

El gasto público en servicios de prevención y salud pública en España antes de la COVID-19 (II). Los datos internacionales*

Félix Lobo** y Marta Trapero-Bertran***

Los servicios de salud pública en España —especialmente la vigilancia epidemiológica— se han revelado muy insuficientes para responder a la crisis sanitaria generada por la COVID-19. En este artículo se describe el nivel y la evolución del gasto público español en servicios de Prevención y Salud Pública entre 2002 y 2018 utilizando como fuentes el *Sistema de Cuentas de Salud* de España y la base de datos de salud de la OCDE. Aunque es difícil definir un óptimo, los datos confirman que dicho gasto puede calificarse como reducido. En términos comparativos, España está algo por debajo de la media de los países de la eurozona en gasto monetario por persona, pero prácticamente igual en relación al PIB y al gasto corriente público en sanidad. La evolución de estos gastos en España, creciente antes de la crisis 2008-2013, se quebró entonces, sin que se aprecie en los últimos años ninguna orientación decidida favorable a la prevención y la salud pública.

El objetivo de este artículo es describir el nivel y la evolución del gasto público español en Servicios de Prevención y Salud Pública entre 2002 y 2018 utilizando como fuentes el *Sistema de Cuentas de Salud* de España (Ministerio de Sanidad, 2020a y 2020b) y las *Estadísticas de Salud* de la OCDE (OCDE, 2020a). Gracias a estas podremos hacer comparaciones con otros países europeos. Describiremos brevemente las características de

estas fuentes estadísticas. El análisis confirma que el nivel de gasto en esta función es en España —también en otros países de nuestro entorno— sorprendentemente bajo, dado el cuerpo de evidencia que apunta hacia la eficiencia de muchas medidas de este tipo (Gmeinder, Morgan y Mueller, 2017).

Con este análisis descriptivo pretendemos contribuir al debate sobre si al llegar la pandemia de la

* Agradecemos a los profesores Ildefonso Hernández (Universidad Miguel Hernández) y Fernando Rodríguez Artalejo (Universidad Autónoma de Madrid) sus comentarios y sugerencias. Los posibles errores son responsabilidad de los autores.

** Profesor emérito, Universidad Carlos III de Madrid y Funcas.

*** Profesora titular e investigadora, Universitat Internacional de Catalunya.

COVID-19 estábamos hipotecados por un nivel bajo de gasto público en salud pública (y, más en general, del gasto sanitario público total) y por la contención del gasto sanitario durante la crisis financiera de 2008-2013 y su no recuperación a los niveles previos a dicha crisis aún en 2018. Advertimos que el gasto público en Servicios de Prevención y Salud Pública —como ocurre con todo el gasto sanitario— mide el volumen de recursos dedicados a esta finalidad, pero no los resultados alcanzados, especialmente en términos de salud ganada. Un elevado gasto es compatible con resultados pobres por ineficiencias en su ejecución.

Este artículo es continuación de otro anterior (Trapero-Bertran y Lobo, 2021) en el que nos planteamos objetivos similares, pero con base en la *Estadística del Gasto Sanitario Público* cuya metodología es diferente. Permite realizar análisis y comparaciones desagregados por comunidades autónomas, pero no comparaciones internacionales, por no ajustarse a las normas internacionales de cuentas de salud. En dicho artículo anterior ya tratamos de la importancia de las actividades y servicios de salud pública, que son críticos para dar respuesta a pandemias como la COVID-19; de la conexión entre pandemia y crecimiento económico; y de la tendencia a limitar o recortar el gasto en salud pública en las recesiones económicas. También expusimos cuál es el contenido de la salud pública y ciertas precisiones terminológicas (salud pública, medicina preventiva, asistencia sanitaria individual, sanidad pública).

El plan del artículo es el siguiente. Resumimos primero el *Sistema de Cuentas de Salud (SCS)* español, sus bases metodológicas y su relación con la *Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)* y con las normas OCDE-OMS-Eurostat en esta materia, así como las *Estadísticas de Salud* de la OCDE. En el apartado de métodos exponemos el tipo de comparaciones que vamos a realizar entre las estadísticas nacionales y las internacionales, las tres variables con las que vamos a medir el gasto, la selección de países y las desagregaciones consideradas. En resultados exponemos las diferencias y coincidencias entre las tres estadísticas, los datos nacionales

del SCS más relevantes y los resultantes de la comparación internacional para las tres variables elegidas. El apartado discusión considera las limitaciones del análisis y las dudas y controversias que provoca. Se formulan conclusiones sobre la dimensión del gasto medida con las tres variables, su evolución, comparación internacional y posible significado. También se hacen recomendaciones sobre las bases estadísticas examinadas.

El sistema de cuentas de salud y sus bases metodológicas

Para conocer el gasto público en Servicios de Prevención y Salud Pública en España tenemos tres bases de datos¹: la *Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)*, el *Sistema de Cuentas de la Salud (SCS)* español y las *Estadísticas de Salud* de la OCDE. La segunda y la tercera —que en realidad deberían ser coincidentes porque una nutre a la otra— son las que permiten hacer comparaciones internacionales.

Las características y limitaciones de la *Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)* ya fueron explicadas en el artículo anterior (Trapero-Bertran y Lobo, 2021; Lobo y Trapero-Bertran, 2021); también en Abellán (2013). Recordemos aquí que no desagrega funcionalmente los servicios de salud pública.

El *Sistema de Cuentas de Salud (SCS)* español, se inició en 2003 y también está a cargo del Ministerio de Sanidad. El SCS (*SHA*, por sus siglas en inglés) es una herramienta fundamental para el conocimiento de los sistemas sanitarios. Fue inicialmente desarrollado por la OCDE, a la que después se unieron la OMS y Eurostat. El SCS propone un marco de referencia sistemático desde la perspectiva del gasto para cuantificar los flujos financieros relacionados con la atención de la salud, para fines de análisis tanto internacionales como nacionales (OCDE, Eurostat, Organización Mundial de la Salud, 2014). La primera versión y su *Clasificación Internacional de Cuentas de Salud* por funciones

¹ Una más detenida exposición de esta cuestión puede encontrarse en Lobo y Trapero-Bertran (2021).

(*International Classification for Health Accounts, ICHA-HC*) se elaboró y publicó por la OCDE en 2000 (SHA 1.0)². El SCS español hasta el presente sigue la metodología de esta primera versión. Así, sigue utilizando el término de “Servicios de prevención y de salud pública” (véase la publicación anual en papel con los principales resultados cuantitativos, por ejemplo, Ministerio de Sanidad, 2020c). La desagregación funcional que presenta se muestra en el apéndice que nos sirve para entender el contenido de esta función. También detalla proveedor y financiador público o privado.

El SCS español no contiene desagregaciones territoriales que permitan comparaciones entre comunidades autónomas. Recordemos que la *EGSP* sí permite estas comparaciones, pero sólo del gasto total en Prevención y Salud Pública y no con mayor detalle.

El SCS recoge de la *EGSP* las mismas cifras de gasto público. Pero las dos estadísticas se distinguen en aspectos importantes. El SCS —a diferencia de la *EGSP*— recoge el gasto privado y, además, considera incluidos en el gasto sanitario los cuidados de larga duración y atención sociosanitaria (definidos según las normas OCDE, Eurostat y OMS de 2011, de forma bastante amplia). En cambio, los gastos de inversión y formación sanitaria ejecutados por el sector público son incluidos por la *EGSP* y excluidos por el SCS (Relaño Toledano, 2007). Por ello, hay una diferencia sistemática en la valoración del gasto sanitario agregado público —y nacional— entre la *EGSP* y el SCS, de modo que la del segundo siempre es superior a la de la primera. Además, como veremos enseguida, al no seguir las normas OCDE-OMS-Eurostat la *EGSP* infravalora los gastos de Prevención y Salud Pública en cuantía sustancial por una cuestión de clasificación. Es la estimación del SCS español la que debe considerarse más adecuada.

La tercera base de datos para conocer el gasto sanitario, y en particular el gasto público en servicios de Prevención y Salud Pública en España, son las estadísticas de salud de la OCDE (2020a), que en principio se nutren de la información que facilita España a partir del SCS español y, por tanto, deberían coincidir. Siguen, como es lógico, el *Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE* en su versión de 2011 (*SHA 2011*, por sus siglas en inglés³, (OCDE, 2020b), editada otra vez en 2017 sin cambios apreciables (OCDE, Eurostat y OMS, 2017a).

En el *SHA 2011* la categoría funcional que nos importa, Prevención y Salud Pública, fue sustancialmente modificada respecto del manual de 2000 (*SHA 1.0*). Se le dio una nueva denominación, “Atención Preventiva” (*Preventive Care*), y se mejoró contenido y desagregación, como se ve en el apéndice⁴. Por ello, como dice el manual, en principio la cifra notificada en prevención sigue siendo parecida, aunque diferente, a la del *SHA 1.0*. Desgraciadamente el SCS español no se ha actualizado según esta versión más reciente del *SHA* y su desagregación por subfunciones consiguientemente está desfasada también y los datos de la OCDE no la recogen para España.

Métodos

Teniendo en cuenta las diferencias metodológicas expuestas anteriormente, en primer lugar se compararán los datos nacionales agregados de gasto sanitario público en servicios de Prevención y Salud Pública de la *EGSP* y del SCS español, para comprobar las discrepancias entre ambas y proporcionar una interpretación de las mismas. También se examinará la coherencia en este aspecto del SCS español y los datos de la OCDE.

Para hacer el análisis nacional y las comparaciones internacionales las variables que consideramos

² Traducida al español por OCDE y Banco Interamericano de Desarrollo (2002). Véase la descripción de las estadísticas de gasto sanitario de la OCDE y del *SHA* que hace Abellán (2013, apéndice) y Gmeinder, Morgan y Mueller (2017).

³ Versión española en OCDE, Eurostat y Organización Mundial de la Salud (2014).

⁴ Hay que tener en cuenta además las detalladas precisiones que para resolver dudas sobre el contenido de las distintas partidas y los límites entre ellas efectúa la publicación específicamente dedicada a Prevención y Salud Pública (OCDE, 2017b).

para medir los gastos públicos de Prevención y Salud Pública, a lo largo del tiempo, son:

- El gasto monetario agregado público (de las administraciones públicas), por persona, real. En los datos nacionales, este gasto se ha ajustado por el IPC del INE, en base 2016, y por las cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero que publica el INE.
- Peso relativo en porcentaje sobre el PIB.
- Peso relativo en porcentaje sobre el total del gasto público corriente en sanidad. Los datos nacionales también han sido ajustados por el IPC, en base 2016.

La descripción de los datos nacionales del SCS español de gasto sanitario se detallará por subfunción y proveedor.

En la comparación internacional, se han incluido Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, y la media de los países de la eurozona. La estadística de la OCDE ofrece directamente los datos del gasto sanitario público en programas preventivos, per cápita, a precios constantes, y en euros de 2015 y su porcentaje sobre el PIB nacional. El porcentaje sobre el gasto público corriente en sanidad no es ofrecido directamente, pero se calcula fácilmente a partir de los datos brutos.

Resultados

Diferencias y coincidencias entre las tres estadísticas

Las diferencias entre las tres estadísticas se ilustran en el gráfico 1. Como vemos, hay una discrepancia importante entre la estimación del gasto público en Prevención y Salud Pública de la *EGSP* y la del propio SCS español (y consecuentemente también con los datos OCDE). En valores absolutos

para 2018 (agregado nacional) frente a los 799 millones de euros de la *EGSP*, el SCS español estima 2.306. En términos por persona las cantidades son 17,1 y 49 euros respectivamente. Es decir, casi tres veces más.

El gasto público en Prevención y Salud Pública en 2018 suponía 2.306 millones de euros, equivalentes a 49 euros por persona, algo menos del 0,2 % del PIB y del 3 % del gasto corriente público en sanidad.

La discrepancia deriva de su distinta metodología. La *EGSP* no se ajusta al *SHA* y contabiliza algunas partidas de forma diferente. En este caso lo que ocurre es que incluye gastos que según el *SHA* son de Prevención y Salud Pública y así son clasificados por el SCS español, y que son ejecutados por servicios asistenciales, específicamente de atención primaria o ambulatoria, como gastos asistenciales. En cambio, el SCS español los incluye correctamente como gastos de Prevención y Salud Pública. No hemos podido encontrar ninguna referencia explicativa a esta discrepancia en las publicaciones ni en la web del Ministerio de Sanidad. Pero la hemos detectado al cotejar los datos de la *EGSP* y del SCS español, gracias a que éste tiene una desagregación útil y detallada. Las cifras de la *EGSP* se corresponden muy aproximadamente⁵ con el gasto que el SCS clasifica desde el punto de vista funcional como "Otros Servicios de Salud Pública" ejecutados por el proveedor "Programas de Salud Pública" y financiador público (esto se ve en la tablas suplementarias anuales "Gasto sanitario según función de atención de la salud y proveedor de atención de la salud (financiación pública)", marcadas "1a" del SCS). No cabe duda de que debemos elegir como estimación más ajustada la del SCS español, por la propia naturaleza de los gastos que incluye y por responder a las normas estadísticas internacionales.

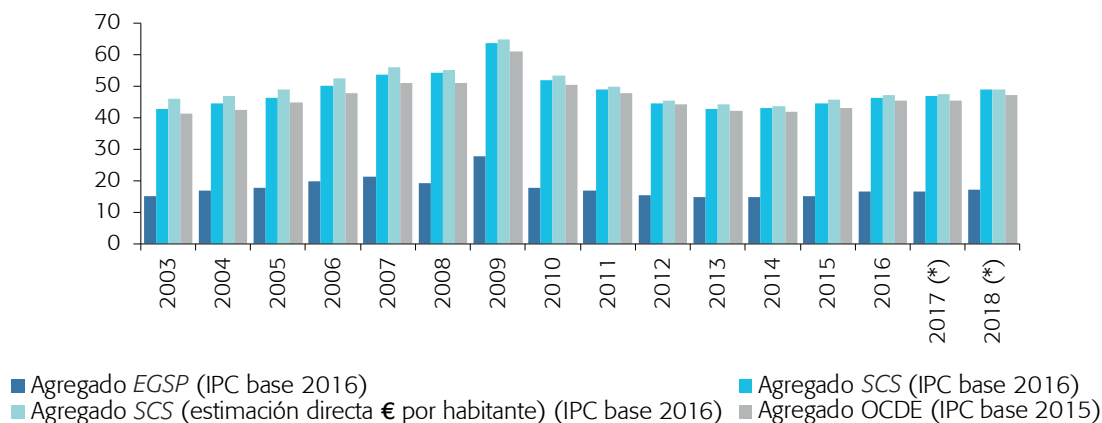
Por otro lado, se confirma que el SCS español coincide con los datos de la OCDE, tanto en valores

⁵ La diferencia es en torno al 3 % en los distintos años. No hemos encontrado cuál pueda ser su justificación.

Gráfico 1

Gasto público en Prevención y Salud Pública per cápita

(En euros constantes de 2018, ajustado por IPC)



Fuentes: Ministerio de Sanidad (2020b y 2020d) y OCDE (2020a).

absolutos, como en los indicadores que proporciona directamente esta organización.

Análisis de los datos nacionales del SCS

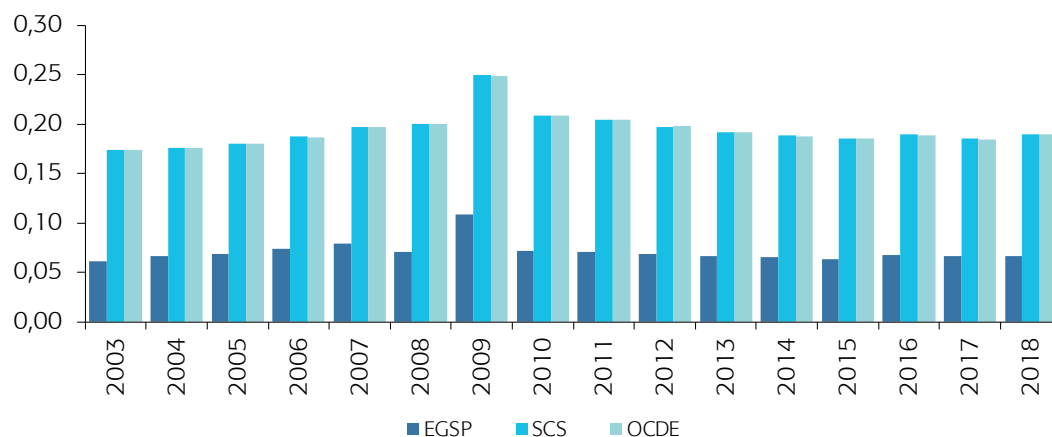
El análisis con base en el SCS español (y datos coincidentes de la OCDE) muestra lo siguiente (gráficos 1 a 5):

■ La cuantía del gasto público en Prevención y Salud Pública es en 2018 de 49 euros por persona; menos del 0,2 % en los últimos años en relación con el PIB y algo menos del 3 % en relación con el gasto agregado público corriente en sanidad (antes de 2009 estaba por encima, 3,4 % en 2007). Es ilustrativo comparar esta cifra con el gasto nacional por

Gráfico 2

Gasto público en Prevención y Salud Pública

(En porcentaje sobre el PIB)

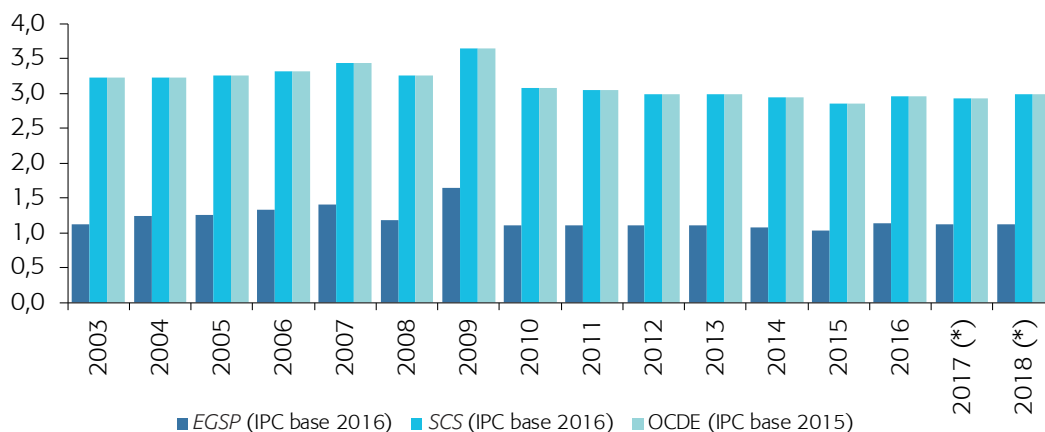


Fuente: Ministerio de Sanidad (2020b y 2020d) y OCDE (2020a).

Gráfico 3

Gasto público en Prevención y Salud Pública

(En porcentaje del gasto corriente total público en sanidad)



Fuente: Ministerio de Sanidad (2020b y 2020d) y OCDE (2020a).

persona en bebidas alcohólicas y tabaco de 207,4 euros y de 1.183 euros en restaurantes y hoteles (INE, 2020). Podemos mantener la valoración (que ya hicimos en Trapero y Lobo, 2021) de su escasa cuantía, aunque el SCS aumenta sustancialmente la estimación de la EGSP. El pico de 2009 se debe a la

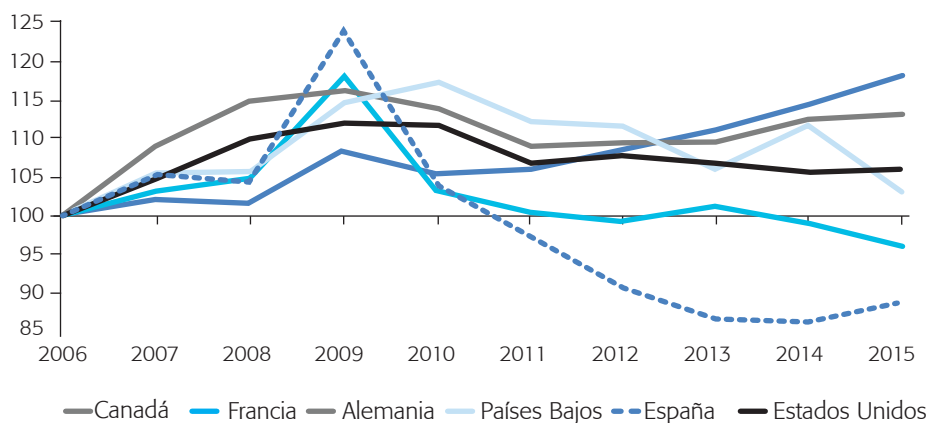
adquisición extraordinaria de medicamentos para la pandemia de la gripe A (H1N1).

- En 2018, a pesar de un cierto remonte en los años precedentes, no se había recuperado el nivel de gasto público en Prevención y Salud Pública previo a la crisis iniciada en 2008, ni

Gráfico 4

Evolución del gasto per cápita en Prevención. Países seleccionados de la OCDE 2006-2015

(Base 100 en 2006)



Fuente: Gmeinder Morgan y Mueller, 2017.

Cuadro 1

Gasto público en servicios de prevención y salud pública. Según función y proveedor 2018

(Millones de euros corrientes)

	<i>Proveedores atención ambulatoria (HP.3)</i>	<i>Programas de salud pública (HP.5)</i>	<i>Adm. general de la salud y seguros médicos (HP.6)</i>	<i>Otras ramas de actividad (resto de la economía) (HP.7)</i>	<i>Resto del mundo (HP.9)</i>	TOTAL (HP.1-HP.9)
Salud materno-infantil, Servicios de planificación familiar y consultas (HC.6.1)	424	0	0	0	0	424
Servicios de medicina escolar (HC.6.2)	121	0	0	0	0	121
Prevención de enfermedades transmisibles (HC.6.3)	0	0	0	0	0	0
Prevención de enfermedades no transmisibles (HC.6.4)	806	0	0	0	0	806
Medicina del trabajo (HC.6.5)	0	0		8	0	8
Otros servicios de salud pública (HC.6.9)	139	777	4	0	1	921
TOTAL Servicios de Prevención y Salud Pública (HC.6)	1.490	777	4	8	1	2.280

Nota: No se incluyen los proveedores con gasto nulo.*Fuente:* Ministerio de Sanidad (2020b).

siquiera en términos del PIB. Este gasto en términos per cápita era de 53,5 euros en 2007 frente a 49 en 2018; respecto del PIB 0,197 % en 2007 frente a 0,190 % en 2018 (prescindiendo de la anomalía de 2009). Con relación al gasto público corriente total en sanidad, la evolución mantiene la misma tendencia decreciente. En el año 2007, era del 3,43 %, comparado con el 3 % de 2018.

El gasto público de este tipo se vio más afectado por la crisis económica 2008-2013 que otros servicios sanitarios en el conjunto de la OCDE (Gmeinder, Morgan y Mueller, 2017). Pero en España sufrió recortes aún más intensos como se aprecia en el gráfico 4.

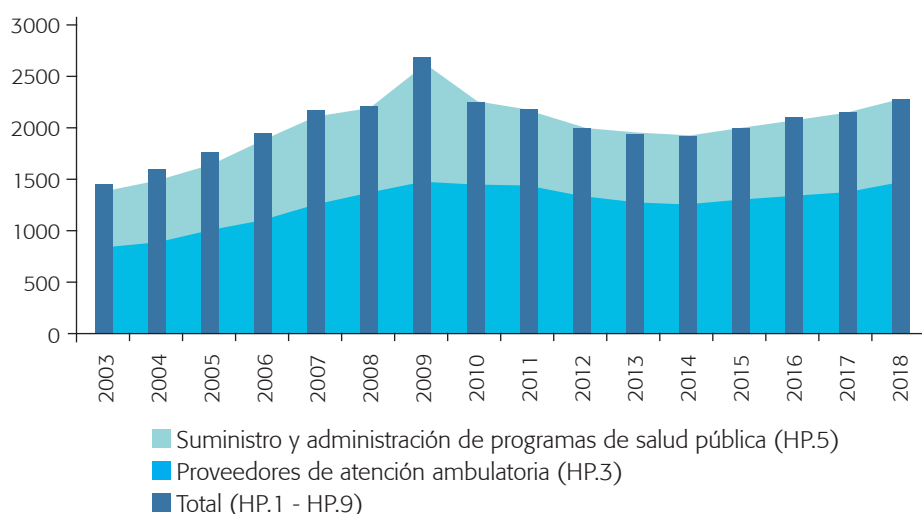
- El cuadro 1 recoge la desagregación que ofrece el SCS español por subfunciones y por

proveedores del gasto público. Como se ve, sólo hay dos proveedores relevantes. El primero es Atención ambulatoria. Su partida más importante es la Prevención de enfermedades no transmisibles, llamando la atención que el gasto en Prevención de enfermedades transmisibles aparezca como nulo. La segunda partida de mayor cuantía es Salud materno-infantil y planificación familiar. Suministro y administración de programas de salud pública es el segundo proveedor relevante, que aparece como tal para recoger los servicios colectivos de esta naturaleza, aunque al estar todo su gasto clasificado como "Otros" no podemos saber cuál es su naturaleza. Estas imprecisiones impiden conocer el gasto en vacunas que sabemos por otras fuentes que es importante. Es interesante que los hospitales (HP.1) aparezcan con un gasto asignado nulo.

Gráfico 5

Gasto sanitario en Prevención y Salud Pública según función de atención de la salud y proveedor

(En millones de euros corrientes)



Fuente: Ministerio de Sanidad (2020b).

Como ya sabemos, estas desagregaciones corresponden al *SHA 1.0* de 2000. En cambio, la estadística de la OCDE ya ofrece para algunos países detalles según la *SHA 2011* (OCDE, 2020a). Entre ellos, “programas de vigilancia epidemiológica y control de riesgos y enfermedades” y “preparación para programas de respuesta ante desastres y emergencias” que son de gran interés para valorar los recursos disponibles para responder a una pandemia como la actual. El retraso metodológico del SCS español no permite estos análisis.

- Aunque no se recoge en el cuadro, anotemos que el gasto de este tipo con financiación privada es muy reducido (26 millones en 2018; un 1 % sobre el total), como era de esperar.

Para terminar con las desagregaciones que ofrece el SCS español de los servicios de Prevención y Salud Pública, vemos en el gráfico 5 que en más de un 98 % tiene como proveedores la Atención ambulatoria y el Suministro y administración de programas de salud pública, un proveedor *ad hoc* exigido por la naturaleza de esos gastos (colectivos y proporcionados por las administraciones públicas en su mayoría).

Comparación internacional

Es un hecho que solo una pequeña fracción del gasto sanitario se destina a actividades de prevención y salud pública. Los países de la OCDE destinan menos del 3 % de su gasto sanitario como media a este propósito (Gmeinder, Morgan y Mueller, 2017). Veamos la comparación con algunos países de la Unión Europea (eurozona). Hemos elegido países occidentales continentales, grandes y pequeños, países mediterráneos y un país nórdico. Entre ellos hay tres con sistemas nacionales de salud parecidos al nuestro (Finlandia, Portugal y especialmente Italia que también tiene la sanidad muy descentralizada). Utilizamos ahora los datos de la OCDE (*SHA 2011*) y las mismas variables calculadas en el análisis nacional para describir el gasto en Prevención y Salud Pública: gasto monetario real por persona (gráfico 6), peso sobre el respectivo PIB nacional (gráfico 7) y porcentaje del gasto corriente en sanidad (gráfico 8).

En estos datos observamos lo siguiente:

- Gran variabilidad entre países. Un primer grupo está claramente por encima de la media de los países de la eurozona en las

tres variables: Alemania, Países Bajos, Italia y Finlandia. Las diferencias entre los extremos son enormes: Alemania gasta en euros por persona sistemáticamente alrededor de diez veces lo que gastan los países más rezagados (Portugal y Grecia) y tres veces en términos del PIB y del gasto corriente. Es muy relevante esa coincidencia en las tres variables porque significa una opción de política de salud clara, independiente de la renta y del tamaño del gasto sanitario. Los países mediterráneos (excepto Italia) están a la cola. Francia destaca por su bajo nivel, sobre todo en términos relativos.

- Es interesante que España esté sólo algo por debajo de la media de los países de la eurozona en términos monetarios por persona (aunque en los últimos años se ha separado más), pero prácticamente igual en relación al PIB (0,19 frente a 0,2 %) y al gasto corriente (2,99 frente a 2,91 %) en 2018. Sin embargo, en 2018 España gastó casi tres veces menos que Alemania por persona (129,9 euros), y aproximadamente la mitad que Italia (96,2). En igual año, Italia gastó en relación al gasto corriente en sanidad casi el doble que España (5,25 frente a 3,0 %).

■ La evolución temporal es muy ilustrativa. Italia, espectacularmente, ha elegido aumentar el gasto en Prevención y Salud Pública en términos absolutos y, más interesante aún, en términos relativos. Alemania y Finlandia también, aunque no tan intensamente. Países Bajos es el caso contrario, con una disminución acentuada.

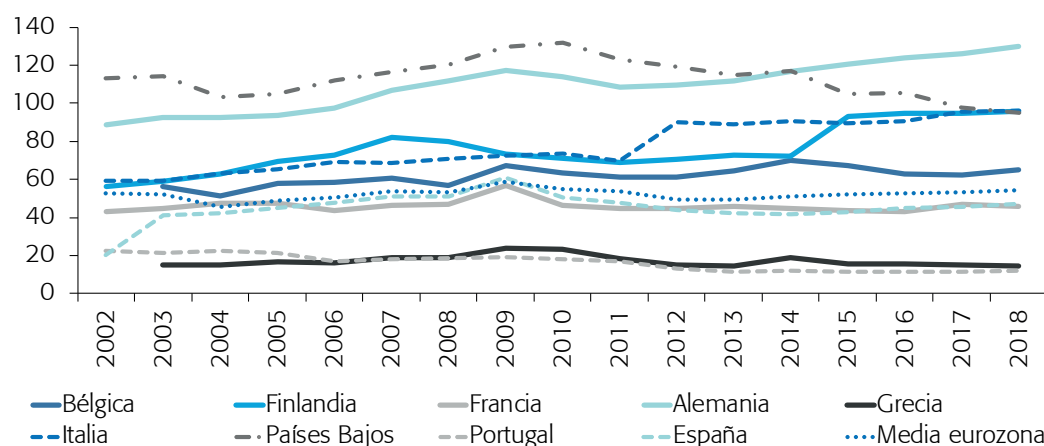
■ La evolución temporal en España es la que ya hemos visto en los gráficos anteriores: la crisis financiera de 2008-2013 quiebra una tendencia ascendente sin que la recuperación posterior llegue a igualar las cifras previas a la crisis. No se aprecia pues en nuestro país en los últimos años considerados ninguna orientación decidida favorable a la prevención y la salud pública.

Hemos intentado desagregar este mismo análisis y detallar los programas de vigilancia epidemiológica y control de riesgos y enfermedades (HC 6.5 del *SHA 2011*) y en Preparación para programas de respuesta ante desastres y emergencias (HC 6.6 del *SHA 2011*), pero únicamente estaban disponibles estos datos para Bélgica y Francia.

Gráfico 6

Gasto público en Prevención y Salud Pública/Atención preventiva per cápita. Países europeos seleccionados

(Euros a precios constantes de 2015)

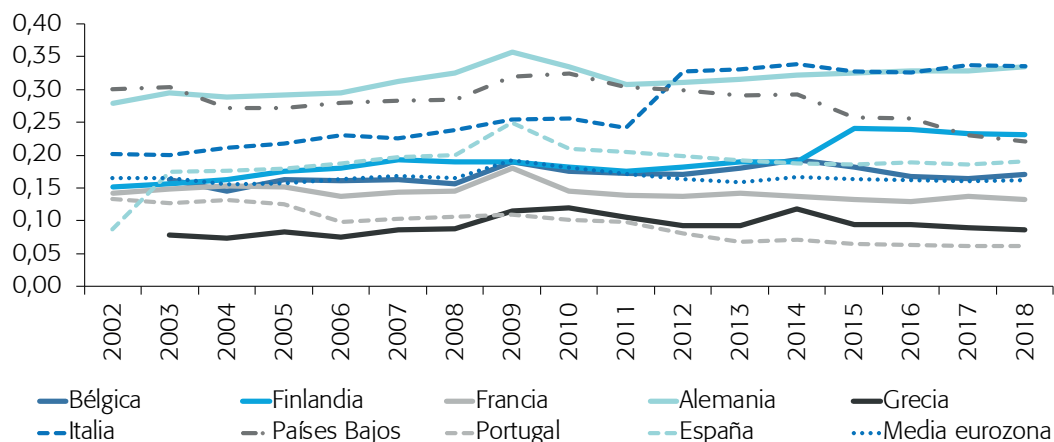


Fuente: OCDE (2020a).

Gráfico 7

Gasto público en Prevención y Salud Pública/Atención Preventiva. Países europeos seleccionados

(En porcentaje sobre el PIB)



Fuente: OCDE (2020a).

Discusión

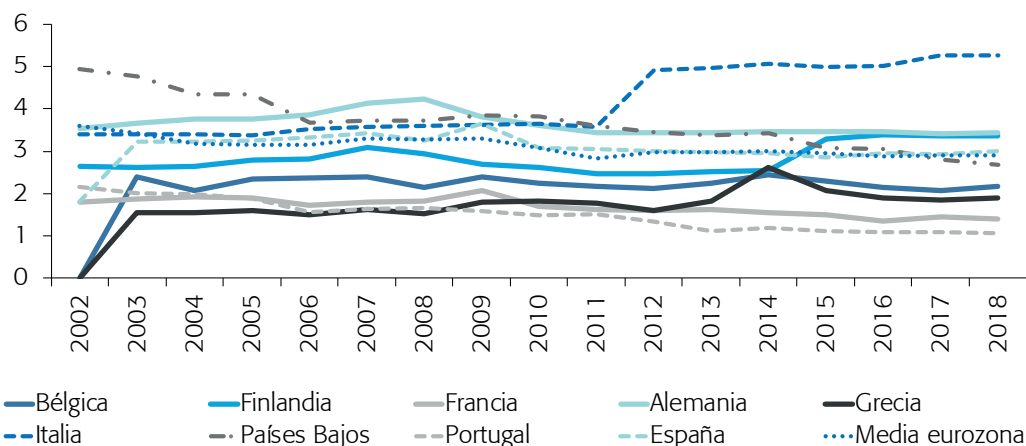
Como ya dijimos en el artículo anterior, los servicios de salud pública en España -especialmente la vigilancia epidemiológica- se han revelado muy insuficientes para responder a la crisis sanitaria generada por la COVID-19. Los datos aquí ofrecidos de

gasto público en Prevención y Salud Pública según el SCS español –49 euros por persona en 2018- parecen ratificar la penuria de recursos. La magnitud óptima de estos gastos nos es desconocida, pero la comparación con otros gastos privados y públicos y la comparación internacional sugieren que efectivamente se trata de unos servicios a los que las

Gráfico 8

Gasto público en Prevención y Salud Pública/Atención preventiva. Países europeos seleccionados

(En porcentaje del gasto corriente público en sanidad)



Fuente: OCDE (2020a).

administraciones públicas han venido atribuyendo menos prioridad de la que merecen. Existen métodos para estimar los niveles deseables de estos gastos así como del gasto sanitario en su conjunto (Wang *et al.*, 2016 y Cabasés, 2006) que en el futuro deberían aplicarse a la planificación de nuestro gasto en prevención y salud pública.

También hemos comprobado con los datos del SCS español que la contención del gasto sanitario durante la crisis económica 2008-2013 afectó mucho a estas partidas y que en 2018 no se habían recuperado a los niveles anteriores. Puede sostenerse entonces que al llegar la pandemia esta contención del gasto nos había dejado hipotecados para abordarla con eficacia.

En 2018, a pesar de un cierto remonte en los años precedentes, no se había recuperado el nivel de gasto público en Prevención y Salud Pública previo a la crisis iniciada en 2008, ni siquiera en términos del PIB.

En cuanto a la composición de estos gastos por subfunciones llama mucho la atención que los hospitales aparezcan con gasto nulo. Habrá que entender que sus servicios de medicina preventiva y enfermedades infecciosas se clasifican como asistenciales y no de salud pública. También resalta que el gasto en Prevención de enfermedades transmisibles aparezca como nulo.

No podemos entrar en este artículo en detalles sobre la eficiencia de los programas de prevención y salud pública. Mencionemos sólo que existe una amplia evidencia apoyada en revisiones sistemáticas de la literatura que muestra la eficiencia de las intervenciones de vigilancia epidemiológica y las que contribuyen a reducir el consumo de alcohol y tabaco, la inactividad física, las dietas no saludables, y la contaminación y otros factores medioambientales negativos. El retorno de las inversiones en algunos de los programas preventivos que responden a estos factores es muy positivo, tanto a corto como a largo plazo (véase el resumen de Gmeinder, Morgan y Mueller 2017: 11 y ss.). Por ello, tiene

gran importancia evaluar el retorno de la inversión del gasto sanitario en servicios de Prevención y Salud Pública en términos de resultados en salud en su población (disminución de morbilidad y mortalidad, años ganados, años ganados ajustados por calidad de vida...), analizando la eficiencia de sus inversiones en la salud colectiva. Es una tarea difícil porque la salud está plurideterminada por multitud de factores. Exigiría análisis contrafactuales, como estudiar las consecuencias de no realizar un determinado programa de vacunación.

El retorno de las inversiones en algunos de los programas preventivos es muy positivo, tanto a corto como a largo plazo. Por ello, tiene gran importancia evaluar el retorno de la inversión del gasto sanitario en servicios de Prevención y Salud Pública en términos de resultados en salud en su población.

Hay que reiterar que los problemas de metodología estadística que afectan a la estimación de estos gastos son muy importantes. No son independientes de las insuficiencias graves que todavía tiene el aparato de información de nuestro Sistema Nacional de Salud. La EGSP no sigue las normas OCDE-OMS-Eurostat (SHA 2011) e infravalora el gasto en Servicios de Prevención y Salud Pública en cuantía sustancial, al clasificar los servicios pertenecientes a esta función prestados por los proveedores de atención ambulatoria como asistenciales. Es la estimación del SCS español que presentamos aquí la que debe considerarse más adecuada. También es negativo que el SCS español no esté actualizado según la versión más reciente del SHA publicada en 2011-2017 y continúe anclado en la versión de 2000. Así, el propio nivel del gasto en Servicios de Prevención y Salud Pública seguramente variaría si se calculara con la metodología de 2011 y la desagregación por subfunciones actualmente está desfasada y los datos de la OCDE no la recogen para España.

Estos problemas no son exclusivos de nuestro país. Hay dificultades serias para clasificar de forma indubitable los gastos correspondientes a esta

función y la transición del *SHA 1.0* al *SHA 2011* está lejos de haberse completado por todos los estados. Por ello, sobre las comparaciones internacionales

Los problemas de metodología estadística que afectan a la estimación del gasto en servicios de prevención y salud pública son muy importantes. No son independientes de las insuficiencias graves que todavía tiene el aparato de información de nuestro Sistema Nacional de Salud.

aún pesa la sombra de la duda. Es interesante el ejercicio de cotejar dos fórmulas de cálculo alternativas de estos gastos en Francia (Gmeinder, Morgan y Mueller, 2017).

En suma, está claro que debemos hacer un gran esfuerzo de mejora de estas estadísticas, dedicándoles los recursos necesarios como instrumento fundamental de seguimiento, análisis y planificación para dar respuesta adecuada a las enfermedades transmisibles y no transmisibles que nos van a seguir afectando.

Conclusiones

- Según los datos que ofrece el SCS español, y que luego se vierten a las estadísticas de salud de la OCDE, el gasto público en Prevención y Salud Pública en 2018 suponía 2.306 millones de euros, equivalentes a 49 euros por persona, algo menos del 0,2 % del PIB y del 3 % del gasto corriente público en sanidad.
- Aunque es difícil definir un nivel óptimo, estos datos confirman que dicho gasto puede calificarse de reducido. Podemos compararlo con el gasto nacional por persona en bebidas alcohólicas y tabaco de 207,4 euros y de 1.183 euros en restaurantes y hoteles. Ello parece indicar una escasa prioridad efectiva de estas políticas.
- En la comparación internacional se aprecia gran variabilidad entre países. Alemania, gasta

en euros por persona sistemáticamente alrededor de diez veces lo que gastan los países más rezagados (Portugal y Grecia) y tres veces en términos del PIB y del gasto corriente.

- España está algo por debajo de la media de los países de la eurozona en términos monetarios por persona, pero prácticamente igual en relación al PIB y al gasto corriente. Sin embargo, en 2018 España gastó 2,7 veces menos que Alemania por persona (129,9 euros) y aproximadamente la mitad que Italia (96,2 euros). En igual año, Italia gastó en relación al gasto público corriente total en sanidad casi el doble que España (5,25 frente a 3,0 %).
- La evolución de estos gastos en España, creciente antes de la crisis 2008-2013, se quebró y no se ha recuperado hasta la actualidad. Esto contrasta con el aumento de estos gastos en algunos países como Italia, Alemania o Finlandia. No se aprecia pues en nuestro país en los últimos años ninguna orientación decidida favorable a la prevención y la salud pública.
- Según la desagregación que ofrece el SCS español por subfunciones y por proveedores este gasto se concentra, primero, en Prevención de enfermedades no transmisibles y Salud materno-infantil y planificación familiar, ejecutados por Atención ambulatoria y, segundo, en servicios de salud pública no especificados ("Otros") prestados por el proveedor *ad hoc* Suministro y administración de programas de salud pública. Es interesante que el gasto en Prevención de enfermedades transmisibles de Atención ambulatoria aparezca como nulo y que los hospitales figuren con un gasto en Prevención y Salud Pública también nulo.
- Reiteramos que los problemas de metodología estadística que afectan a la estimación de estos gastos son muy importantes:
 - La *EGSP* no sigue las normas OCDE-OMS-Eurostat (*SHA 2011*) y los infravalora en

cuantía sustancial por una cuestión de clasificación.

- Es la estimación del SCS español que presentamos aquí la que debe considerarse más adecuada.
 - También es negativo que el SCS español no esté actualizado según la versión más reciente del SHA publicada en 2011-2017 y continúe anclado en la versión de 2000.
 - La desagregación por subfunciones consiguientemente está desfasada también y los datos de la OCDE no la recogen para España.
 - Reiteramos también todas las observaciones que hacíamos a este respecto en el artículo anterior.
 - En suma, está claro que debemos hacer un gran esfuerzo de mejora de estas estadísticas dedicándoles los recursos necesarios como instrumento fundamental de seguimiento, análisis y planificación para dar respuesta adecuada a las enfermedades transmisibles y no transmisibles que nos van a seguir afectando.
- Todos los países europeos deberían evaluar el retorno de la inversión de este gasto sanitario en servicios de Prevención y Salud Pública en términos de resultados en salud en su población (disminución de morbilidad y mortalidad, años ganados, años ganados ajustados por calidad de vida...), analizando la eficiencia de sus inversiones en la salud colectiva.

Referencias

- ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M. (Director). (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas*. Madrid: Fundación BBVA. Disponible en: https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2013_IVIE_sistema_sanitario.pdf
- CABASÉS HITA, J. (2006). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Bilbao: Fundación BBVA. Disponible en: https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2007_financiacion_gasto_sanitario.pdf
- GMEINDER, M., MORGAN, D. y MUELLER, M. (2017). How much do OECD countries spend on prevention? *OECD Health Working Papers*, 101. Paris: OECD. <https://dx.doi.org/10.1787/f19e803c-en>. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-working-papers.htm>
- INE (2020). *Encuesta de presupuestos familiares 2019*. Disponible en: <https://www.ine.es/infografias/gastosepf/desktop/gastos.html?t=1&lang=es>
- LOBO, F. y TRAPERO-BERTRAN, M. (2021). El gasto público en servicios de prevención y salud pública en España antes de la COVID-19. Datos nacionales y comparaciones internacionales. *Documento de trabajo del Departamento de Economía de la Universidad Carlos III de Madrid*. Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2020a). *Sistema de Cuentas de Salud. Principales resultados 2018*. Madrid. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSPrincipalesResultados.pdf>
- (2020b). *Sistema de Cuentas de Salud. Serie estadística 2003-2018*. Madrid. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
- (2020c). *Estadística de gasto sanitario público. Principales resultados*. Madrid. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- (2020d). *Estadística de gasto sanitario público. Serie 2002-2018 y series históricas*. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015). *Diferentes series de gasto sanitario*. Madrid. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeriesGastoSanitario.pdf>
- OCDE (2017b). *Expenditure on Prevention Activities Under SHA 2011: Supplementary guidance*. March 2017 edition. Health Division. Directorate for Employment, Labour and Social.

— (2020a). *OECD Health Statistics*. Disponible en: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT y <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

— (2020b). *OECD Health Statistics 2020. Definitions, Sources and Methods*. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2020.pdf>

OCDE y BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID) (2002). *Sistema de Cuentas de Salud 2000*. Versión española. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Sistema-de-cuentas-de-salud.pdf>.

OCDE, EUROSTAT y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). *Un Sistema de Cuentas de Salud*. Edición 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20Metodológico%20SHA%202011%20%28System%20of%20Health%20Accounts%202011%29.pdf>

OCDE, EUROSTAT, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017a). *A System of Health Accounts 2011*. Revised edition. English edition. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7985806/KS-05-19-103-EN-N.pdf/60aa44b0-2738-4c4d-be4b-48b6590be1b0?t=1491984661000>.

RELAÑO TOLEDANO. J. J. (2007). Sistema de cuentas de salud: avances y perspectivas en la medición del gasto sanitario. *Presupuesto y Gasto Público*, 49, pp. 211-227. Disponible en: https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/revistas/pgp/49_sistemaCuentas.pdf.

TRAPERO-BERTRAN, M. y LOBO, F. (2021). El gasto público en servicios de Prevención y Salud Pública en España antes de la COVID-19. Los datos nacionales. *Cuadernos de Información Económica*, 280, pp. 59-71. Disponible en: <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2021/01/CIE-280-digital.pdf>.

WANG, F., WANG J-D. y HUANG Y-X. (2016). Health expenditures spent for prevention, economic performance and social welfare. *Health Economics Review* 2, 6(1), pp. 45.

Anexo

Cuadro A1

Código ICHA y Clasificación de las funciones de atención de la salud y prevención y salud pública/atención preventiva en el SCS 2000 (SHA 1.0) y 2011 (SHA 2011)

SCS 2000 (SHA 1.0)		SHA 2011	
Clasificación funcional (a)	Funciones de atención a la salud (b)	Clasificación funcional (c)	Funciones de atención a la salud
HC.1-HC.5 Bienes y servicios de atención de la salud individual			
HC.1	Servicios de asistencia curativa	HC.1	Atención curativa
HC.2	Servicios de rehabilitación	HC.2	Atención de rehabilitación
HC.3	Servicios de atención de larga duración	HC.3	Atención de larga duración (salud)
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	HC.5	Bienes médicos (no especificados según función)
HC.6-HC.7			
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	HC.6	Atención preventiva
HC.6.1	Salud maternoinfantil, servicios de planificación familiar y consultas	HC.6.1	Información, educación y programas de asesoramiento
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	HC.6.2	Programas de inmunización
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	HC.6.3	Programas de detección temprana de enfermedades
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	HC.6.4	Programas de monitorización de condiciones saludables
HC.6.5	Medicina del trabajo	HC.6.5	Programas de vigilancia epidemiológica y control de riesgos y enfermedades
		HC.6.6	Preparación para desastres y programas de respuesta a emergencias
HC.6.9	Los demás servicios de salud pública		
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	HC.7	Gobernanza y administración del sistema de salud y financiera
		HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)

Cuadro A1 (continuación)

Código ICHA y Clasificación de las funciones de atención de la salud y prevención y salud pública/atención preventiva en el SCS 2000 (SHA 1.0) y 2011 (SHA 2011)

HC.R Funciones relacionadas con la salud			
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	HC.RI.1	Gasto farmacéutico total
HC.R.2	Formación del personal sanitario	HC.RI.2	Medicinas tradicionales, complementarias y alternativas
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	HC.RI.3	Servicios de Prevención y Salud Pública (según SCS.1)
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	HCR.1	Atención de larga duración (social)
HC.R.5	Salud ambiental	HCR.2	Promoción de la salud con un enfoque multisectorial
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas		
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo		

a) Fuente: Clasificación funcional ICHA-HC (nivel de un dígito) (OCDEy BID [2002, capítulo 9, p. 43]).

b) Fuente: Clasificación funcional ICHA-HC (nivel de tres dígitos) (OCDE BID 2002 y BID [2002, pp. 118-119; p.125 y explicaciones de estos epígrafes]).

c) Fuente: Clasificación funcional ICHA-HC (OCDE, Eurostat y OMS [2014, p. 82 y p. 93]).