



Imagen cedida por el artista y economista Antonio Suárez Chamorro.

Reflexiones sobre el gasto sanitario en España y el covid 19.

Basado en los artículos aparecidos en el diario La Opinión de Málaga los días 13, 18 y 20 de mayo de 2020, actualizados y con aportes de cuadros estadísticos y otras informaciones.

Málaga a 21 de mayo de 2020.
Juan Manuel Ruiz Galdón.
Economista.

El gasto sanitario de un país se mide por el coste de sus servicios sanitarios públicos y privados. Para aproximarse al cálculo de este gasto, contamos con numerosas estadísticas que recogen interesantes informaciones sobre los distintos costes que según las clasificaciones económicas o funcionales ofrecen los países. Recuerdo en mi etapa de Administrador de Hospitales, la multitud de funciones, actividades y programas existentes para medir con precisión el coste real del complejo mundo sanitario.

Según datos de la OCDE a 2018, los norteamericanos son los que ostentan el record en mayor gasto sanitario público y privado mundial con unos 10.600 dólares por persona, aunque es un sistema duramente criticado por buena parte de los propios norteamericanos. Alemania le sigue a mucha distancia con unos 5.990 dólares por ciudadano, encontrándose España en el noveno lugar con 3.323 dólares. De estos gastos se excluyen las inversiones¹.

Cuando el 30 de enero, la Organización Mundial de la Salud declaró el Estado de Emergencia Global por el coronavirus, afirmaba que una de sus preocupaciones era que este virus se propagase *"a países con sistemas de salud que no estén lo suficientemente preparados para hacerle frente"*. De esta manera se estableció el índice "Seguridad Sanitaria Global", que compara a los países según su capacidad de respuesta ante una epidemia o pandemia. España ocupaba el puesto número 15 de la clasificación mundial, con 65,9 puntos de los 100 posibles, siendo los Estados Unidos el mejor preparado, con 83,5 puntos, seguido de Reino Unido con 77,9, aunque pueda extrañar por lo que venimos observando en dichos países². De estas cifras, una primera reflexión, mientras España es el noveno país en el mundo por gasto sanitario, en lo que respecta a su capacidad de respuesta a una pandemia desciende al puesto decimoquinto.

Aunque la OMS había declarado el día 30 de enero el Estado de Emergencia Global, el gobierno español esperó al 11 de marzo, cuando la citada organización declaraba la pandemia internacional por el Covid 19, para acordar el 14 de marzo el estado de alarma, para adoptar medidas de confinamiento contundentes, dado que no se puede acabar con el virus sino que tan solo lo que se puede hacer es impedir que nos infecte, como si hemos podido conseguir parcialmente con otros virus, que en estos meses también están tomando protagonismo, en especial la gripe, lo que ha llevado a muchos expertos a señalar la conveniencia de ligar las cifras de fallecimientos en España por coronavirus con la mortalidad esperada en estos meses sin el efecto de este virus.

Para ello, el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) en España³, que utiliza la información de mortalidad por todas las causas que a diario ofrecen los registros civiles informatizados del Ministerio de Justicia, nos ofrece una información importante para establecer los impactos de este nuevo virus. De esta manera, el Ministerio de Sanidad, a través del Instituto de Salud Carlos III, señala que se comenzaron a apreciar desviaciones importantes entre defunciones esperadas y observadas en la primera quincena de marzo, y en su último informe del 18 de mayo, señalan que los fallecimientos esperados en el periodo 17 de marzo a

¹ <https://www.muynegociosyeconomia.es/mercados/articulo/el-gasto-sanitario-en-espana-esta-estancado-pero-el-sistema-de-salud-resiste-721568627991>

² <https://es.statista.com/grafico/20971/capacidad-de-respuesta-a-una-epidemia-o-pandemia-en-2019/>

³ <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx>

8 de mayo eran 58.253, mientras que los observados fueron 89.366, dándose un exceso de 31.113, a pesar de las importantes medidas de confinamiento adoptadas a partir del 14 de marzo, que han minimizado los impactos producidos por este virus, pero también debemos tener en cuenta que también ha habido disminuciones en fallecimientos por otras causa, como por ejemplo los producidos por accidentes de tráfico. El informe señala que el exceso de fallecimientos es similar entre hombres y mujeres, concentrándose en la población mayor de 65 años, y finalizando con la enumeración de Autonomías en las que se han detectado excesos. Los resultados obtenidos con MoMo estiman que se ha producido un exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional en dicho periodo de un 53%. Cabe destacar que, desde el 12 de marzo, se han notificado 720 defunciones desde el registro civil del municipio de Barcelona, que el sistema MoMo contabiliza como 1.055 defunciones observadas por la corrección por retraso, por lo que la mortalidad esperada desde tal fecha hasta el día actual es de 2.874. Señala el informe ministerial que *“Teniendo en cuenta el periodo de exceso generalizado, se estima que se está infraestimando notablemente la mortalidad observada en este municipio y por tanto, en su CCAA”*.

Respecto a Andalucía, señala para el periodo 20 de marzo a 14 de abril, los fallecimientos esperados eran de 5.116, mientras los observados fueron 6.072, lo que ofrece un exceso de 956, un 18,7% más sobre lo esperado. Si lo comparamos con el resto de territorios con excesos de fallecimientos observados, comprobamos como nuestra autonomía se encuentra por debajo de Aragón con un 70,6%, Asturias 25%, Cantabria 45%, Castilla y León 113%, Castilla La Mancha 177%, Cataluña 49%, Comunidad valenciana 28%, Extremadura 45,5%, Galicia 19,5%, Madrid 152%, Navarra 135%, País Vasco 75%, La Rioja 62,5% y Ceuta 275%.⁴

En estos días conocemos que no toda Andalucía pasará a la fase 1 de desconfinamiento, quedando fuera las provincias de Málaga y Granada que concentran el 30,86% de trabajadores de la sanidad y servicios sociales de Andalucía, algo por encima del 30,62% que representan en población, lo que sin duda es una comparativa que nos beneficia a la hora de tomar una decisión sanitaria, aunque es cierto que la provincia de Málaga está por debajo del ratio sanitario público del resto de provincias andaluzas, y Granada se sitúa en primera posición de Andalucía, según las cifras del Registro Central de Personal a enero 2019 y las cifras del INE de habitantes al mismo año.

Respecto a la decisión de excluir a las provincias de Málaga y Granada de subir a la siguiente fase, pareciera, dado que soy incapaz de encontrar el modelo estadístico o algoritmo aplicable, que los criterios del grupo de expertos para que estas provincias no pasasen de fase, pudieran ser la incapacidad de los malagueños y granadinos de garantizar la disposición de entre 1,5 y 2 camas UCI, y entre 37 y 40 camas para enfermos agudos por 10.000 habitantes en un plazo de 5 días, aunque según el diario El País, Málaga provincia cuenta con 1,5 camas por UCI en su artículo *“Residencias, UCI y aglomeración: los puntos débiles de cada provincia para enfrentar al virus en la nueva fase”*. Pero pudiera ser que nuestro apalancamiento sea fruto de la propia petición de la Junta, si esta ha admitido que ciertos territorios de nuestra provincia no cumplen con los requisitos establecidos por la Orden SND/387/2020 para la transición a la "nueva normalidad", según los comentarios del coordinador Fernando Simón, aunque alivia para

⁴ Datos actualizados respecto a los publicados en los artículos de La Opinión de Málaga.

algunos y asusta para otros, su otro comentario respecto a que en una semana, por arte de birlibirlique, los malagueños pasaremos a los “encuentros en la segunda fase”, que técnicamente será la primera, como así fue.

Ordenado por el gobierno la desescalada, hemos comprobado que no se ha satisfecho las pretensiones iniciales requeridas por algunas Comunidades Autónomas. Según la actualización que a esa fecha emite el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias sobre el covid 19⁵, podría parecer que Andalucía en su conjunto ofrece mejores valores sobre el contagio que otras Comunidades en las que todas sus provincias pasan de fase, aunque cierto es que desconozco el peso específico de los valores del modelo estadístico o el algoritmo utilizado, si es que estos existen. Lo cierto es que 2,6 millones de habitantes de las provincias de Málaga y Granada debieron seguir en la fase cero, retrasando el inicio pausado a la actividad económica, así como el ansiado “*reencuentro social escalonado*” que la fase 1 posibilita al 18 de mayo.

Ante esta decisión gubernamental, debemos reflexionar sobre el hecho de que a este virus aún no se le ha vencido, y habrá que esperar a contar con una vacuna que inmunice a la humanidad, o una medicación o protocolos sanitarios que venzan al virus, por ello, la única solución ante su espectacular contagio es protegerse en el “refugio antiviral” del distanciamiento físico, la precaución y la higiene, pero desde mi punto de vista con instrumentos jurídicos tan extremos como del de alarma. Pero cierto es, que el miedo al contagio está consiguiendo que buena parte de nuestra sociedad prefiera perder libertad y aceptar ordenes, de manera similar a lo descrito por Orwell en su obra “1984”, de la que destaco su frase; “*Comprendo cómo, no comprendo por qué*”. Creo que nuestra sociedad pudiera estar cambiando.

Pasando a la cuestión sanitaria, reiterar que su gasto se compone de dos variables, el denominado público y el privado. Para el seguimiento de las dos variables, una buena fuente de información es el Sistema de Cuentas de Salud que utiliza la Estadística de Gasto Sanitario Público y el Gasto en Consumo final en sanidad de los hogares que proporciona el Instituto Nacional de Estadística. Desde una óptica positiva señalaríamos que somos el noveno país del mundo en gasto sanitario, y que contamos con un sistema sanitario “público” lo suficientemente potente como para garantizar una cierta universalidad en sus prestaciones, cosa que otros países no ofrecen, y que en 2019, el Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud, elaborado por la Fundación Mapfre, situaba a España en el noveno puesto en eficacia sanitaria, por delante de Francia, Holanda, Reino Unido o Estados Unidos⁶.

Los “*gastos públicos en sanidad*” representan el 70,66% del total, según los datos contenidos en el Sistema de Cuentas de Salud para datos del 2017 publicado en 2019. Podríamos decir que su cuantía depende de la decisión de los gobiernos competentes, dentro de un marco de recursos limitados y del escenario económico existente, entre otras circunstancias. Por ello, intentaré explicar en este momento, las decisiones políticas que sobre el gasto público hubo en España a raíz de la crisis del 2008, para después descender a los esfuerzos presupuestarios que en sanidad han ido adoptando las Comunidades Autónomas desde la citada crisis, sobre todo para

⁵ <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>

⁶ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-sanidad-espanola-en-el-top-10-de-las-mas-eficientes-del-mundo--8902>

comprobar la certeza o no de algunos comentarios que responsabilizan a personas, fuerzas políticas o gobiernos por los gastos públicos en general y los sanitarios en particular a partir de la crisis del 2008 y que, según sus criterios, son los responsables del estado sanitario existente en 2020 para enfrentarse a la pandemia.

En primer lugar, sobre las decisiones a nivel estatal, señalar que la crisis de 2008 se presenta en España gobernando Zapatero, quien adoptó en un primer momento políticas expansivas del gasto público, pasándolo de los 422 mil millones de euros en 2007, a 460 mil millones en 2008, y 494 mil millones en 2009. Pero en 2010 todo cambió al comprobar que no conseguía estabilizar el presupuesto nacional, 2007 lo había cerrado con un superávit de en torno a 20 mil millones de euros, mientras 2008 y 2009 los cerraba con déficits de unos 51 mil millones y 120 mil millones respectivamente. Por ello, en mayo de 2010 anunció la reducción de las inversiones públicas, la congelación de las pensiones, la bajada de sueldos de empleados públicos, la supresión de determinadas prestaciones, recortes en la ayuda oficial al desarrollo, así como otras medidas. A pesar de esto, ese año 2010 y 2011 gastaba 494 mil y 491 mil millones respectivamente, pero cerrando con unos déficits de 102 mil y 104 mil millones de euros respectivamente. Acumulaba en 4 años 377 mil millones de déficits, una media de 94,25 mil millones al año. Seguidamente Rajoy continuó con la misma política en el intento de reducir los déficits y la intervención de la Unión Europea, subiendo el gasto público hasta los 502 mil millones en 2012 y tras un descenso en 2013 debido al recorte en inversiones, se gasta 468 mil millones, cantidad superior a la de 2008, comienza una escalada en el gasto público que llegó a sobrepasar los 500 mil millones en 2018. Pero esta carrera en el gasto entre 2012 al 2018 se hace a costa de unos déficits acumulados de 412 mil millones, unos 59 mil millones al año. España aumentaba considerablemente el gasto público desde el 2008 pero a costa de un fuerte endeudamiento mientras entraba en un complejo escenario político que parece dificultar su gobernabilidad. Otros países de la Unión, que fueron rescatados en 2010 por esta, reducían su gasto público. Entre 2010 y 2018 Grecia pasaba de 118 mil millones de euros a 87 mil millones, Portugal de 93 a 88 mil millones de euros, e Irlanda de 109 a 82 mil millones de euros.

Como hemos podido observar, el *“gasto público español”* ha seguido una senda expansiva superior al ingreso público necesario para financiarlo, provocando con ello un importante endeudamiento público desde 2008. Según las Estadísticas de Gasto Sanitario Público 2018 confeccionadas en 2020 por el Ministerio de Sanidad, reflejan un aumento de este del 16,46% desde el 2014 y según las cifras encontradas del periodo 2008 al 2018 en la web de *“datosmacro.com”*⁷, el presupuesto en sanidad aumentaba en un 10,72%. Parece que los datos dibujan una política expansiva en los gastos sanitarios, cosa distinta es conocer si son las necesarias o adecuadas.

Según comprobamos en la publicación *“Sistema de Cuentas de Salud: 2017: principales resultados”*, editado en junio 2019 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el gasto sanitario total en España en 2017, compuesto por la suma de los recursos públicos y privados, ha sido de 104.928 millones de euros, de los que 74.150 millones fueron financiados por el sector público y 30.779 millones por el sector privado.

⁷ <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana>

De otro lado, dicho Ministerio viene elaborando, en colaboración con las Comunidades Autónomas, la “Estadística de Gasto Sanitario Público”, informando en las correspondientes al año 2018, que las Comunidades Autónomas son responsables del 92,6% del total del “gasto sanitario público” español, señalando que, según la clasificación funcional del gasto, el 61,8% se destina a los servicios hospitalarios, el 16,25% a farmacia, el 14,6% a servicios de atención primaria, y el resto a otros. Andalucía gasta el 59,3% en servicios hospitalarios, el 18,8% en farmacia, el 17,4% en atención primaria y el resto a otros. La comunidad que más dedica a servicios hospitalarios es Madrid con un 68,6%, en farmacia es Extremadura con un 19,3% y en atención primaria es Andalucía con el 17,4%. Destacar, en la clasificación económica, la importancia del gasto en personal, que incluyendo la formación de los MIR, representa el 48,8% del total. Aragón es la que más gasta con un 56,1% y la que menos Cataluña con un 37,7%. Andalucía se sitúa por encima de la media con un 52,6%.⁸

A continuación expongo un cuadro estadístico en el que comparo el número de empleados públicos en la Sanidad relacionándolo con el número de habitantes por CCAA.

Comunidad Autónoma	Número empleados públicos en sanidad enero 2019	Porcentaje sobre el total	Población enero 2019	Porcentaje de población
Andalucía	95.023	18,62%	8.414.240	17,96%
Madrid	73.634	14,43%	6.663.394	14,22%
Comunidad Valenciana	46.524	9,12%	5.003.769	10,68%
Cataluña	42.535	8,34%	7.675.217	16,38%
Galicia	35.136	6,89%	2.699.499	5,76%
Castilla y León	34.011	6,67%	2.399.548	5,12%
Castilla y La Mancha	30.003	5,88%	2.032.863	4,34%
Canarias	24.265	4,76%	2.153.389	4,60%
País Vasco	25.772	5,05%	2.207.776	4,71%
Murcia	20.030	3,93%	1.493.898	3,19%
Extremadura	16.543	3,24%	1.067.710	2,28%
Asturias	15.644	3,07%	1.022.800	2,18%
Baleares	11.876	2,33%	1.149.460	2,45%
Navarra	9.973	1,95%	654.214	1,40%
Cantabria	8.198	1,61%	581.078	1,24%
La Rioja	3.356	0,66%	316.798	0,68%
Total	510.224	100,00%	46.854.944	100,00%

Fuente: Registro Central de Personal del Ministerio de Política Territorial y Función Pública y el INE. Elaboración propia. No se cuenta Ceuta y Melilla dado que su personal sanitario está adscrito a los servicios centrales del Estado.

Con los datos ofrecidos en la tabla anterior, respecto a Andalucía, podríamos decir que la dotación de sanitarios respecto de nuestra población autonómica es superior a otras Comunidades Autónomas. Las únicas Comunidades Autónomas con una proporción menor de empleados públicos sanitarios respecto a sus habitantes son, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Baleares y La Rioja, destacando sobre todo Cataluña por su elevada desviación negativa.

De otro lado, si observamos cómo han evolucionado las plantillas en las CCAA desde enero de 2008 a enero de 2019, apreciaríamos que el total de empleados públicos sanitarios ha pasado de los 473.149 a 510.224, lo que supone un crecimiento de 37.075 sanitarios, un 7,83%, mientras

⁸ <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla31.htm>

el número total de empleados públicos en CCAA pasaba de 1.300.232 a 1.339.111, un crecimiento de 38.879, un 3%, lo que muestra un mayor crecimiento en la dotación de personal en los servicios sanitarios respecto del total, y acaparando el 95,36% del empleo público generado en el periodo, lo que parece mostrar una especial preferencia en la dotación de personal al área sanitaria entre enero 2008 y enero 2019 en el total autonómico.

Pasemos ahora a comprobar el “*esfuerzo presupuestario del gasto en sanidad por Comunidad Autónoma*”, dado que son ellas, como hemos visto, las que generan la mayor parte del gasto público sanitario en España. Para ello, relacionaré el gasto sanitario con el total del gasto presupuestario en las Comunidades Autónomas para el periodo 2008 al 2019, y con ello poder llegar a reflexionar sobre donde se encuentran la reducción en el esfuerzo presupuestario sanitario y los distintos gobiernos autonómicos en esos años. Para ello, centrándome en las 10 Comunidades con más población, lo que abarcaría a unos 40,7 millones de habitantes de los 46,8 existentes en todas las comunidades, no se han incluido Ceuta y Melilla, lo que representa al 87% de la población y el 60% de Comunidades, entiendo asegura que la muestra es altamente representativa⁹. La fuente consultada ha sido la web de “*datosmacro.com*”¹⁰, de donde he obtenido la media porcentual que en gasto sanitario han dedicado en este periodo cada Autonomía de la muestra, calculando luego los porcentajes medios de esfuerzo presupuestario del periodo, así como las medias de esfuerzo sanitario dedicado en el gasto público autonómico en los periodos gobernados por distintas fuerzas políticas, que he resumido en el siguiente cuadro.

Gastos sanitarios periodo 2008 al 2019 de las siete comunidades con mayor población.

Autonomía	Esfuerzo sanitario medio periodo	Primera fuerza política con más esfuerzo A	Esfuerzo sanitario medio A	Segunda fuerza política con más esfuerzo B	Esfuerzo sanitario medio B	Tercera fuerza política con más esfuerzo C	Esfuerzo sanitario medio C
Castilla León	36,88%	PP	36,88%				
Canarias	36,13%	CC	36,13%				
Murcia	36,00%	PP	36,00%				
Madrid	35,75%	PP	35,75%				
C. Valenciana	35,45%	PP	37,87%	PSOE	32,07%		
Galicia	34,69%	PP	34,78%	PSOE	33,69%		
Castilla La Mancha	33,69%	PP	34,15%	PSOE	33,46%		
País Vasco	32,41%	PSOE	33,03%	PNV	32,41%		
Andalucía	32,54%	PSOE	32,54%	PP	32,52%		
Cataluña	30,73%	PSOE	34,12%	CIU	30,29%	Just per Catalunya	29,19%

Fuentes: Dartosmacro.com. Elaboración propia.

De esta manera observamos que las primeras en “*esfuerzo presupuestario sanitario*” son Castilla León, Canarias y Madrid, dándose en ellas la coincidencia de que, en el periodo analizado, solo ha existido una sola fuerza política que la gobierna. Respecto a Andalucía, indicar que el PP solo

⁹ En el artículo publicado en La Opinión de Málaga, se hizo la comparativa con 9 por las limitaciones de espacio que exigía el mismo, pero la muestra mantenía los parámetros representativos para el análisis pretendido.

¹⁰ <https://datosmacro.expansion.com/estado/presupuestos/espana-comunidades-autonomas?sc=PR-G-F-31>

ha gobernado el último año del periodo, observando que lo aumenta, respecto al 2018, en un 6,78%, y destacando una fuerte bajada del esfuerzo presupuestario en 2013 con un -10,30% con el gobierno del PSOE. Entre las mayores desviaciones negativas en el gasto público en sanidad destacar la Comunidad valenciana, que pasaba de cifras del 39,23% en 2012 con el PP, a las del 29,53% con el PSOE en 2019, casi 10 puntos porcentuales de caída, y Cataluña que tras el cambio de gobierno del PSOE a CIU, cae del 32,34% al 28,46% que ofrece en la actualidad Junts per Catalunya. De los datos adjunto, bajo la aplicación de un objetivo “*método científico*”, dejo al lector sus conclusiones.

Respecto de los datos de gastos sanitarios que acabo de ofrecer de estas 10 comunidades, si los relacionásemos con el nivel de ingresos públicos per cápita que tienen cada una de ellas, podríamos comprobar la mayor o menos capacidad para destinar recursos a la sanidad pública. De este modo, recojo en el siguiente cuadro los ingresos presupuestados por estas Comunidades Autónomas para el 2019 en orden de volumen de ingreso público por habitante.

Posición en el ranking	Comunidad Autónoma	Formación política que gobierna en 2020	Ingreso público per cápita	Desviación respecto a la Comunidad mejor financiada	Esfuerzo presupuestario sanitario medio 2008-2019
1	Navarra	GEROA BAI	6.608	0	
2	País Vasco	PNV	5.113	1.495	32,41%
7	C. Valenciana	PSOE	4.488	2.120	35,45%
10	Galicia	PP	4.274	2.334	34,69%
11	Castilla La Mancha	PSOE	4.120	2.488	33,69%
12	Castilla León	PP	4.049	2.559	36,88%
13	Cataluña	JUNTS PER CATALUNYA	4.018	2.590	30,73%
14	Canarias	CC	3.979	2.629	36,13%
15	Murcia	PP	3.881	2.727	36,00%
16	Andalucía	PP	3.812	2.796	32,54%
17	Madrid	PP	3.407	3.201	35,75%

Fuente: Datosmacro.com. Elaboración propia. No se muestra en esfuerzo presupuestario en sanidad de Navarra al no entrar en la muestra analizada.

Podemos apreciar que son las Comunidades forales las que cuentan con un mayor financiamiento para su gasto público, bajo gobiernos nacionalistas. El resto de Comunidades analizadas ofrecen una menor financiación por habitante, encontrando como Madrid mantiene unas diferencias de financiación con Navarra de 3.201 euros por habitante, lo que significa que con el dinero público que destina el gobierno de Navarra al gasto de un habitante, el gobierno de Madrid cubriría el gasto de 2, diferencias que demuestran privilegios que parecen no permitir nuestra Constitución, pudiendo ser conveniente modificar la dotación económica de los distintos Fondos que mantiene el Sistema de Financiación autonómico para conseguir evitarlos y conseguir facilitar la recuperación económica y sanitaria. Es necesaria una mayor coordinación entre los distintos gobiernos territoriales en España para que las medidas a adoptar sean más efectivas ante el riesgo que los efectos económicos, sociales y sanitarios que vendrán puede afectar de manera desigual nuestros territorios, agrandando aún más las cantidades observadas en el cuadro anterior, y con ello la pobreza o la exclusión social en ciertos territorios. Reitero que estas importantísimas diferencias de renta pública entre comunidades son muy importantes, señalando nuestra Constitución, en su artículo 138.2, que entre Comunidades no debe existir, en ningún caso, privilegios económicos o sociales, para lo que establece, en su artículo 31.2, que “*El gasto público realizará una asignación “equitativa” de los recursos públicos y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía*”, responsabilizando a los poderes públicos, en sus distintos artículos del Capítulo tercero del Título

I de nuestra Constitución, de los que destaco en estos momentos su artículo 40.1, la obligación que tienen los poderes públicos de *“promover condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de renta regional y personal más equitativa, en el marco de una política de estabilidad económica”*, estableciendo condicionantes sumamente interesantes el Título VII, para conseguir una mejor distribución de rentas en nuestro país. Seguro que la Unión Europea estará pendiente a ello, y nos exigirá esfuerzos para evitar que estas desigualdades regionales provoquen aumentos de los estados de pobreza y desequilibrios en los gastos sanitarios.

Para ir cerrando, señalar que el último informe de la Comisión Europea referido al 2017, sitúa el gasto sanitario público y privado español a 0,9 puntos porcentuales por debajo de la media europea que se sitúa en el 9,8% del PIB medio de la Unión¹¹. La Comisión justifica estas desviaciones en la crisis económica del 2008, esperando se acorten a 2019.

Aprovecho para hacer referencia a un reciente artículo del 16 de mayo del 2020, del catedrático de economía de la Universidad Pablo de Olavide, José María O’Kean, que bajo el título *“Del derroche a la improvisación”*, expone algunos sacrificios a los que podríamos enfrentarnos, recordando en estos momentos convulsos que vivimos, otra frase de la obra *“1984”* de Orwell; *“El doblepensar significa la facultad de sostener dos opiniones contradictorios simultáneamente, dos creencias contrarias albergadas a la vez en la mente”*, que me hace dudar si ese *“doblepensar”* en política es una realidad o un mal sueño.

Gracias por último, a mi amigo Ángel Luis por sus comentarios en el confinamiento que vivimos, a Dina y Pilar por su presencia, y a mis compañeros economistas que, representados por la Junta de Gobierno del Colegio de Economistas y el extraordinario equipo técnico-administrativo de la Secretaría General Técnica, se enfrentan diariamente a una nueva sociedad cambiante que se está construyendo en un distanciamiento social más profundo de lo que muchos creen, y a la que deberán prestar asesoramiento y ayuda continua, en espera de que el miedo generado por estados indefinidos de confinamiento y alarma no hagan realidad la frase de Voltaire, *“Es difícil liberar a los necios de las cadenas que veneran”*. Termino señalando, que ante la profunda crisis económica que se nos avecina, espero estemos preparados para que el *“pensamiento fanático”*, una especie de esclavitud moral, no acabe con la razón y la crítica, pudiendo reflexionar sabiamente sobre el mensaje que Nietzsche transmite en su frase, *“Lo que más me molestó no es que me hayas mentado sino que, de aquí en adelante, no podré creer en ti.”*

¹¹ <https://www.oecd.org/spain/Espa%C3%B1a-Perfil-sanitario-nacional-2019-Launch-presentation.pdf>