

Sus principales fundamentos son dos: la capacidad de aprender a cooperar del ser humano y la “capacidad institucional” o capacidad de generar nuevas reglas (Ostrom, 1990). De hecho, como ella misma indica, aprender a cooperar implica la capacidad de generar nuevas reglas si las anteriores no están dando resultados adecuados. Para ello, es decir, para ver todo esto desde una perspectiva objetiva, es necesario eliminar las dicotomías privado-público, empresa-estado y privatización-intervención estatal, como si estas fueran inamovibles y opuestas entre sí. Además, señala que para el ejercicio de la cooperación son necesarias personas abiertas a la incorporación y consideración de variables que tienen que ver con la situación concreta, ya que la incertidumbre y la complejidad son habituales.

Ostrom va cambiando su forma de ver los recursos de propiedad común (RPC) para verlos como Sistemas Socio-Ecológicos complejos (SSEs), y advierte de que “no hay panaceas de ningún tipo aunque persiste la preferencia por las soluciones simples ante problemas complejos”. Por tanto, afirma que es una lástima que los enfoques colaborativos en los que se requiere de la participación de la comunidad de forma coordinada sean denostados mayoritariamente como “cúralo-todo” (2007).

Quizá el mayor pero en la investigación de Ostrom fue su insistencia en una ciencia robusta dejando de lado la memoria biocultural, el conjunto de saberes no científicos que han servido para apropiarse de los recursos naturales y subsistir a la humanidad durante miles de años. (La agricultura tradicional).

Es decir, no incluye el concepto de “conservación simbiótica” (*B. Nietschmann, 1992*), según el cual la diversidad biológica y la cultural son dependientes y geográficamente coterráneas, siendo un principio clave para la teoría de la conservación y sus aplicaciones, y ha dado como resultado una nueva investigación integradora e interdisciplinaria (*Toledo y Barrera-Bassols, 2008*).

2.2.3. Conclusiones.

A pesar de que, como hemos podido apreciar, las ideas de Ostrom contienen mayor riqueza y capacidad explicativa, aun hoy en día, en la mayoría de manuales de economía se ilustra la Tragedia de los Comunes como una verdad universal, atendiendo a razones puramente de ideología y de incompetencia, tratando de excluir el carácter intrínsecamente social que tienen los bienes comunes.

Por ello, aunque los enunciados que postula Hardin van en contra de la historia, de la economía y de la antropología acerca de lo que se entiende como bienes de propiedad común, y pese a que la investigación de Ostrom muestra una riqueza de situaciones en relación con los conflictos que surgen de esta clase de bienes, así como posibilidades para resolver estas situaciones difíciles basadas en la cooperación y el potencial de las personas para desarrollar instituciones, es decir, nuevas reglas de gestión, la ideología de Hardin facilita la aceptación de la intervención estatal y la privatización por lo que es la más recurrente y conveniente en la mayoría de libros de economía que se encuentran en los centros públicos de educación.

Por último, y para finalizar, hemos de mencionar que esta pérdida de vinculación entre economía y derecho, o entre recursos, propiedad privada y reglas es la que está haciendo que la economía sea una disciplina que transmite un raciocinio que empobrece a las personas tanto de forma intelectual como de forma moral.

2.3. El Sistema Nacional de Salud en España.

El Sistema Nacional de Salud si bien es cierto que tiene predecesores de gran relevancia histórica como el proyecto de Código Sanitario de 1822, la Ley de 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad o la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934, se puede afirmar que como lo conocemos ahora nace en 1986 con la Ley General de Sanidad aprobada por Las Cortes durante el mandato de Felipe González y de la cual hemos querido resaltar lo siguiente:

“[...] para apoyar definitivamente la formulación de la presente Ley General de Sanidad, dos razones de máximo peso, por provenir de nuestra Constitución, que hacen que la reforma del sistema no pueda ya demorarse. La primera es el reconocimiento en el artículo 43 y en el artículo 49 de nuestro texto normativo fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo. La segunda, con mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, es la institucionalización, a partir de las previsiones del título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad [...] La directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente proyecto de Ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud.” (*Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad - «BOE» núm. 102, de 29/04/1986*).

Esto supone que en España se deje de estar preocupados por conseguir el derecho a la salud universal y se pase a estar centrados en la gestión de ese derecho correspondiendo al ascenso de las corrientes de pensamiento del momento. Se trata de conseguir un sistema sanitario universal, de calidad y cuya financiación no suponga un gran problema para los Presupuestos Generales. Este modelo está basado en la prevención y la promoción, que trata de integrar los servicios sanitarios y que tiene una provisión mayoritaria y hegemónicamente pública.

2.4. Tendencia hacia la privatización.

El proceso de privatización que está sufriendo la sanidad en nuestro país no ha sido inesperado ni ha llegado súbitamente, sino que se trata de un proceso que ha durado varios lustros y que ha ido dando pequeños pasos hasta convertirse en lo que es hoy en día.

En 1991 se podría afirmar que comienza esta transformación del sistema sanitario cuando se aprueba el Informe Abril (Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud). Se proponían casi todas las medidas que luego se han ido plasmando a lo largo del tiempo (establecimiento de copagos, empresarización de la provisión sanitaria, ampliar el papel del mercado en el sistema sanitario, favorecer el papel de los seguros y la provisión privada, convertir en personal laboral al personal sanitario...).

Al año siguiente, en 1992 se forma la empresa pública Hospital Costa del Sol en Andalucía, la cual incorpora principios de gestión privada a centros que son de titularidad pública, con personalidad jurídica diferenciada.

El siguiente paso fue la constitución por la Xunta de Galicia de la Fundación del Hospital de Verín en 1995, que es el primer caso de la puesta en marcha de un modelo de gestión privado aprovechando la ley de fundaciones de 1994. Se extendió ampliándose en Galicia, Mallorca, Madrid y La Rioja.

En 1996 se pone en funcionamiento otro experimento privatizador en Atención Primaria. Son las entidades de base asociativa (EBAs, especie de sociedad limitada/cooperativa de médicos que gestionan un centro de salud) y la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, de 1997 (15/97) que pretende dar cobertura legal a este tipo de privatizaciones.

En 1999 se inicia una nueva etapa, la de las concesiones administrativas, modelo por el que una empresa privada construye un hospital de nueva creación que se hace cargo de la atención sanitaria de un área.

Posteriormente la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 1999, incluye la posibilidad de transformar todos los centros sanitarios del INSALUD en Fundaciones Públicas Sanitarias (art.111 de la Ley 50/98). Se dicta el Decreto 29/2000 que establece el Reglamento de las nuevas formas de gestión pero hasta ahora ningún centro sanitario del modelo tradicional se ha transformado en este nuevo modelo de gestión.

El modelo PFI (iniciativa de financiación privada) comienza en Madrid en 2007 y se extiende a otras CCAA (Balears, Castilla y León y Galicia).

En contra de lo que pueda parecer, la sanidad en España está muy lejos de ser totalmente gratuita. El Sistema Nacional de Salud (SNS) como bien es sabido es financiado por los impuestos que se pagan al Estado (IRPF, cotizaciones a la Seguridad Social...). Además de esto, las familias han incrementado de forma drástica su gasto privado directo en salud en 4.980 millones de euros desde 2009 según caía el gasto público en sanidad como consecuencia de los recortes estatales. Casi tres de cada diez euros que se invierten en salud en este país salen ya del bolsillo privado. Además, los agentes sanitarios privados mueven hoy en día más de 1.500 millones de euros en operaciones relacionadas con la sanidad (Seguros médicos y asistencia clínica privados, tratamientos dentales, medicamentos y productos sanitarios de venta libre en las farmacias...).

El incremento del peso que ha sufrido la sanidad privada ha sido resultado de la subida del copago farmacéutico en 2012 y también a las cada vez peores condiciones de calidad y accesibilidad del sistema público durante la crisis, que han hecho que los ciudadanos que puede permitírsele, contraten seguros de salud privados, así como acudan a cada vez un mayor número de clínicas y especialistas privados.

En consecuencia, mientras que la calidad de nuestro personal sanitario se ha mantenido entre las mejores de Europa, es cierto que cada vez, debido a las ineficiencias provocadas en el sistema nacional de salud y a la privatización de la gestión de los servicios sanitarios cada vez menos personas tienen acceso a un sistema sanitario de calidad, por lo tanto se está perdiendo su condición de “universalidad” y la ya mencionada equidad se está poniendo en riesgo mediante medidas como los copagos sanitarios y farmacéuticos, que favorecen a aquel que tiene recursos financieros y no al que realmente necesite atención sanitaria pero no puede pagarla.

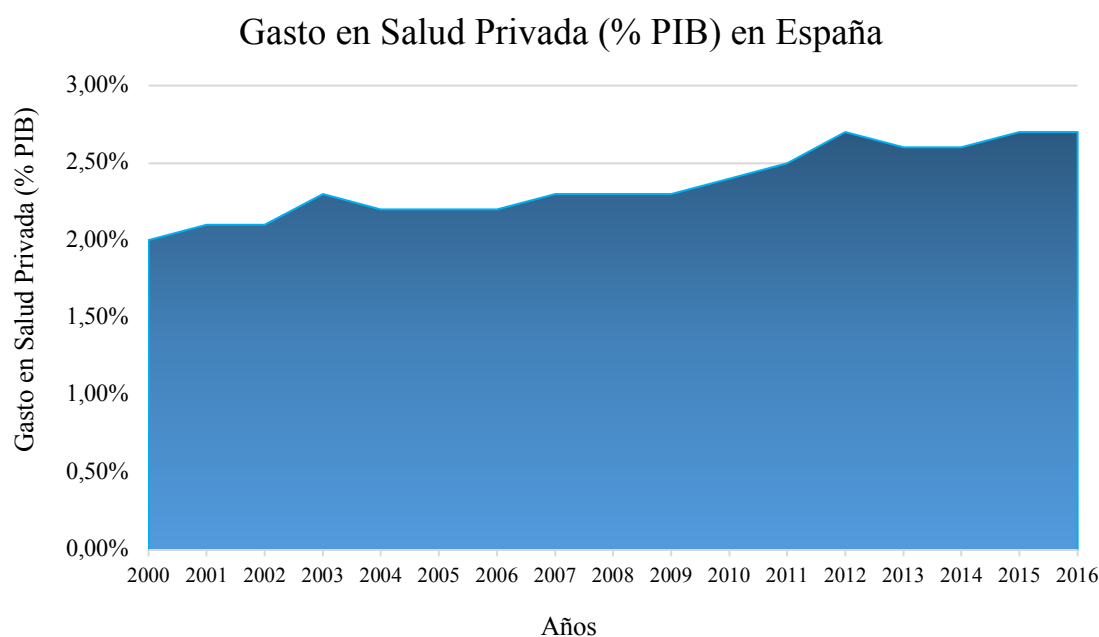
Por otra parte, y contrariamente a lo que algunos medios y corrientes de pensamiento afirman, no existen pruebas empíricas que la gestión privada de los servicios sanitarios conduzca a una mayor eficiencia que la obtenida por la gestión pública de estos. Esta eficiencia dependerá de otra serie de circunstancias independientes del carácter público o privado de la gestión, como es realizar un buen uso del sistema sanitario, desde los consumidores a los burócratas pasando por los profesionales, como podría ser realizar una demanda responsable de este, no recetar medicamentos que luego no son utilizados, revisiones a perpetuidad sin ningún tipo de sentido...

Gasto en Salud Privada (% PIB).

Año	Gasto en Salud Privada (% PIB)	Año	Gasto en Salud Privada (% PIB)
2000	2 %	2009	2,3 %
2001	2,1 %	2010	2,4 %
2002	2,1 %	2011	2,5 %
2003	2,3 %	2012	2,7 %
2004	2,2 %	2013	2,6 %
2005	2,2 %	2014	2,6 %
2006	2,2 %	2015	2,7 %
2007	2,3 %	2016	3,5 %
2008	2,3 %		

Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 1: Tabla del Gasto Público en Salud en España en el periodo 2000-2016.



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 2: Gasto en Salud Privada (% PIB) en España para el periodo 2000-2016.

Se puede observar claramente como España durante los últimos 15 años está sufriendo un periodo de crecimiento lento pero constante del gasto sanitario de carácter privado, lo que indica que los datos que aquí presentamos concuerdan con lo afirmado anteriormente.

2.5. Políticas llevadas a cabo por el Gobierno.

Ante la ya mencionada situación de crisis en la que se vio sumida España a partir de 2008 y el hecho de tener que insuflar dinero en varias entidades de crédito y bancarias por parte del Estado, el gobierno se vio obligado a tomar medidas de carácter restrictivo como fueron los recortes en sanidad pública.

En Enero de 2010 se llevan a cabo las primeras medidas de ajuste del gasto cuando el Gobierno aprobó la actualización del Programa de Estabilidad y Crecimiento con un conjunto de actuaciones de consolidación fiscal que se estructuran en los denominados Plan de Acción Inmediata 2010 y Plan de Austeridad de la Administración General del Estado 2011-2013.

En marzo de 2010 el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) aprueba un “Acuerdo Marco sobre Sostenibilidad de las Finanzas Públicas 2010-2013”, que se renovaría tres meses después, y en el que el Estado se compromete a reducir el déficit público mediante una senda de sujeción de las retribuciones, una estrategia coercitiva en

las ofertas de empleo público y una política de aprovechamiento máximo de los recursos humanos que poseían los entes públicos, en este caso, sanitarios.

De igual forma y como manera de complementar la regla anterior, también en marzo se aprueba un plan de racionalización del gasto farmacéutico por importe de 1.500 millones de euros, a través de una disminución del precio industrial de los medicamentos genéricos y la simplificación del sistema de precios de referencia.

En mayo de 2010, se aprueba el Real Decreto Ley 8/2010, que establece una reducción de la masa prevista para los salarios en un 5 % anual para todas las administraciones públicas. Como consecuencia, desde el 1 de junio de 2010, las retribuciones anuales se reducen en ese porcentaje respecto a las vigentes a 31 de mayo de ese mismo año, para todos los empleados públicos (con la excepción de aquellos que se situaban por debajo de 1,5 veces el salario mínimo interprofesional en jornada completa). También se contemplan medidas para la reducción del gasto farmacéutico: una rebaja del 7,5% en el precio regulado de los medicamentos, tanto en los que se venden en las farmacias como en los que se adquieren en hospitales o centros de atención primaria; y otras medidas de racionalización del consumo y adquisición centralizada de los suministros.

Pese a todas estas medidas, en 2010 aún podemos hablar más de contención del gasto que de reducción, porque a pesar del endurecimiento de los objetivos de déficit, los anticipos del sistema de financiación autonómica creaban una situación de espejismo alejada del desplome que se estaba produciendo en la recaudación. Realmente, en ese primer año se reduce de forma significativa la inversión y se comienzan a notar los primeros recortes en personal, consumos intermedios y administración.

En 2011 continúan los ajustes en lo referido a los gastos de personal, caracterizándose por ser más intensos en atención primaria que en los servicios hospitalarios, pero se produce un aumento del consumo intermedio en los hospitales que hace que el gasto sanitario en producción pública se sitúe en una cifra similar a la que había dos años antes: 43.149 millones en 2011 frente a 43.150 en 2009.

La concertación con el sector privado se ve apenas afectada en este bienio, y únicamente el gasto en la prestación farmacéutica (-8,1 %) y el descenso de la inversión (-33,6 %), colocan el gasto total en 2011 un 1,7 % por debajo del de 2010.

Por tanto, en el bienio 2010-2011, aunque se comienza a preocupar el Estado seriamente del control del gasto sanitario mediante las vías que suponen el gasto de personal y los recortes de inversión y farmacia, el incremento del gasto derivado del consumo intermedio en los hospitales deja las cifras de gasto total tan solo 2,8 puntos porcentuales menos que dos años antes.

Sin embargo, en el bienio 2012-2013 se produce una reducción mucho más notable del gasto sanitario. El Gobierno comandado por el Partido Popular que surge de las elecciones de noviembre de 2011 adopta con rapidez un conjunto de medidas con las que se pretende hacer frente a los problemas de sostenibilidad del gasto público, dentro de las cuales se encuentran los preceptos a seguir también en el sector sanitario.

De acuerdo con lo dispuesto anteriormente, en lo referido a los gastos de personal, se congelan las retribuciones de los empleados públicos en el año 2012 así como la oferta de empleo público, reduciendo al 10 % la tasa de reposición en los centros del sistema nacional de salud y estableciendo severas restricciones a la contratación de personal temporal.

En este bienio también se produce una de las modificaciones que más difusión tuvo en los medios de comunicación por su relevancia en cuanto al carácter que se le confiere a la inmigración en nuestro país. El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, modifica la regulación sobre aseguramiento, excluyendo de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, salvo en los casos de urgencia y embarazos. También se modifican los criterios de aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria (la que se corresponde con las recetas farmacéuticas), incluyendo por primera vez a los pensionistas y vinculándola al nivel de renta.

Unos meses más tarde, el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, suprime la paga extraordinaria de diciembre y algunos de los días de libre disposición para todos los empleados públicos, aumentando asimismo la jornada laboral hasta las 37,5 horas semanales. El 2012 finaliza con la Ley de Presupuestos para 2013, donde viene recogida la nueva congelación de las retribuciones de todo el personal, si bien se restaura la paga extraordinaria de diciembre.

En el bienio 2010/2011 los recortes se producen en remuneraciones de personal (-2,8 % entre los dos años), farmacia (-8,0%) y gastos de capital (-38,4 %). Por su parte, en el bienio 2012/2013 las partidas afectadas fueron las mismas, pero con una mayor intensidad: (-8,4 % en personal, -15,6 % en farmacia y -43,5 % en gastos de capital). En el ámbito de las comunidades autónomas, por su parte, se toman diferentes medidas de contención del gasto que inciden, de forma desigual, en los colectivos de profesionales sanitarios. De esta forma en algunas comunidades se procede a la suspensión de la carrera profesional o la disminución de las retribuciones asociadas a la misma, la minoración de los pagos por horas de guardia o la limitación de los días de formación.

En estos cuatro años de ajuste, las políticas llevadas a cabo por el Gobierno en lo referido a la situación del Gasto Público en Salud, pueden resumirse del modo siguiente: en el bienio 2010-2011 los recortes se producen en remuneraciones de personal (-2,8 % entre los dos años), gasto en farmacia (-8,0 %) y gastos de capital (-38,4 %); mientras que en el bienio 2012-2013, las partidas más afectadas fueron las mismas, pero la intensidad fue mucho mayor: en personal (-8,4 %), en farmacia y prótesis (-15,6 %) y en gastos de capital (-43,5 %).

En resumen, entre los años 2009 y 2013, las administraciones públicas disminuyeron su gasto en 9.022 millones de euros, un recorte que se ha ido suavizando poco a poco durante los últimos tres años, en especial en 2015. Además, el gasto en farmacias se incrementó desde los 3.091 millones de euros de 2009 a los 5.714 millones (45,9 % más) de 2015. El nuevo copago farmacéutico aprobado en 2012, que elevó el porcentaje de aportación de la población activa y fijó un techo de copago a los pensionistas según niveles de renta, se ha dejado sentir en el bolsillo de los ciudadanos al pasar de 732,9 millones de euros en 2011 a 1.182,3 millones en 2013, según datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La aportación privada casi se duplicó durante el periodo al financiar el 12,8 % del gasto en recetas, frente al 6,5 % de 2011.

3. ESTUDIO ESTADÍSTICO.

3.1. Objeto del estudio.

El objetivo primordial de realizar este estudio estadístico es poner de relieve cómo ha afectado la crisis de la Deuda soberana que ha sufrido nuestro país, así como las últimas políticas de recortes llevadas a cabo por el Gobierno en la mayoría de administraciones públicas, al sistema sanitario español y la salud en España. Es decir, con la información de la que se dispone, se ha tratado de establecer relaciones entre los datos estadísticos relacionados con ambas variables (deuda y salud), con el objetivo de tratar de explicar cómo la deuda ha ejercido de instrumento modificador del sector de la salud en España y en qué medida.

3.2. Metodología del estudio.

Para nuestro estudio, hemos utilizado como fuente de información el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la base de datos del Banco Mundial.

Hemos exportado los datos y elaborado una hoja de cálculo de Excel donde hemos incluido diversas variables estadísticas (las que hemos considerado pertinentes), tanto relacionadas con la deuda soberana de España como con la situación del sistema de salud, haciendo hincapié también en su registro histórico con el objetivo de establecer modelos que expliquen de forma clara y concisa lo que está sucediendo en el sistema de salud en España como consecuencia de la crisis de deuda y establecer relaciones entre unas variables y otras.

3.3. Datos y estudio.

3.3.1. Datos.

Para la recopilación de datos hemos de tener en cuenta que solo debemos tomar datos relativos, es decir, no podremos utilizar datos en que hagan referencia a valores totales (Deuda pública total, Gasto público total en salud...) ya que todas estas cifras dependerán de la población que haya en el país, y no sería comparable la Deuda pública total que tenía España cuando en España vivían 40,5 millones de personas en el año 2000, que la Deuda que había en España en 2016 cuando tenía 46,56 millones de habitantes.

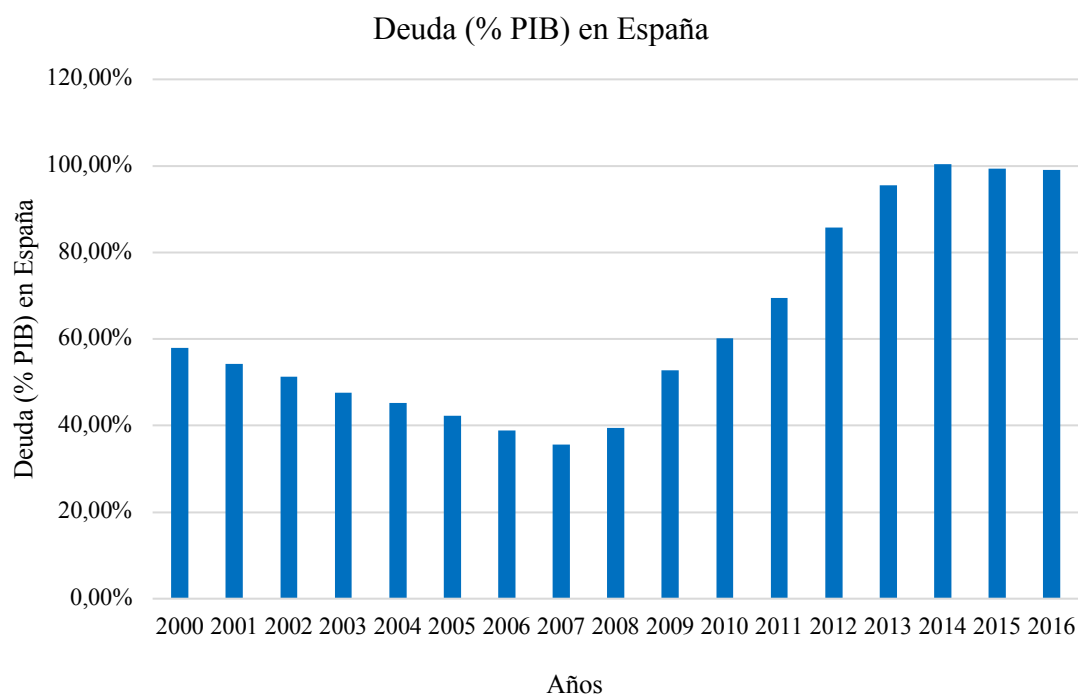
A continuación, expondremos algunos de los datos relacionados con la deuda y la salud pública recogidos para nuestro estudio. Estos datos podrán verse tanto en forma de tabla, como en forma de gráfico, donde se pueden apreciar mejor los efectos que tuvo la crisis económica.

Evolución de la Deuda (% PIB) en España desde el año 2000 hasta 2016.

Año	Deuda (% del PIB)	Año	Deuda (% del PIB)
2000	58 %	2009	52,8 %
2001	54,2 %	2010	60,1 %
2002	51,3 %	2011	69,5 %
2003	47,6 %	2012	85,7 %
2004	45,3 %	2013	95,5 %
2005	42,3 %	2014	100,4 %
2006	38,9 %	2015	99,4 %
2007	35,6 %	2016	99 %
2008	39,5 %		

Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 3: Tabla de la Evolución de la Deuda (% PIB) en España para el periodo 2000-2016.



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 4: Evolución de la Deuda (% PIB) en España.

En este conjunto de datos se puede apreciar perfectamente la forma de “V” que ha sufrido la Deuda en España. Durante los primeros siete años del milenio se observa como cada vez la deuda cómo % PIB es menor, es decir, se producen aumentos del PIB debido a que son años de bonanza económica pero la deuda total prácticamente no varía.

A partir de 2008, llega la crisis económica mundial procedente de EEUU y constataste lo que algunos expertos predecían: Se resquebraja la burbuja en la que se encontraba la economía española y se constata que la situación que se vivían estaba basada en principios que a largo plazo no se podían perpetuar. Como consecuencia del deterioro de la actividad económica, del cada vez mayor gasto que realizan las administraciones públicas, de que cada vez aumenta más el gasto que supone los subsidios por desempleo y el cada vez mayor número de pensionistas, sumados todo a que diversas entidades bancarias tuvieron que ser ayudas o rescatadas por el Gobierno, provocaron que la Deuda que hasta entonces se hallaba en límites controlados, se disparara sobre manera.

Esta etapa de desmedido crecimiento de la Deuda soberana observamos que se ha visto frenada en 2014 y se debe al conjunto de políticas contractivas (de recortes) que ha llevado a cabo el Gobierno del Partido Popular como consecuencia directa de las instrucciones provenientes de la Unión Europea en favor de la disminución de la Deuda de los países miembros.

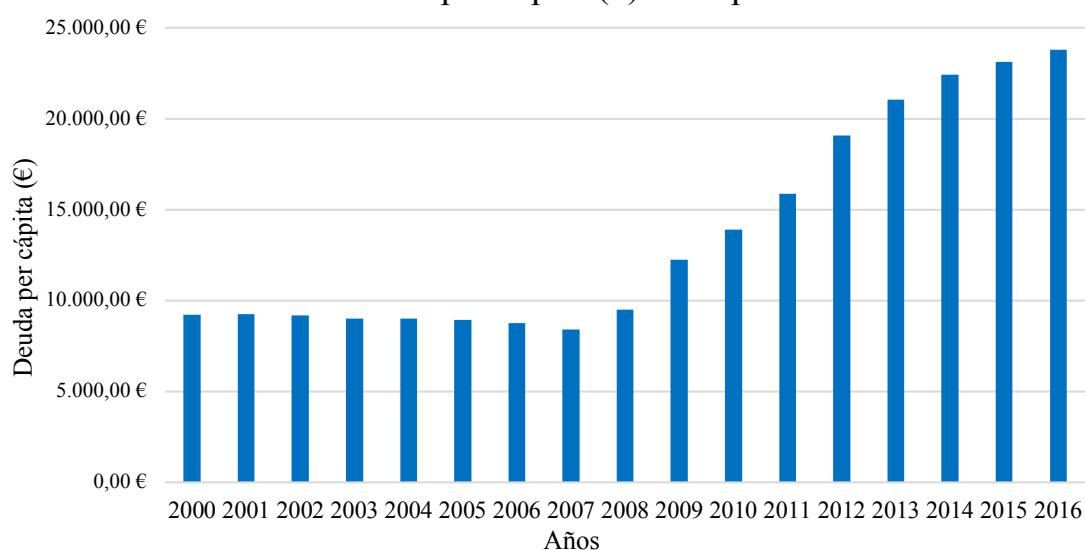
Deuda per cápita (€) en España desde el año 2000 hasta 2016.

Año	Deuda per cápita	Año	Deuda (per cápita)
2000	9.211 €	2009	12.234 €
2001	9.233 €	2010	13.913 €
2002	9.184 €	2011	15.881 €
2003	8.996 €	2012	19.062 €
2004	9.005 €	2013	21.033 €
2005	8.941 €	2014	22.425 €
2006	8.757 €	2015	23.125 €
2007	8.404 €	2016	23.797 €
2008	9.511 €		

Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 5: Tabla Deuda per cápita (€) en España en el periodo 2000-2016.

Deuda per cápita (€) en España



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 6: Evolución de la Deuda per cápita (€) en España.

Esta información como era lógico y cabría esperar, está en consonancia con la información recogida anteriormente. Podemos ver como hasta 2007 la Deuda se encuentra controlada, no superando nunca los 10.000 € por habitante, hasta que en 2008 comienza un periodo de crecimiento que, al contrario que ocurre con el %PIB, sigue aumentando hasta 2016. El hecho de que siga aumentando esta Deuda per cápita se debe a que la Deuda ha seguido creciendo y sin embargo el número de personas que viven en España comenzó a disminuir en 2011 y continúa siendo así desde entonces.

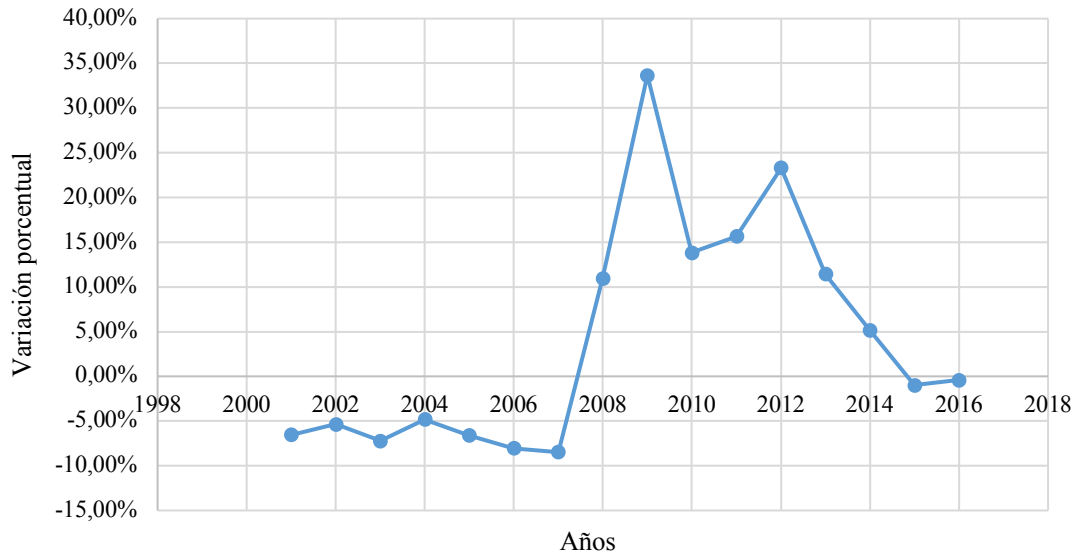
Variación porcentual año tras año de la Deuda (% PIB) en España.

Año	Variación porcentual Deuda (% PIB)	Año	Variación porcentual Deuda (% PIB)
2000	-	2009	33,67 %
2001	-6,55 %	2010	13,83 %
2002	-5,35 %	2011	15,64 %
2003	-7,21 %	2012	23,31 %
2004	-4,83 %	2013	11,44 %
2005	-6,62 %	2014	5,13 %
2006	-8,04 %	2015	-1 %
2007	-8,48 %	2016	-0,4 %
2008	10,96 %		

Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 7: Tabla de la variación porcentual de la Deuda en España para el periodo 2000-2016.

Variación porcentual año a año Deuda (% PIB)



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 8: Evolución de la variación porcentual de la Deuda en España para 2000-2016.

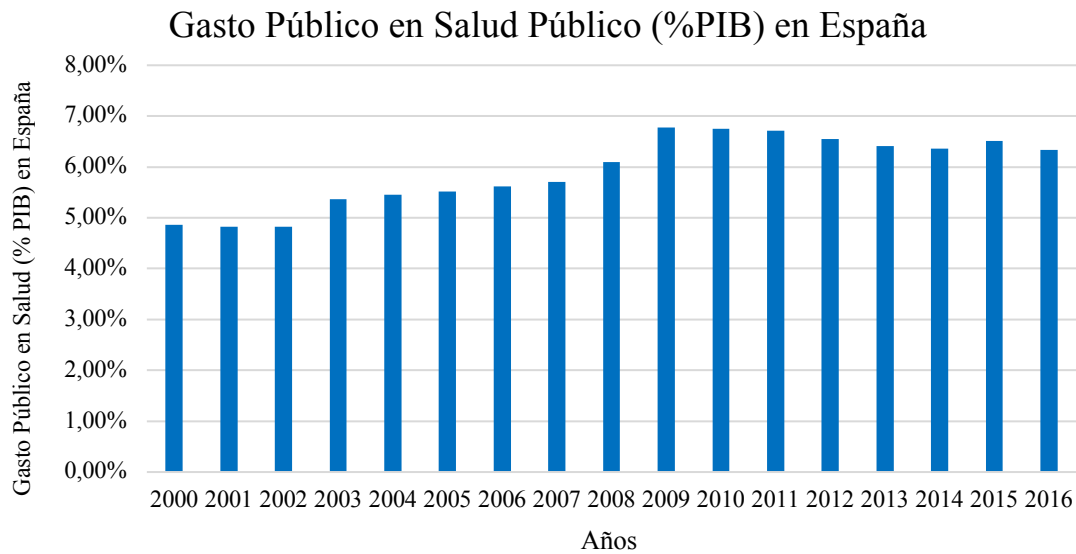
Coincidiendo con lo dicho anteriormente, aquí también podemos observar como hasta el año 2007 la Deuda estuvo controlada, mientras que a partir de ese mismo año comenzó a dispararse y a partir de 2012 este crecimiento de la Deuda ha ido desacelerándose debido a las fuertes políticas de recortes llevadas a cabo por el gobierno (como ya hemos mencionado anteriormente), llegando a disminuir en el año 2015.

Gasto Público en Salud (%PIB) en España desde el año 2000 hasta 2016.

Año	Deuda per cápita	Año	Deuda (per cápita)
2000	4,86 %	2009	6,78 %
2001	4,82 %	2010	6,75 %
2002	4,83 %	2011	6,71 %
2003	5,37 %	2012	6,55 %
2004	5,45 %	2013	6,41 %
2005	5,52 %	2014	6,36 %
2006	5,62 %	2015	6,51 %
2007	5,70 %	2016	6,34 %
2008	6,10 %		

Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 9: Tabla del Gasto Público en Salud (% PIB) en España en el periodo 2000-2016.



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 10: Evolución del Gasto Público en Salud (% PIB) en España.

Centrándonos ahora en el tema de la Salud, en estos primeros datos referidos al Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB apreciamos claramente como el patrón que rige los datos es prácticamente inverso al de antes. Si antes observábamos que la Deuda como porcentaje del PIB seguía un patrón en forma de “V”, aquí podemos observar que sigue un patrón que se asemeja a una “V” invertida.

Las causas de este fenómeno se deben a que en los años de prosperidad económica, y como consecuencia también de la entrada del PSOE en el Gobierno de España, se estableció una política de incremento del Gasto Público en lo relacionado con los servicios públicos, entre los que se encuentra el Sistema Nacional de Salud. Además, este gasto también se vio incrementado debido al incremento paulatino y constante de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, lo que causó que cada vez fuera mayor la demanda de servicios sanitarios.

Como en el caso anterior con la Deuda, la crisis supuso un punto de inflexión en la política previa llevada a cabo en lo referido a las partidas de gasto que suponían los servicios públicos estatales. Se iniciaron una serie de políticas de recortes para tratar de aminorar la Deuda que había surgido como consecuencia principal de las ayudas al sistema bancario y de cajas de ahorro.

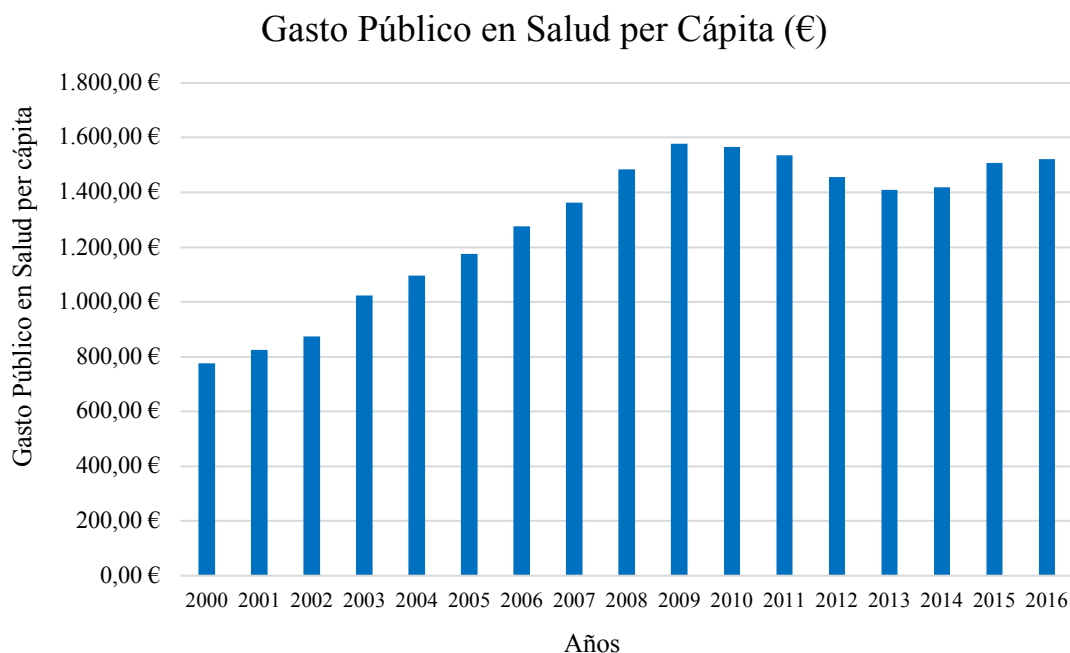
Esto causó que el Gasto Público en Salud supusiera un menor porcentaje respecto del PIB total del país hasta 2014, año en que la situación se comenzó a estabilizar y comenzaron a incrementarse otra vez las partidas de gasto en salud pública.

Gasto Público en Salud per cápita (€).

Año	Gasto Público en Salud per cápita (€)	Año	Gasto Público en Salud per cápita (€)
2000	775 €	2009	1.577 €
2001	825 €	2010	1.566 €
2002	874 €	2011	1.536 €
2003	1.023 €	2012	1.456 €
2004	1.095 €	2013	1.410 €
2005	1.176 €	2014	1.419 €
2006	1.276 €	2015	1.508 €
2007	1.362 €	2016	1.521 €
2008	1.483 €		

Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 11: Tabla del Gasto Público en Salud per cápita (€) en el periodo 2000-2016.



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 12: Evolución Gasto Público en Salud per Cápita (€).

Como ocurría anteriormente, también se aprecia en este caso que el Gasto Público en Salud per cápita sigue una tendencia similar a la que dibuja el Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB. Las causas por tanto podemos deducir que serán las mismas y ponen de relieve el intento de disminuir la Deuda española mediante los recortes, entre otros ámbitos, en el de la salud.

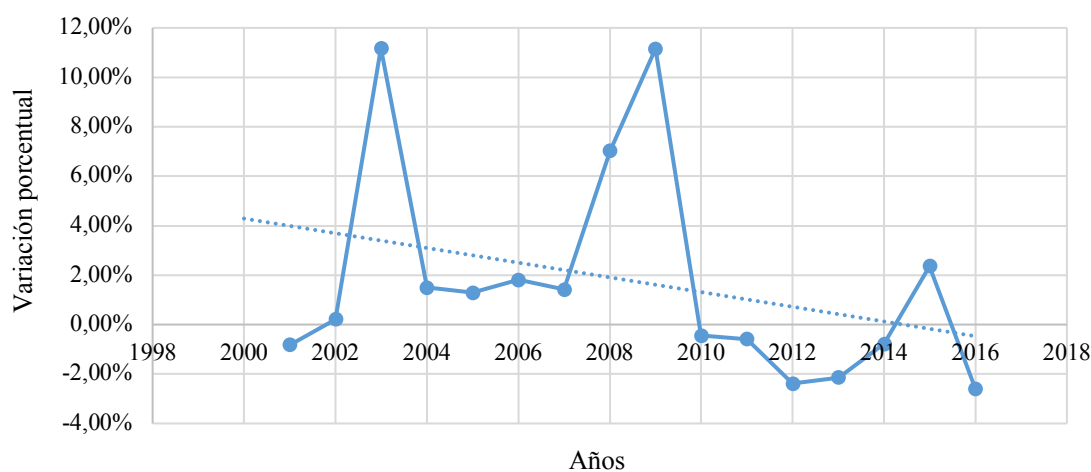
Variación porcentual año tras año del Gasto Público en Salud (% PIB) en España.

Año	Variación porcentual Gasto Público en Salud (% PIB)	Año	Variación porcentual Gasto Público en Salud (% PIB)
2000	-	2009	11,15 %
2001	-0,82 %	2010	-0,44 %
2002	0,21 %	2011	-0,59 %
2003	11,18 %	2012	-2,38 %
2004	1,49 %	2013	-2,14 %
2005	1,28 %	2014	-0,78 %
2006	1,81 %	2015	2,36 %
2007	1,42 %	2016	-2,61 %
2008	7,02 %		

Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 13: Tabla de la variación porcentual del Gasto Público en Salud en España para el periodo 2000-2016.

Variación porcentual año a año Gasto Público en Salud (% PIB)



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 14: Evolución de la variación porcentual del Gasto Público en Salud en España para 2000-2016.

Partiendo del hecho de que no es una gráfica que presente una forma tan regular como lo era la de las variaciones porcentuales que había sufrido la Deuda pública en España, en esta podemos ver cómo sigue una línea de tendencia bajista, pero que sobre todo a partir del año 2009, comienza a incluso decrecer el Gasto Público en Salud por ciudadano, cosa que no había ocurrido desde el año 2001.

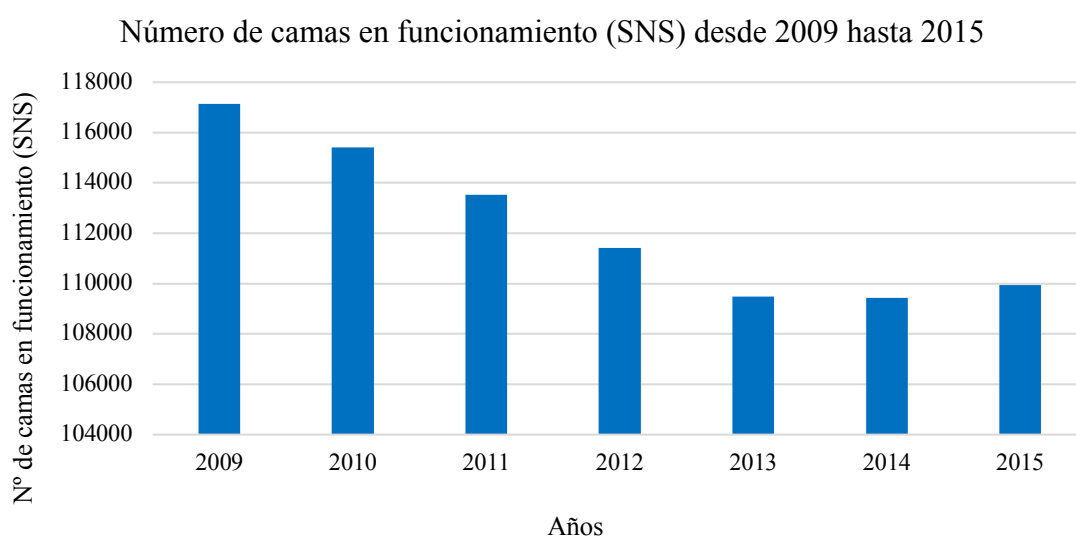
Es decir, durante la crisis llegó a disminuir el Gasto Público en Salud per cápita durante un periodo de cinco años, siendo a partir de 2014, el año en el que el Gobierno trata de impulsar nuevamente el desembolso en el sistema sanitario. Sin embargo las directrices provenientes de la Unión Europea en 2016 (como por ejemplo la orden de eliminar el llama céntimo sanitario: recargo de un céntimo por litro de gasolina vendida para financiar la sanidad) hicieron que el Gasto Público en Salud por habitante volviese a tener una tasa de variación negativa.

Número de camas en funcionamiento (SNS) desde 2009 a 2015.

Año	Número de camas en funcionamiento (SNS)	Año	Número de camas en funcionamiento (SNS)
2009	116.149	2013	109.484
2010	115.418	2014	109.435
2011	113.518	2015	109.948
2012	111.430		

Fuente: Banco Mundial. Elaboración propia.

Ilustración 15: Tabla del número de camas en funcionamiento (SNS).



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 16: Evolución del número de camas en funcionamiento (SNS) para el periodo 2009-2015.

Hemos elegido estos años debido a que hemos encontrado datos anteriores a las camas que estaban en funcionamiento en el Sistema Nacional de Salud, es decir, encontrábamos el número de camas hospitalarias, pero incluían también las camas de hospitales de carácter privado.

Podemos observar que desde que comenzó la crisis y se trasladó a la Deuda soberana, el número de camas hospitalarias que estaban en funcionamiento del Sistema Nacional de Salud fue disminuyendo hasta 2014, año en el que comenzó a incrementarse el número de camas de forma lenta y progresiva conforme el la Deuda comenzó a estancarse y las políticas de austeridad a enfriarse.

3.3.2. Estudio.

En todas estas gráficas podemos ver que se dan dos fenómenos claramente observables, uno en aquellas referidas a la Deuda y otro en aquellas cifras referidas al Gasto Público en Salud.

La Deuda se puede apreciar claramente como tiene prácticamente una forma de V cuyo vértice o cénit se halla en los años de mayor bonanza y crecimiento previos a la crisis, en los que la Deuda se encontraba en niveles cómodos. Por su parte, el Gasto Público en Salud realiza un dibujo contrario. Crece hasta los años de la crisis para después de estallar esta, comenzar a disminuir.

Por tanto, nuestra intención es establecer modelos econométricos que nos permitan establecer qué relación existe entre la Deuda soberana y el Gasto en Salud Público que como es lógico será inversa, y con cuanta fiabilidad podemos afirmar que en España cuando los niveles de deuda están creciendo y son elevados, el Gasto Público en Salud se verá reducido ostensiblemente.

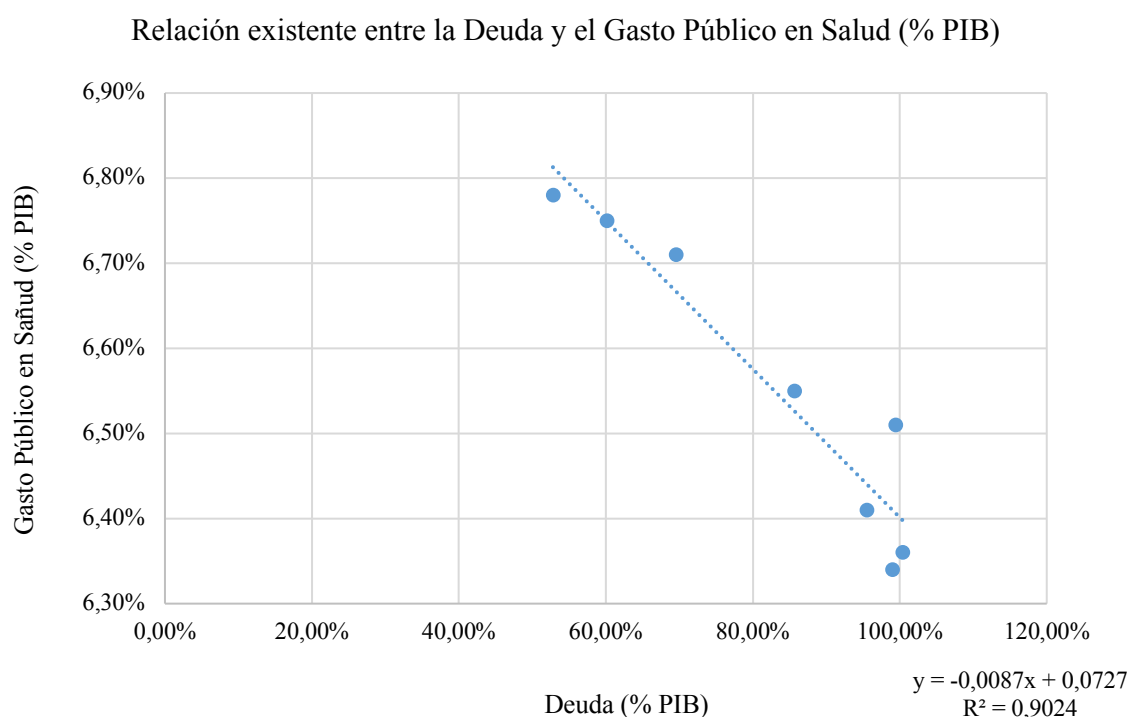
Para ello, hemos tomado datos a partir del año 2009 ya que en este año consideramos que comienzan a notarse los efectos de la crisis en la Deuda en la que tiene que incurrir el Estado para superarla y es cuando empieza a haber ajustes en los Presupuestos Generales del Estado para tratar de paliar este déficit.

Para observar estas relaciones lo que vamos a hacer es extraer rectas de regresión lineal con los datos que hemos seleccionado y observar la pendiente de esta recta así como el coeficiente de correlación lineal (o de Pearson) para constatar la fiabilidad del modelo.

El coeficiente de correlación lineal (o de Pearson) es “una medida de regresión que pretende cuantificar el grado de variación conjunta entre dos variables. Por tanto, es una medida estadística que cuantifica la dependencia lineal entre dos variables, es decir, si se representan en un diagrama de dispersión los valores que toman dos variables, el coeficiente de correlación lineal señalará lo bien o lo mal que el conjunto de puntos representados se aproxima a una recta. De una forma menos coloquial, la podemos definir como el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables.” (*Economipedia*).

Aquí mostraremos algunos de los modelos estadísticos que hemos elaborado para corroborar estos hechos que estamos planteando:

Modelo 1: Relación existente entre la Deuda soberana (% PIB) y el Gasto Público en Salud (% PIB) a partir de 2009.



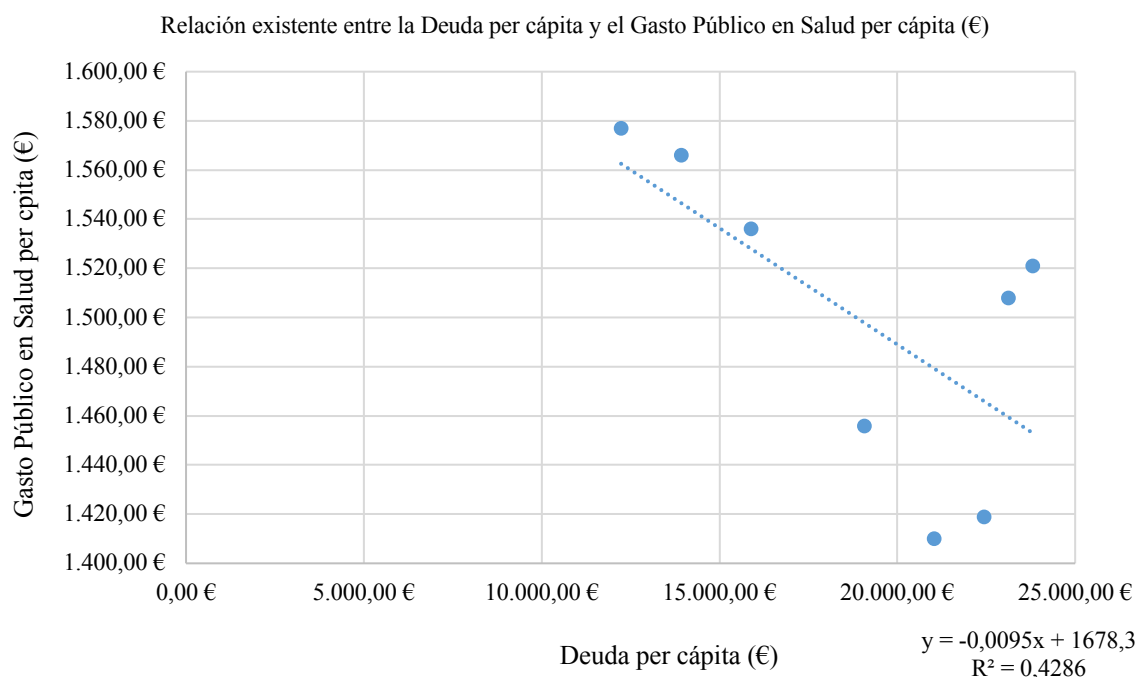
Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 17: Relación existente entre la Deuda (% PIB) y el Gasto Público en Salud (% PIB) a partir de 2009.

Como podemos apreciar claramente en el gráfico existe una correlación negativa fuerte entre la Deuda (% PIB) a partir de ese año y el Gasto Público en Salud que lleva a cabo el país.

Podemos afirmar con rotundidad que es negativa debido a la pendiente de la recta de regresión (-0,0087) y que es fuerte porque el coeficiente de correlación lineal de Pearson es muy elevado ($R^2 = 0,9024$).

Modelo 2: Relación existente entre la Deuda per cápita (€) y el Gasto Público en Salud (€) a partir de 2009.



Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 18: Relación existente entre la Deuda per cápita (€) y el Gasto Público en Salud per cápita (€) a partir de 2009.

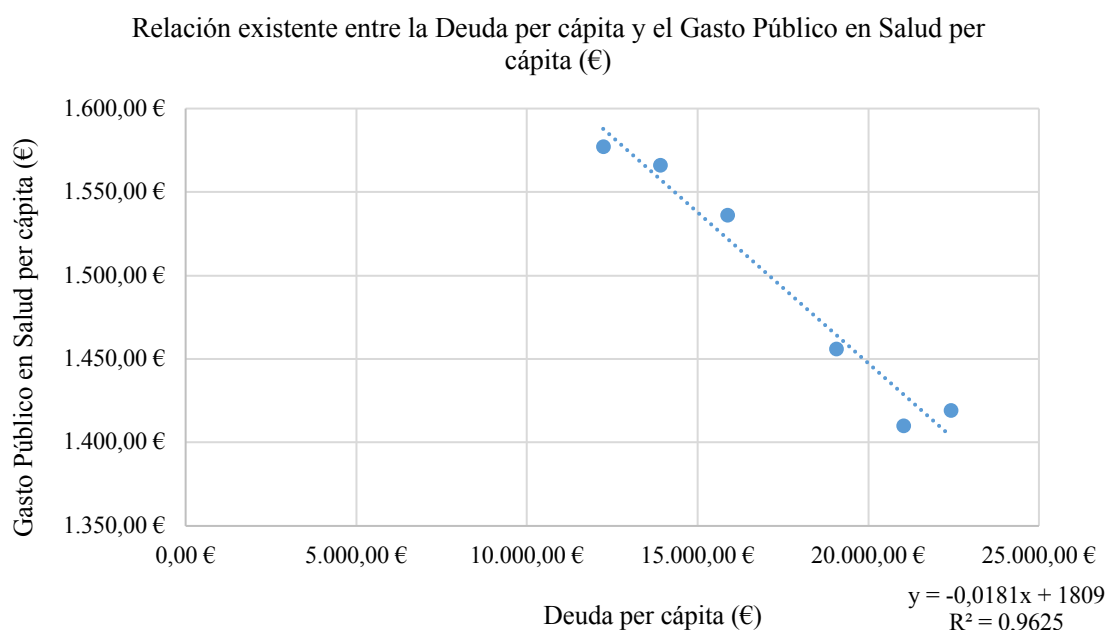
En este modelo si bien también podemos apreciar que la correlación lineal es negativa (Pendiente de la recta de regresión = -0,0095), no es tan fuerte como en el anterior, ya que el Coeficiente de Correlación Lineal es de 0,4286, lo que quiere decir es que esta recta no tiene la fiabilidad de la anterior a la hora de definir esta dispersión.

Sin duda alguna esta disminución de la correlación se debe a que durante los dos últimos años (2015 y 2016), el Gobierno decidió dejar de recortar tanto en el ámbito de la salud y el Gasto en Salud per Cápita se recuperó, eso sí, sin llegar a niveles previos a la crisis, mientras que la Deuda per cápita continuó creciendo pero más lentamente.

Modelo 2.1: Relación existente entre la Deuda per cápita (€) y el Gasto Público en Salud (€) desde 2009 hasta 2014.

En la anterior gráfica hemos podido observar que los puntos correspondientes a los años 2015 y 2016 suponen un problema para la configuración del modelo, así que vamos a seguir con la teoría del Instituto Nacional de Estadística según la cual la crisis finalizó en 2014 y no vamos a tener en cuenta los datos tomados para esos años.

Pues bien, ahora el modelo quedaría representado de la siguiente manera:



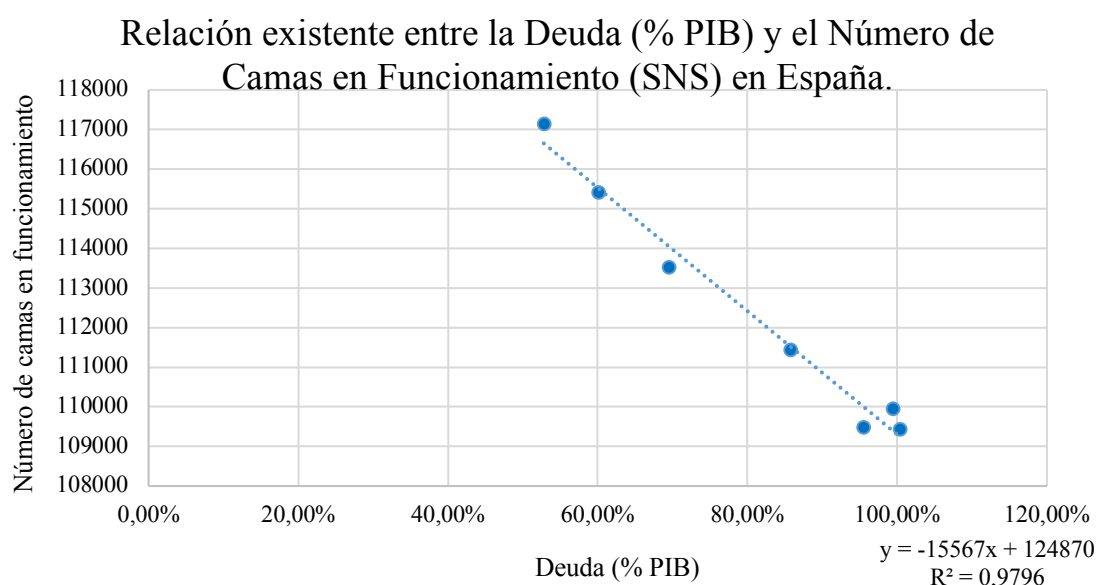
Fuente: INE. Elaboración propia.

Ilustración 19: Relación existente entre la Deuda per cápita (€) y el Gasto Público en Salud per cápita (€) desde 2009 a 2014.

Ahora podemos apreciar claramente como los puntos de la gráfica no se encuentran muy dispersos, si no que dibujan una forma muy similar a la línea de tendencia (recta de regresión) que se esgrime de los datos escogidos.

Como se puede observar ahora sí que la correlación existente es negativa y fuerte. Sigue siendo negativa como en el anterior modelo porque la pendiente de la recta es -0,0181 y en este caso sí que podemos afirmar que es fuerte porque el Coeficiente de Pearson es 0,9625, muy cercano a 1.

Modelo 3: Relación existente entre la Deuda (% PIB) y el Número de Camas en Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.



Fuente: INE y Banco Mundial. Elaboración propia.

Ilustración 20: Relación existente entre la Deuda (% PIB) y el Número de Camas en Funcionamiento (SNS) en España para el periodo 2009-2015.

Como cabría esperar la relación existente entre estas dos variables también es negativa. La pendiente de la recta de regresión así nos lo confirma ya que es -15567. Además, como en los casos anteriores, hemos obtenido un R cuadrado muy elevado (0,9796) lo que nos indica que es un modelo cuyas estimaciones se ajustan bastante bien a la variable real. Aunque técnicamente no es correcto, podríamos decir algo así como que el modelo explica en un 97,96 % a la variable real.

3.4. Resultados.

Entonces y viendo los modelos que hemos realizado anteriormente relacionado Deuda y Gasto Público podemos afirmar que durante la crisis económica, el Gasto Público en Salud ha estado fuertemente relacionado con la Deuda soberana que posee nuestro país.

Los modelos que relaciona la Deuda (% PIB) tanto con el Gasto Público en Salud (% PIB) como con el Número de Camas en Funcionamiento del SNS no tuvieron que sufrir decir, durante la crisis económica, la Deuda (% PIB) explicó perfectamente (casi con un 100% de fiabilidad) lo ocurrido tanto con el Gasto Público en Salud (% PIB) como con el Número de Camas en Funcionamiento que había en el Sistema Nacional de Salud.

En el caso del modelo que relaciona la Deuda per cápita y el Gasto Público en Salud per cápita, el modelo original (teniendo en cuenta los datos desde 2009 hasta 2016) nos muestra que los datos tienen una relación negativa también, pero nos queda un R cuadrado de 0,4286, el cual es un valor muy bajo por lo que el modelo no explicaría tan bien como los anteriores lo ocurrido entre dos variables durante el periodo de crisis. Sin embargo, habiendo observado que los datos correspondientes a 2015 y 2016, años en los que se produce una cierta recuperación en algunas variables económicas, nos decidimos a eliminar estos datos del modelo. Quitando estos dos años, el modelo ahora sí nos da una correlación lineal negativa fuerte ($R^2 = 0,9625$), lo que nos indica que si bien el modelo anterior no explica con total fiabilidad lo ocurrido hasta 2016, este modelo sí que explica lo ocurrido durante el periodo que según el Instituto Nacional de Estadística corresponde a la crisis (2009-2014).

En resumen, podemos afirmar con total rotundidad que durante el periodo de crisis económica la Deuda en la que ha incurrido nuestro país explica perfectamente el deterioro paulatino de los servicios sanitarios. Esto se debe a que este déficit financiero ha hecho que el Gasto Público en Salud haya disminuido, así como por ejemplo, el número de camas en funcionamiento que se encontraban en hospitales del Sistema Nacional de Salud.

4. CONCLUSIONES.

La primera conclusión que podemos extraer de este trabajo es que la Deuda soberana ha influido de sobremanera en la forma de estructurar por parte de los distintos gobiernos la organización político-económica de nuestro país. El Gobierno central, así como las administraciones autonómicas y municipales, han tenido que concentrar todos sus esfuerzos en reducir este déficit presupuestario estructural que existe como consecuencia de la grave crisis económica de 2008.

Ante esta situación y con el objetivo de reducir el déficit, el Gobierno ha tomado numerosas decisiones nada populares que tenían que ver con recortar gastos en el presupuesto dedicado a numerosos servicios de carácter social y público que han hecho que se hayan producido varios episodios de tensiones sociales (Movimiento 15-M, las numerosas huelgas de los trabajadores del Metro de Madrid, las Mareas Blanca del sector sanitario y Verde del sector de la educación...).

Del conjunto de documentos, artículos, trabajos y otros similares que hemos estudiado y tratado de descifrar sus ideas más importantes, se sacan cuatro conclusiones básicas fundamentales:

- El problema de la Deuda en España no fue algo que surgiese de repente, sin causa o motivo aparente, sino que detrás de crecimiento súbito de este déficit se escondían motivos arraigados fuertemente a la estructura económica en la que se sustentaba el país y que tarde o temprano tenían que emerger de alguna forma.
- La sanidad debe ser pública y universal, ya que es un bien y un derecho fundamental debido a que tiene un peso importantísimo en la estructura social de las naciones. Si la sanidad se vuelve cada vez de carácter privativo, muchas personas no tendrían el dinero suficiente para asegurarse, esto haría que las enfermedades se propagasen más fácilmente, además de que el beneficio económico sería el principal objetivo de los entes privados (conflicto con los principios éticos de la medicina). Otros problemas serían la imposibilidad para la mayoría de personas de financiar trasplantes, cirugías complejas...; la pérdida de financiación que sufriría la investigación de tratamientos médicos en sus etapas más tempranas debido a su escaso interés “económico” que suponen o la menor confianza que tiene la gente en la medicina privada en comparación con la pública.

- El proceso de privatización sanitaria que está sufriendo España como consecuencia del colapso de la sanidad pública, hemos podido constatar a través del estudio de los distintos trabajos evaluados de diferentes autores y las distintos datos estadísticos consultados y elaborados, que las privatizaciones sanitarias no son un acontecimiento reciente en el ámbito de nuestro país, sino que viene de tiempo atrás, y no ha sido solo a causa de la crisis económica que estamos sufriendo.
- Como consecuencia de las políticas de recortes, España ha visto como el Sistema Nacional de Salud se veía gravemente afectado y hoy en día se ven claramente los graves problemas a los que debe enfrentarse hoy en día nuestro sistema de salud público señalando que la calidad no es mala, sino las diferencias de equidad, como muestra con las diferencias entre las distintas CCAA, así como la pérdida de su condición de “público” debido a los numerosos recortes que se han producido y el hecho de que hay que tratar de realizar una reforma mediante la reflexión y la unión de esfuerzos por parte de todos los que intervienen en este sistema.

En cuanto al estudio estadístico, como ya hemos señalado anteriormente, no es más que la constatación de que la Deuda ha afectado severamente a la situación del Sistema Nacional de Salud, y como mediante regresiones lineales a partir de los datos que disponemos, podemos llegar a obtener conclusiones muy fiables acerca de lo mucho que ha afectado esta crisis de la balanza financiera exterior al servicio sanitario que se ofrece dentro de nuestras fronteras.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Aguilera Klink, Federico. Septiembre, 2012. *Hardin, Ostrom y los recursos de propiedad común: un desencuentro inevitable y necesario*. Documento Social 165.

Aguilera Klink, Federico. Octubre-Diciembre 1991. *¿La tragedia de la propiedad común o la tragedia de la malinterpretación de la economía?* Agricultura y Sociedad nº 61

Comín Comín, Francisco. 2016. *Las crisis de la deuda soberana en España (1500-2015)*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

Gordo, Luis; Hernández de Cos, Pablo; Pérez García, Javier J. 2013. *La evolución de la deuda pública en España desde el inicio de la crisis*. Banco de España. Boletín Económico. ISSN 0210-3737, Nº. 7-8, págs. 77-95.

World Bank Open Data

Instituto Nacional de Estadística (INE).

Collazo Herrera, Manuel; Cárdenas Rodríguez, Justo; González López, Roxana; Miyar Abreu, Rolando; Gálvez González; Ana María; Cosme Casulo, Jorge. 2002. *La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?* Revista Panamericana de Salud Pública. SciELO.

Diccionario de Sanidad de “ABC”.

Hardin, Garret. *The Tragedy of Commons*. Science. – v. 162, pp. 1243-1248.

Ocón Galilea, Francisco José. *La crisis económica española a partir del 2007*. Grado en Administración y Dirección de Empresas. Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad de La Rioja.

Marqués, Juan. 21/08/2017. *El gasto privado en sanidad toca máximo en el 30% del total*. elEconomista.

Rodríguez Blas, M^a del Carmen; Lillo Fernández de Cuevas, José María. Junio 2017. *Sistema de Cuentas de Salud 2015: Principales resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Martínez, Silvia. 23/11/2017. *Los pacientes pagan el 24% del gasto sanitario total en España*. elPeriodico.

Tamayo Lorenzo, Pedro Antonio; Gimeno Ullastres, Juan Antonio; Rubio Romero, Santiago. *Economía de la Salud: Fundamentos*. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica.

Economipedia.

Muñoz Machado, Santiago. 1995. *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Alianza Editorial. Madrid.

Andbank. 17 de Septiembre de 2014. *¿Qué es el TLTRO?* Banca privada, Claves para invertir.

Sánchez, Carlos. 13/07/2017. *Informe de Europe G sobre el endeudamiento*. El Confidencial.

Delgado, Mar; Gordo, Luis y Martí, Francisco. 2015. *La evolución de la deuda pública en España en 2014*. Dirección General del Servicio de Estudios.

Artells i Herrero, Dr. Joan Josep. *Visión de la crisis de la sanidad pública en España: Análisis Prospectivo Delphi*.

Bandrés, Eduardo y González, Rosa. *La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis*. Cuadernos de Información Económica (248). Septiembre/Octubre.