

---

## ¿Cómo evoluciona el gasto en sanidad en los países ricos? Cincuenta años en perspectiva

Agustín Molina Morales, Almudena Guarnido Rueda e Ignacio Amate Fortes

**Resumen:** En el presente artículo se analiza la evolución del gasto en sanidad en España y en el conjunto de la OCDE durante los últimos cincuenta años para, a continuación, identificar sus factores determinantes.

**Palabras clave:** gasto en sanidad; OCDE; España.

**Códigos JEL:** I12; I31.

### 1. Introducción

El incremento del gasto sanitario en los países desarrollados ha sido una constante, tal y como se desprende del último informe sobre la salud publicado por la OCDE (2011). Mientras que el gasto en salud representó en 1960 menos del 4 por ciento del PIB en promedio en los países de la OCDE, esta cifra ha ido aumentando hasta alcanzar en 2009 el 9,6 por ciento. Si bien ha habido numerosos cambios a lo largo de todo el periodo de tiempo considerado, podemos decir que, en la última década, en todos y cada uno de los países de la OCDE, el crecimiento del gasto sanitario ha superado al del PIB (gráfico 1). Sin embargo, tanto el gasto como el ritmo de ese crecimiento han variado entre los distintos países de la OCDE.

Tal y como puede observarse en el gráfico 1, el gasto sanitario en España ha aumentado mucho en los últimos años, llegando a colocarse en niveles similares a la media de la OCDE. Las diferencias con los demás países refleja la amplia gama de factores sociales, de mercado, de tipo de financiación, así como las distintas estructuras de organización de los sistemas de salud de los distintos países integrantes que afectan el gasto sanitario.

En este trabajo se presenta un análisis descriptivo de la evolución del gasto sanitario en España y su comparación con el experimentado por el con-

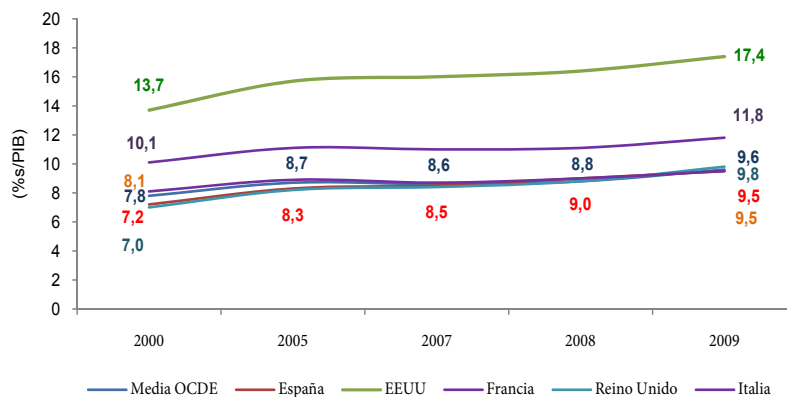
junto de países de la OCDE. Asimismo, se considera su relación con el PIB per cápita.

### 2. ¿Es el nivel de renta un factor determinante del gasto sanitario?

A lo largo de las dos últimas décadas, se han publicado numerosos trabajos que tratan de explicar los determinantes del crecimiento del gasto sanitario. Entre los factores explicativos del gasto sanitario destacan el nivel de renta, la proporción de la población mayor de 65 años, el envejecimiento poblacional, la estructura por edades de la población, la innovación tecnológica, el tipo de financiación de la sanidad (pública o privada), el grado de urbanización, la cobertura sanitaria para la población extranjera y el número de médicos por persona (Puig-Junoy et. al, 2004; Cano et. al, 2010).

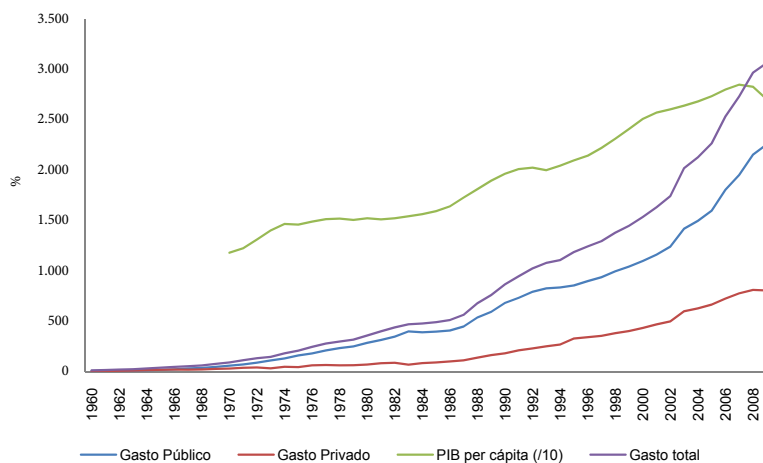
Desde la publicación de los trabajos de Kleiman (1974) y Newhouse (1977), el nivel de renta pasó a considerarse como el principal determinante del gasto sanitario. Newhouse efectúa una regresión del gasto sanitario per cápita y el PIB per cápita de 1970 para 13 países, y encuentra que cerca del 90 por ciento de la variación del gasto sanitario per cápita en esos países puede ser explicado con la variación del PIB per cápita. Además, los resultados obtenidos por este autor muestran una elasticidad renta del gasto sanitario mayor que 1, con valores comprendidos entre 1,15 y 1,31, concluyendo, así,

Gráfico 1: Evolución del gasto total en sanidad (2000-2009)  
(Porcentaje del PIB)



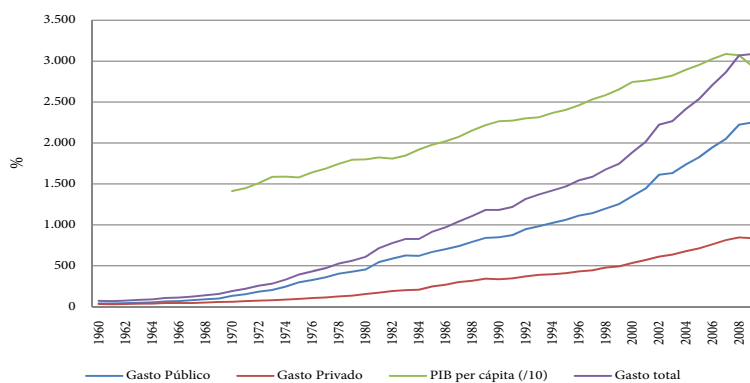
Fuente: OCDE (2011) y elaboración propia.

Gráfico 2: Evolución del gasto público y privado en sanidad en España en términos per cápita (1960 - 2009)



Fuente: OCDE (2011) y elaboración propia.

Gráfico 3: Evolución del gasto público y privado en sanidad en los países de la OCDE en términos per cápita (1960 - 2009)



Fuente: OCDE (2011) y elaboración propia.

---

que la atención sanitaria, técnicamente puede ser considerada como un «bien de lujo». Estos resultados eran consistentes con los obtenidos en un estudio previo de Kleiman.

Existe numerosa evidencia empírica que muestra que la renta agregada es uno de los principales factores en la explicación del gasto sanitario, como la proporcionada por los trabajos de Barros (1998) y Roberts (2000). Sin embargo, existe un escaso consenso respecto al valor de la elasticidad renta de la demanda de los servicios sanitarios.

Entre los trabajos que encuentran una elasticidad renta del gasto sanitario superiores a la unidad están, además de los anteriormente citados de Newhouse y Kleiman, los trabajos de Leu (1986), Parkin et al. (1987) y Culyer (1990). Todos ellos para diferentes muestras de países de la OCDE, en un año concreto, con valores comprendidos entre 1,18 y 1,39. Hitiris y Posnett (1992), con datos para 10 países de la OCDE, para el período 1960-1991, obtienen valores entre 1,14 y 1,17. En este mismo sentido, Albi et al. (2009) destacan que existe una fuerte elasticidad renta del gasto sanitario en España. Según los cálculos de la Unión Europea, ésta se mueve en niveles muy superiores a la evolución de la renta, siendo la elasticidad de 1,86 en España para el período 1972-2002, mientras que para el promedio de los países de la Unión Europea, tal elasticidad es de 1,70 en el mismo período.

Por el lado contrario, trabajos como el de Barros muestran elasticidades renta del gasto sanitario inferiores a la unidad. Asimismo, Sen (2005) utiliza datos de 1990 a 1998 para 15 países de la OCDE, introduciendo nuevas variables de coste u oferta. Sus resultados van en la línea de reducir las elasticidades a valores entre 0,21 y 0,51.

Como puede verse en esta revisión de la literatura, existe un escaso consenso respecto al valor de la elasticidad renta de la demanda de los servicios sanitarios. Según Di Matteo (2003), dicha elasticidad varía en función del nivel de análisis (individual, regional o agregado) del estudio.

Desde la década de los noventa, tras la publicación de Hitiris y Posnett y ante el proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes históricos, el porcentaje de la población mayor de 65 años se convierte en la principal variable explicativa del crecimiento del gasto sanitario. Así, encontramos trabajos como los de Blomquist y Carter (1997) y Fuchs (1999).

Durante el período 1998-2005, la investigación sobre los determinantes del crecimiento del gasto sanitario cambia su rumbo y factores como el envejecimiento poblacional y el progreso tecnológico, tras las publicaciones de Zweifel et al. (1999) y Okunade y Murthy (2002), respectivamente, van cobrando cada vez mayor importancia en el desarrollo de modelos econométricos para explicar el comportamiento alcista del gasto sanitario, perdiendo protagonismo el mito del envejecimiento de la población.

### 3. ¿Qué nos dice la evidencia empírica?

En este breve trabajo nos limitamos a analizar la influencia de la evolución de la renta sobre el gasto en sanidad. En el gráfico 2 se muestra la evolución del gasto público y privado en sanidad en España en términos per cápita. El gasto total muestra una tendencia creciente a lo largo del tiempo, que se acentúa a partir de 1987 (recuérdese que la Ley General de Sanidad, que prácticamente generalizó la asistencia sanitaria, entró en vigor en 1986). Durante el período de auge económico de los años 90, este crecimiento se acelera.

Observando los componentes del gasto total en sanidad, se aprecia crecimiento, tanto en el gasto público como en el gasto privado, si bien la tasa de crecimiento del gasto privado es inferior a la que experimenta el gasto que realiza el sector público. Cabe señalar que el gasto público en sanidad muestra un comportamiento prácticamente igual al del gasto total, ya que el peso que tiene sobre el conjunto del gasto sanitario asciende aproximadamente al 70 por ciento.

Si establecemos la relación con el PIB, su evolución muestra un comportamiento bastante aproximado con la evolución del gasto privado en sanidad, si bien el gasto privado presenta resistencia a la baja aún cuando el PIB per cápita disminuye, ya que como se observa en el gráfico 2, cuando el PIB per cápita empieza a decrecer a partir de 2008, el gasto que realizan las familias en sanidad se estanca sin llegar a decrecer. Esta resistencia a la baja se hace más patente en el caso del gasto público, ya que el gráfico muestra que crece durante todo el período (1960 – 2009) e, incluso, sigue creciendo cuando el PIB ya decrece a partir de 2008. Esto podría plantear la cuestión de que, quizás, el gasto público en sanidad y la renta no estuviesen relacionadas y que, independientemente de la evolución que experimentara el PIB per cápita, el gasto público siempre aumentase. Sin embargo, existe una fuerte correlación entre la renta por habitante y el gasto en sanidad, tanto público

( $R^2 = 0,92$ ) como privado ( $R^2 = 0,93$ ). Por tanto, se puede afirmar que el gasto en sanidad tiene un comportamiento distinto cuando el PIB crece que cuando el PIB decrece: aumentan el privado y el público, en el primer caso, y se estanca el privado y sigue creciente el público, en el segundo caso, de modo que el gasto público en sanidad compensa la minoración que se registra en el gasto privado.

En el gráfico 3, se recoge, por su parte, la evolución del gasto sanitario medio en los países de la OCDE. En el caso del gasto privado en sanidad, se observa un comportamiento casi idéntico entre la evolución registrada en España y la de la media de la OCDE. Sin embargo, en el gasto que realiza el sector público, sí que se aprecian algunas diferencias, aunque en ningún caso significativas. De esta forma, el gráfico muestra que el gasto público medio de la OCDE crece más rápido que en España durante la segunda mitad del siglo XX, mientras que desde comienzos de esta década, el mayor crecimiento registrado en el gasto público sanitario español ha llevado a que nos situemos en la actualidad en el mismo nivel que registra el gasto público en el resto de países de la OCDE (en torno a los 2.400 dólares estadounidenses en paridad de poder de compra). Como resultado, y teniendo en cuenta la gran importancia que tiene el gasto público sobre el gasto total en sanidad, en el año 2009, el gasto total per cápita en sanidad también es muy similar al de la media de la OCDE, situándose alrededor de los 3.100 dólares estadounidenses en paridad de poder de compra.

El análisis entre las distintas variables analizadas a través de este gráfico, pone de manifiesto lo que hemos destacado para el caso español, es decir, el gasto medio en sanidad en la OCDE muestra una fortísima resistencia a la baja.

#### 4. Conclusión

En este trabajo se relaciona el gasto en sanidad con el PIB desde de 1960 hasta el 2009 y se observa que, para el caso de España, el gasto privado mantiene prácticamente el mismo comportamiento que el registrado por la renta per cápita. Sin embargo, el gasto público en sanidad muestra un crecimiento continuado en todo el período. Por ello, se puede afirmar, que el gasto en sanidad tiene un comportamiento distinto cuando el PIB crece que cuando el PIB decrece, ya que tanto el gasto privado como el público aumentan, en el primer caso, y cuando cae la renta per cápita, el gasto privado se estanca, mientras que sigue creciendo el gasto que realiza el sector público en sanidad, compensando la minoración que se registra en el gasto privado.

Ello muestra una gran resistencia a la baja del gasto en sanidad (fundamentalmente, en el gasto público).

Finalmente, la evolución del gasto en sanidad en España es muy similar a la registrada por la media de los países de la OCDE. Sin embargo, el mayor crecimiento registrado en el gasto público en España ha hecho que el gasto en sanidad, como porcentaje del PIB, se sitúe actualmente en los mismos niveles que para la media de la OCDE.

#### Referencias bibliográficas

ALBI, E.; GONZÁLEZ-PÁRAMO, J.M. y ZUBIRI, I. (2009): *Economía Pública I*, Editorial Ariel, Madrid.

BARROS, P.P. (1998): «The Black Box of Health Care. Expenditure Growth Determinants», *Health Economics*, vol. 7(6), págs. 533-44.

BLOMQUIST, A.G. y CARTER, R.A.L. (1997): «Is Health Care Really a Luxury?», *Journal of Health Economics*, vol.16, págs. 207-29.

CANO, M.; MARTÍN, J. J. y LÓPEZ DEL AMO, M. (2010): «Revisión de la Literatura de los Determinantes del Gasto Sanitario», en *La Financiación del Gasto Sanitario en España*. Fundación BBVA, Bilbao.

CULYER, A. J. (1990): *Cost Containment in Europe. Health Care Systems in Transition*. OCDE, París.

DI MATEO, L. (2003): «The Income Elasticity of Health Care Spending: A Comparison of Parametric and Non-parametric Approaches», *European Journal of Health Economics*, vol. 4, págs. 20-29.

FUCHS, V.R. (1999): «Health Care for the Elderly: How Much? Who Will Pay for It?», *HealthAff*, vol 18(1), págs. 11-21.

HITIRIS, T. y POSNETT, J. (1992): «The Determinants and Effects of Health Expenditures in Developed Countries», *Journal of Health Economics*, vol. 11, págs.173-181.

KLEIMAN, E. (1974): «The Determinants of National Outlay on Health», en *The Economics of Health and Medical Care*. MacMillan, London.

LEU, R.E. (1986): «The Public-private Mix and International Health Care Costs», en *Public and*

---

Private Health Services, Basil Blackwell, Oxford.

NEWHOUSE, J.P. (1977): «Medical Care Expenditure: A Cross-national Survey», *Journal of Human Resources*, vol. 12, págs.115 –125.

OCDE (2011): *Health at a Glance, OECD Indicators 2011*.

OKUNADE, A.A. y MURTHY, V. N. (2002): «Technology as a “Major Driver” of Health Care Costs: A Cointegration Analysis of the Newhouse Conjecture», *Journal Health Economics*, vol. 21 (1), págs.147-159.

PARKING, D.; MCGUIRE, A. y YULE, B. (1987): «Aggregate Health Expenditure and National Income: Is Health Care a Luxury Good», *Journal of*

*Health Economics*, vol. 6, págs.109-127.

PUIG-JUNOY, J.; LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; y ORTÚN, V. (2004): *¿Más Recursos para la Salud?*, Editorial Masson, Barcelona.

ROBERTS, J. (2000): «Spurious Regression Problems in the Determinants of Health Care Expenditure: A comment on Hitiris», *Applied Economics Letters*, vol. 7, págs. 279-283.

SEN, A. (2005): «Is Health Care a Luxury? New Evidence from OECD Data», *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 5, págs. 147–164.

ZWIFEL, P.; FELDER, S. y MEIERS, M. (1999): «Aging of Population and Health Care Expenditure: A red herring?», *Health Economics*, vol. 8, págs. 485-496.