



El enigma de cuánto y cómo se ha de gastar en sanidad

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Redactora Jefe de Gaceta Médica

La publicación de las últimas estadísticas de gasto sanitario en nuestro país, público y privado, correspondientes a 2015 han coincidido casi en el tiempo con la aprobación definitiva de los Presupuestos Generales del Estado para 2017 y el techo de gasto fijado para 2018. Economistas de la salud, portavoces políticos y sindicales y responsables de la sanidad privada aportan sus recetas particulares para gastar lo necesario y en las partidas verdaderamente imprescindibles.

KEY WORDS: presupuesto, gasto sanitario, eficiencia, sanidad privada, financiación, sostenibilidad.

El sistema sanitario español gastó 99.974 millones de euros en el año 2015. Es el último dato recogido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y publicado en junio de este año dentro de los principales resultados del Sistema de Cuentas de Salud, una de las dos metodologías —junto a la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)— que se emplean para elaborar las series de gasto sanitario. La información, por otra parte, que sirve de base para los datos que se recogen cada año en la *OECD Health Statistics* y que permiten comparar, con todas las cautelas, la situación española con respecto al resto de países desarrollados (ver Tabla 1).

La preocupación por la sostenibilidad del sistema, acrecentada por la crisis económica, copa titulares desde hace mucho tiempo y sitúa permanentemente el gasto sanitario en el centro de todas las miradas. Pero en realidad, el análisis de estas cifras desde ópticas bien distintas, ya sea la esfera de la política, el movimiento sindical, el sector de la sanidad privada o bajo el prisma de los economistas de la salud, muestra, una vez más, que poco hay más relativo e interpretable que las cifras.

Estos cerca de 100.000 millones de euros representan un 9,3 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) de nuestro país, un 6,6 por ciento financiado con recursos públicos y un 2,7 por ciento con recursos privados. Con estos

datos sobre la mesa, la primera pregunta es si representan el nivel de gasto que corresponde a un país como España.

Desde el ámbito académico, David Cantarero, profesor titular de Economía Aplicada de la Universidad de Cantabria, subraya que “realmente nos encontramos aún por debajo de la media de los principales países desarrollados de la OCDE, lo que indica que queda bastante camino por recorrer”. Además, destaca que en los últimos años se ha experimentado un desplazamiento del gasto sanitario desde la parte pública a la privada, y que presenta, además importantes diferencias entre comunidades autónomas.





BUEN HORIZONTE PARA LA SANIDAD PRIVADA

TABLA 1

GASTO SANITARIO ESPAÑA

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto sanitario público	SCS (con CLD)	59.172	64.216	70.829	75.574	75.118	73.261	69.152	66.552	66.799	71.036
	EGSP (sin CLD no SNS) ¹	55.677	60.310	66.858	70.674	69.530	68.057	64.078	61.728	61.919	65.565
Gasto sanitario privado	Con CLD	21.951	23.789	24.933	24.200	24.912	25.930	26.590	27.110	28.583	28.937
	Sin CLD	20.639	22.414	23.418	22.866	23.325	24.337	24.870	25.346	26.796	27.454
Gasto Total	Con CLD	81.123	88.005	95.763	99.774	100.029	99.191	95.742	93.662	95.382	99.974
	Sin CLD no SNS	75.930	82.293	89.681	92.942	92.243	91.725	88.327	86.471	88.243	92.546
	Sin CLD	74.619	80.885	88.118	91.330	90.655	90.122	86.797	84.980	86.710	90.907

CLD: Cuidados de larga duración; SNS: Servicio Nacional de Salud. ¹Incluye las funciones de investigación y formación.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por su parte, Juan Oliva, profesor de Análisis Económico de la Universidad de Castilla-La Mancha, matiza que hay muchas maneras de contestar a esta cuestión. El economista opta por comparar el esfuerzo relativo que realizamos como país, a través del porcentaje del PIB, en relación a los países del entorno, con un sistema organizado de manera similar al nuestro. En este caso, advierte, “si nos comparamos con Italia y Portugal nuestro gasto sanitario total es similar, alrededor del 9 por ciento del PIB, aunque estamos cerca de un punto del PIB por debajo del Reino Unido y dos puntos por detrás de Suecia”. (Ver Tablas 2 y 3).

No obstante, Oliva señala que el peso de la financiación pública sí está por debajo de estos países, con la excepción de Portugal. De este modo, entiende que “como país sí hacemos el esfuerzo que nos corresponde, o quizá esté algo por debajo, aunque este balance público -privado ha quedado descompensado por los años de la crisis”.

Desde la esfera política, la portavoz de Sanidad de Podemos en el Congreso de los Diputados, Marta Sibina, asegura que la pregunta de qué gasto sanitario corresponde a cada país, sistema y sociedad jamás ha podido ser “científicamente” respondida por parte de los economistas de la salud. “Sabemos que a partir de cierto nivel de gasto sanitario los resultados en salud solo se ven mejorados de forma decreciente y a partir de cierto nivel de gasto conseguir mejoras en salud se hace más complejo”, sostiene. Con respecto a la situación española, Sibina considera que es posible identificar nichos de mejora en su sostenibilidad externa, estableciendo, por ejemplo, suelos de gasto para partidas prioritarias y especialmente maltratadas o diseñando una estructura fiscal que permita dar respuesta a necesidades de gasto público, además de hacer todo lo posible para mejorar la sostenibilidad interna, introduciendo mejoras de eficiencia para que el gasto realizado aporte salud.

Desde Podemos creen que es excesivo ese 30 por ciento de gasto privado, cuando, en su opinión, “no se deriva de seguros, sino que se debe a gasto de bolsillo en su mayoría que incluye dos aspectos que deberían estar cubiertos por la financiación pública: el copago de medicamentos y la atención de prestaciones básicas como la salud bucodental”, aclara.

Sobre este punto, Francisco Igea, portavoz de Sanidad de Ciudadanos (Cs), coincide en que nuestro país esta aun alejado del gasto sanitario que le corresponde, aunque es cierto que en estos dos últimos presupuestos se ha recuperado algo. “Sobre todo en este último presupuesto, gracias a Cs, se ha incrementado en 1.700 millones de euros”, puntualiza. Sin embargo y aunque según la OCDE estamos justo en la media de gasto global de los países OCDE, es cierto que el porcentaje de gasto público está aún en el 6,2 PIB y deberíamos de recuperar niveles cercanos al 7 por ciento.

Por su parte, Manuel Vilches, secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) alude a las cifras que recoge su informe “Sanidad privada, aportando valor 2017”, que ofrece datos de 2014. Ya entonces el gasto sanitario experimentó un incremento con respecto a las últimas cifras publicadas por la OCDE, “motivado, principalmente por el aumento del gasto privado”. Según su interpretación, en términos generales la comparación con los países del entorno deja a España ligeramente por encima de la media de la OCDE, aunque por detrás, y a bastante distancia, de otros como Francia, Alemania u Holanda.

Ante estos datos, su conclusión es que “nuestro gasto en sanidad no progresa adecuadamente, necesita mejorar en todos los sentidos, en términos absolutos y relativos y, por supuesto, en términos de eficiencia”.

En Comisiones Obreras y el Partido Socialista, el secretario general de Sanidad de la Federación de Servicios Públicos y la secretaria de Sanidad de la Comisión Ejecutiva Federal del PSOE, Antonio Cabrera y María Luisa Carcedo, ponen el foco en el gasto sanitario público.

Según los últimos datos del informe ‘Sanidad privada. Aportando valor 2017’ el gasto sanitario privado continúa con su tendencia de crecimiento. Manuel Vilches, secretario general de la Fundación IDIS, insiste en que según estas cifras ese 30,1 por ciento de gasto privado del total del gasto sanitario en 2014 sitúa a España 3,1 puntos por ciento por delante de la media de la OCDE, que ronda el 27,1 por ciento. “El sector asegurador continúa registrando incrementos significativos tanto en número de asegurados como en volumen de primas”, sostiene. En 2016, según este informe, se alcanzaron 9,7 millones de asegurados, un 73 por ciento de ellos fuera del mutualismo administrativo, un 19,5 por ciento a mutualismo y el 7,5 por ciento a reembolso de gastos. “Todo ello vaticina un futuro prometedor sustentado en la calidad de nuestros centros, la experiencia y prestigio de nuestros profesionales, la calidad y seguridad de nuestros procesos y procedimientos y la excelente percepción de los ciudadanos que utilizan nuestros servicios”, tal y como resume el secretario general de la fundación.



Manuel Vilches, secretario general de la Fundación IDIS.



TABLA 2

GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRIVADO EN PAÍSES DE LA OCDE POR PORCENTAJE DE PIB¹

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
EEUU	14,5	14,7	14,9	15,3	16,3	16,4	16,4	16,4	16,3	16,5	16,9	17,2
Suiza	10,3	9,8	9,6	9,8	10,4	10,7	10,8	11,1	11,4	11,6	12,1	12,4
Alemania	10,3	10,1	10,0	10,2	11,2	11,0	10,7	10,8	11,0	11,1	11,2	11,3
Suecia	8,3	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	11,0
Francia	10,2	10,0	10,0	10,1	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,1	11,0
Japón	7,8	7,8	7,9	8,2	9,1	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,9
Países Bajos	9,3	9,2	9,2	9,5	10,2	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,7	10,5
Noruega	8,3	7,9	8,1	8,0	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,0	10,5
Bélgica	9,0	8,9	9,0	9,3	10,1	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,5	10,4
Austria	9,6	9,5	9,5	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,2	10,3	10,3	10,4
Dinamarca	9,1	9,2	9,3	9,5	10,7	10,4	10,2	10,3	10,2	10,3	10,3	10,4
Reino Unido	7,2	7,4	7,5	7,7	8,6	8,5	8,5	8,5	9,9	9,8	9,9	9,7
Finlandia	8,0	8,0	7,8	8,1	8,9	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,4	9,4
España	7,7	7,8	7,8	8,3	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,2	9,0
Portugal	9,4	9,1	9,1	9,4	9,9	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	8,9
Italia	8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9
Islandia	9,2	8,9	8,7	8,7	9,1	8,8	8,6	8,7	8,7	8,8	8,6	8,6
Grecia	9,0	9,0	9,1	9,4	9,5	9,6	9,1	8,8	8,3	7,9	8,4	8,2
Irlanda	7,6	7,5	7,8	9,1	10,5	10,5	9,9	10,1	10,4	9,9	7,8	7,8
Polonia	5,8	5,8	5,9	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,4
Luxemburgo	7,2	6,7	6,2	6,5	7,3	7,0	6,1	6,6	6,5	6,3	6,0	6,3

Fuente: OCDE. ¹Países ordenados de mayor a menor porcentaje de PIB 2016.

Cabrera subraya que España que esta cifra ha pasado de un 7 por ciento del PIB en 2010 al 6,1 en 2015. Sin olvidar, que “el Gobierno tiene previsto según su Programa de Estabilidad 2010-2020 dejar el gasto sanitario público en el 5,57”, puntualiza. Además, “a pesar de incrementarse en los últimos ejercicios, el gasto sanitario sigue estando 3.300 millones de euros por debajo del ejercicio 2010”, alerta.

El portavoz sindical observa con preocupación un factor que considera que “desequilibra aún más la relación entre el público y privado”, que es el gasto público derivado

Carcedo (PSOE): “Lejos de avanzar hacia el 7 por ciento del PIB en gasto público sanitario, hemos retrocedido en estos años”

TABLA 3

GASTO SANITARIO PÚBLICO EN PAÍSES DE LA OCDE POR PORCENTAJE DE PIB¹

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alemania	7,8	7,7	7,6	7,8	9,3	9,2	9,0	9,0	9,2	9,3	9,4	9,5
Suecia	6,8	6,7	6,6	6,8	7,3	6,9	9,0	9,1	9,3	9,3	9,2	9,2
Japón	6,3	6,3	6,4	6,7	7,4	7,5	8,9	9,1	9,1	9,1	9,2	9,1
Noruega	6,9	6,6	6,7	6,7	7,7	7,5	7,4	7,4	7,6	8,0	8,5	8,9
Dinamarca	7,6	7,7	7,8	8,0	9,0	8,8	8,5	8,6	8,6	8,6	8,7	8,7
Francia	8,0	7,9	7,8	7,9	8,5	8,4	8,4	8,5	8,6	8,7	8,7	8,7
Países Bajos	6,2	7,6	7,7	7,8	8,4	8,6	8,6	8,9	8,8	8,8	8,6	8,5
EEUU	6,6	6,8	6,9	7,2	7,9	7,9	7,9	7,9	8,0	8,2	8,3	8,5
Bélgica	6,9	6,8	6,7	7,2	7,8	7,7	7,8	7,9	8,0	8,0	8,1	8,0
Suiza	6,1	5,8	5,7	6,4	6,8	6,7	6,8	7,1	7,4	7,4	7,7	7,9
Austria	7,2	7,2	7,2	7,4	7,8	7,7	7,5	7,7	7,7	7,8	7,8	7,8
Reino Unido	5,9	6,1	6,1	6,4	7,2	7,1	7,0	6,9	7,8	7,8	7,9	7,7
Islandia	7,5	7,3	7,2	7,2	7,4	7,1	7,0	7,0	7,0	7,1	7,0	7,1
Finlandia	6,0	6,0	5,8	6,0	6,6	6,6	6,7	7,0	7,1	7,1	7,0	7,0
Italia	6,5	6,6	6,3	6,7	7,0	7,0	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7	6,7
España	5,5	5,6	5,7	6,1	6,8	6,7	6,7	6,6	6,4	6,4	6,5	6,3
Portugal	6,7	6,3	6,2	6,4	6,9	6,9	6,5	6,1	6,1	6,0	5,9	5,9
Irlanda	6,0	5,8	6,2	7,2	8,1	8,0	7,5	7,6	7,3	6,9	5,4	5,5
Luxemburgo	6,0	5,6	5,2	5,7	6,3	6,0	5,1	5,4	5,4	5,2	5,0	5,3
Grecia	5,6	5,7	5,6	5,5	6,5	6,6	6,0	5,8	5,2	4,6	5,0	4,8
Polonia	4,0	4,0	4,1	4,6	4,7	4,6	4,4	4,3	4,5	4,4	4,4	4,4

hacia conciertos con la actividad privada. Los últimos datos al respecto de 2014, destaca, revelan que las comunidades autónomas destinan entre un 3,6 por ciento en Cantabria al 24,84 por ciento en Cataluña, con Baleares, Madrid y Canarias entre el 11 y 10 por ciento.

Por su parte, Carcedo también alude al recorte que contempla el Plan de Estabilidad y remarca que en cuanto a gasto sanitario público nos situamos por debajo de nuestro entorno. “Lejos de mejorar y avanzar hacia la cifra que nos proponíamos como horizonte alcanzar en nuestro programa electoral, un 7

por ciento del PIB, vamos en sentido inverso” indica. Como muestra, la portavoz socialista destaca que solo desde 2011 a 2014 se redujeron 2.500 millones de euros en retribución de personal.

“Por mucha eficiencia que tenga el sistema, esto hace que se resienta”, sentencia la portavoz socialista. En su opinión, aunque en su día el sistema logró cotas muy altas de eficiencia, a partir de 2011 “entramos en una deriva de reducción de gasto que afecta de momento y afectará más en un futuro a la calidad del sistema sanitario y a los profesionales”.



Distribución del gasto sanitario público en España

**TABLA 4**

GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO

	2011	2012	2013	2014	2015
Millones de euros	68.057	64.078	61.728	61.919	65.565
Porcentaje sobre PIB	6,4%	6,2%	6,0%	6,0%	6,1%
Euros por habitante	1.458	1.369	1.321	1.331	1.412

TABLA 5GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO
SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICA

	2011	2012	2013	2014	2015
Remuneración de personal	30.354	27.975	27.779	27.875	28.908
Consumo intermedio	15.308	15.837	14.515	14.696	16.726
Consumo de capital fijo	307	294	284	267	261
Conciertos	7.541	7.399	7.176	7.221	7.540
Transferencias corrientes	13.047	11.501	11.124	11.002	11.106
Gasto de capital	1.501	1.072	850	859	1.024
Total consolidado	68.057	64.078	61.728	61.919	65.565

TABLA 6GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO
SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

	Millones de euros	Porcentaje PIB	Euros por habitante
Andalucía	9.158	6,4%	1.090
Aragón	1.948	5,8%	1.469
Asturias	1.602	7,5%	1.526
Baleares	1.442	5,3%	1.281
Canarias	2.745	6,7%	1.291
Cantabria	827	6,8%	1.413
Castilla y León	3.581	6,7%	1.445
Castilla-La Mancha	2.672	7,2%	1.295
Cataluña	9.702	4,8%	1.312
Comunidad Valenciana	6.460	6,4%	1.308
Extremadura	1.639	9,5%	1.501
Galicia	3.808	6,8%	1.393
Madrid	7.938	3,9%	1.243
Murcia	2.159	7,8%	1.475
Navarra	961	5,2%	1.510
País Vasco	3.531	5,3%	1.631
La Rioja	434	5,5%	1.384
Comunidades Autónomas	60.607	5,7%	1.310

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público 2015. MSSSI. (*) Porcentaje sobre total de gasto sanitario público consolidado de la comunidad.

TABLA 7GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO
SEGÚN CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

	2011	2012	2013	2014	2015
Servicios hospitalarios y especializados	39.840	38.720	37.421	38.003	40.942
Servicios primarios de salud	10.176	9.468	9.138	9.045	9.336
Servicios de salud pública	747	699	665	655	672
Servicios colectivos de salud	2.105	2.038	2.040	1.730	1.853
Farmacia	12.296	10.834	10.480	10.391	10.525
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.391	1.248	1.133	1.235	1.213
Gasto de capital	1.501	1.072	850	859	1.024
Total consolidado	68.057	64.078	61.728	61.919	65.565

TABLA 8GASTO SANITARIO PÚBLICO EN REMUNERACIÓN DE PERSONAL
SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

	Millones de euros	Porcentaje*
Andalucía	4.334	47,3%
Aragón	1.022	52,5%
Asturias	770	48,1%
Baleares	689	47,8%
Canarias	1.350	49,2%
Cantabria	403	48,7%
Castilla y León	1.766	49,3%
Castilla-La Mancha	1.351	50,5%
Cataluña	3.452	35,6%
Comunidad Valenciana	2.504	38,8%
Extremadura	838	51,1%
Galicia	1.692	44,4%
Madrid	3.532	44,5%
Murcia	1.030	47,7%
Navarra	486	50,6%
País Vasco	1.817	51,5%
La Rioja	205	47,1%
Comunidades Autónomas	27.239	44,9%

UNA DISTRIBUCIÓN ADECUADA

La Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) recoge ese 6,1 por ciento del PIB de gasto público en 2015 al que se refieren. Esta otra serie de gasto sanitario considera únicamente el gasto público y, por su propia metodología, es coherente a nivel nacional y es empleada para realizar comparaciones entre comunidades autónomas.

Llegados a este punto, falta por ver si, en opinión de los agentes sanitarios, el gasto público que se lleva a cabo en nuestro país se reparte de forma adecuada. En los principales resultados de esta serie (ver Tablas 4 a 8), las principales partidas van a parar a servicios hospitalarios y especializados, con 40.942 millones de euros en 2015, y farmacia, con 10.525 millones de euros. Cifras que se extraen de un gasto total consolidado de 65.565 millones de euros.

Entre otros muchos detalles, dentro de esta estadística se desglosa también el gasto público consolidado por comunidad autónoma y habitante. En base a esta, la media de gasto público por habitante se situó en 1.310 mil euros. Con Andalucía en la base, con un gasto por habitante de 1.090 euros, y País Vasco a la cabeza, con 1.631 euros anuales. La diferencia entre regiones también se observa con claridad al analizar otros gráficos, por ejemplo, sobre el gasto público total en remuneración de personal.

Para el economista David Cantarero, el gasto resulta más o menos adecuado según dónde queramos poner la lupa. "La desviación continúa entre lo presupuestado inicialmente y el gasto liquidado o real indica que en algunos lugares se alcanzan cifras que rondan el 30 por ciento". No obstante, al final tenemos tres niveles de gestión, y es en la parte final o en la gestión clínica donde se concentran tres cuartas partes del gasto, remarca.

Oliva hace hincapié en que las autoridades públicas no han desarrollado inversiones sanitarias basadas en el valor. Por tanto, se desconoce qué obtenemos en términos

de años de vida ajustados por calidad, reducción de dolor o sufrimiento, discapacidad evitadas, etc., a cambio de los recursos invertidos en servicios sanitarios.

Una idea que enlaza con la de Francisco Igea, de Ciudadanos, que asegura que para saber si se gasta adecuadamente deberíamos de tener indicadores claros de resultados por comunidades. Los indicadores actuales, asegura, revelan claras inequidades entre distintas comunidades y además existe muchísima opacidad, como se demostró en la comisión monográfica sobre el virus de la hepatitis C, donde se llegaron a mostrar, sin sonrojo alguno, gráficas de gasto por población asistida donde no se identificaba a las comunidades más que con un número. Además, insiste, seguimos estando entre los países OCDE con mayor porcentaje de gasto farmacéutico y han sufrido mucho más la atención primaria y la salud pública que la atención hospitalaria. "El hospitalocentrismo es una de las rémoras del sistema", sentencia.

Por su parte, la portavoz de Podemos diferencia gasto adecuado e inadecuado. Algunos aspectos, matiza, deberían ser enmendados en los próximos años. Entre ellos cita el papel subalterno de la atención primaria, en línea con la reflexión de Igea, y la salud pública en los presupuestos, la tendencia creciente del gasto farmacéutico hospitalario y la menguante en el gasto de personal en los hospitales y la falta de dedicación de fondos a los cuidados de larga estancia y residenciales.

Una preocupación añadida para este partido político es que el gasto sanitario se vincule a los ciclos económicos, convirtiéndolo en un gasto procíclico. "Si creemos que el sistema sanitario tiene cierta capacidad para reducir las desigualdades sociales en salud y amortiguar las épocas de crisis, no podemos tener un sistema que se hipertrofia en las expansiones y muera de inanición en las crisis", advierte.

Para la portavoz socialista, Luisa Carcedo, hay grandes carencias en áreas que son deter-



minantes para la salud. Pocos apoyos en estudios sobre genética y sobre desigualdades en salud, entorno ambiental, hábitos saludables, etc. Un gran bloque que debe ser prioritario y que supone aplicar “la salud en todas las políticas”. De igual modo, considera que las políticas de salud pública no han tenido, hasta la fecha, el peso que les corresponde.

Otra área de gasto inadecuado para los socialistas son las retribuciones de los profesionales. “No se puede tener un sistema en el que una base importantísima son los profesionales, principalmente los sanitarios, sometidos a restricciones retributivas y de precariedad”, anuncia.

Antonio Cabrera, de CC. OO., no alcanza a comprender que un país con la esperanza de vida más alta del entorno, con una población cada vez más envejecida, el presupuesto baje de forma tan alarmante. Entre 2010 y 2014 se perdieron más de 5.800 camas hospitalarias, detalle, lo que nos sitúa como el cuarto país por la cola en camas por habitante, indica.

Mientras tanto —continúa— el gasto hospitalario ha subido un 3 por ciento durante la crisis, mientras baja un 9 por ciento el gasto en atención primaria, que se cifró en 2015 en 9.336 millones de euros. Datos que, insiste, reflejan el alejamiento de los servicios sanitarios públicos a la población.

Desde la perspectiva de la privada, la eficiencia es un elemento clave a la hora de gestionar y distribuir recursos en un entorno tan complejo. Vilches apunta que la situación actual hace que sea muy difícil proporcionar un catálogo de prestaciones amplísimo garantizado por la Ley General de Sanidad de forma universal, algo que sí sería posible si se lleva a cabo una gestión eficiente de los recursos asignados y de todos los recursos disponibles del sistema, públicos y privados.

Sibina (Podemos): “ha habido un cambio en la composición del gasto fundamental, con gran esfuerzo para las familias a través de pagos directos”



LA HUELLA DE LA CRISIS

Estas nuevas estadísticas que ofrece el Ministerio de Sanidad reflejan de manera clara el impacto de la crisis. El economista Juan Oliva cita, por ejemplo, que según el Sistema de Cuentas de Salud en financiación pública entre 2009 y 2014 hubo una reducción de casi 9.000 millones de euros, mientras entre 2014 y 2015 ascendió en más de 4.000 millones de euros (ver Tabla 1).

En el caso de la financiación privada, entre 2009 y 2015 el gasto se incrementó en 4.700 millones de euros, una cifra que se explica, recuerda Oliva, casi enteramente por el aumento en los pagos directos realizados por los hogares.

En cualquier caso, Cantarero insiste en que haber recortado linealmente “partidas de gasto de manera indiscriminada y sin ninguna otra explicación más allá de intentar bajar déficit y deuda ha tenido y tiene consecuencias negativas sobre la calidad de la prestación de los servicios sanitarios y ha empeorado los resultados en salud. Sin embargo, no cree que hayamos aprendido mucho de ella, a la vista de algunas cosas que están empezando a reproducirse en algunas regiones.

Bajo la perspectiva de Marta Sibina, ha habido un cambio en la composición fundamental, con importante contracción de la financiación pública y gran esfuerzo por parte de las familias a través de pagos directos a los que también aludía el economista.

Sibina destaca cinco consecuencias fundamentales de la crisis económica en el sistema sanitario, que comenzarían con la “descapitalización del Sistema Nacional de Salud con una bajada por encima de los países del entorno, la caída del PIB y del gasto público. “Podríamos decir que los recortes sanitarios han sido el colchón sobre el que el gobierno ha hecho caer los recortes de gasto público de forma muy notable”, concreta.



Otro efecto es el blindaje del gasto hospitalario, convirtiendo el hospital en el eje en torno al cual gira el sistema y, en especial, el gasto farmacéutico y tecnológico.

Frente a este punto, subraya que ha disminuido el gasto en personal, con pérdidas de profesionales y precarización de los que se quedaban, y también se han efectuado recortes, en palabras de la portavoz de Podemos, hasta llegar al límite de la suficiencia financiera en atención primaria y salud pública.

Un último punto en su opinión ha sido la falta total y absoluta, con reducción del gasto por encima del 50 por ciento, en el gasto de capital, que hará, según sus palabras, “que ahora tengamos que cargar con las necesidades que se vayan generando y con los deberes que dejamos sin hacer entre 2009 y 2015”.

Luisa Carcedo, del PSOE, pone el foco del peso de la crisis económica en las medidas que fueron puestas en marcha a partir del RDL 16/2012. Y subraya que quizá donde más se ha dejado sentir la crisis es en la precariedad, en la falta de renovación de plantillas y las condiciones laborales de los profesionales, que han perdido poder adquisitivo de forma considerable.

Una preocupación en la que coincide con Francisco Igea, de Ciudadanos, que admite que tenemos un sistema muy sólido, sustentado sobre unos profesionales con un nivel excelente de formación a los que podemos perder si no comenzamos a tratarles un poco mejor y a considerar más la calidad de su trabajo. “Eliminar el maltrato y la arbitrariedad en el SNS es imprescindible por eso hemos priorizado la estabilidad y el fin del deterioro de las condiciones laborales sobre cualquier otra política. No tendremos sistema si perdemos a nuestros profesionales. 3.000 médicos españoles al año hacen las maletas y salen de nuestro país”, apunta.

El portavoz de este partido también reconoce que sin duda se han pasado unos años de durísimos recortes, no solo por la crisis, sino porque se ha disminuido porcentaje de PIB. “Es decir se ha recortado más gasto de lo que correspondía por efecto de la crisis”, puntualiza.

PUNTO DE INFLEXIÓN

Al igual que los gobernantes y la sociedad española, las estadísticas parecen querer dejar atrás una mala época en lo económico. Buena parte de las que recogen el gasto sanitario y el gasto sanitario público parecen reflejar un punto de inflexión en el año 2014 (ver Tablas 1, 4 a 8). El economista Juan Oliva explica que en relación con las cifras que aporta el Sistema de cuentas de Salud sí se aprecia un cambio de tendencia en el gasto público entre 2014 y 2015. No obstante, “hay que esperar para ver cómo se concreta en años sucesivos, puesto que el Plan de Estabilidad del Reino de España apunta a una caída en el peso del gasto sanitario en el PIB”, recuerda también. En un contexto de crecimiento económico sostenido, significaría que el gasto sanitario público aumentaría, pero en menor proporción que el PIB, expone. “Si, por desgracia no se consolidara el crecimiento económico, la situación sería muy complicada para el sistema sanitario”, alerta.

Para David Cantarero, aún es pronto para valorar si los presupuestos de 2016 y 2017 reflejan ya la mejoría económica de la que hablan los gobernantes. “Al final, son presupuestos iniciales que veremos solo dentro de unos años, por ahora, conocemos el gasto liquidado de 2015” puntualiza. En el futuro podremos ver en cuánto se han desviado del gasto liquidado o real, es pronto para hacer valoraciones, sostiene. Y además, lanza una advertencia más: “En todo caso, los buenos gestores sanitarios deberían estar ahora implementando las reformas que necesita el sistema y no relajarse en esta hipotética zona de confort presupuestaria”.

Desde Ciudadanos, Francisco Igea sí observa un punto de inflexión: “Los números dicen que en algunas comunidades se han recuperado ya niveles de gasto de 2010, aunque aún no hemos llegado al porcentaje de PIB previo a la crisis”.

La portavoz de Podemos, por su parte, matiza que las subidas de gasto sanitario realizadas en 2015 y las realizadas a nivel presupuestario van encaminadas a recuperar poco a poco el

PRESUPUESTO GENERAL 2017: SE GASTARÁ MENOS



Con apenas una semana de diferencia el Gobierno completó la tramitación de los Presupuestos Generales del Estado para 2017 y el techo de gasto para 2018. Las cifras presupuestadas para el año en curso para la Administración central ascienden a 4.093 millones de euros, un 2,3 por ciento más que el año anterior.

El volumen más importante de recursos corresponde al Mutualismo administrativo (Muface, Isfas y Mugeju), al que se han asignado 2.178 millones de euros, un 0,6 por ciento más con respecto al año anterior.

Dentro de esta partida también se contemplan 46 millones de euros para la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como 16 millones de euros para la Agencia Española de consumo y Seguridad Alimentaria y Nutrición y cuatro millones de euros más para la Organización Nacional de Trasplantes. La misma cantidad destinada a las estrategias de salud y ligeramente por debajo de los 5 millones para el desarrollo de sistemas digitales, etc.

Aunque todas las fuentes consultadas por EDS admiten el bajo impacto del retraso en la tramitación de esta ley, por la escasez de competencias del ministerio, el economista David Cantarero sí advierte de que la ejecución del PGE 2017 coincidirá con la elaboración del de 2018 y si hay cierre presupuestario tras el verano no todo se ejecutará. “En la práctica, se gastará menos que si se hubiera aprobado en diciembre del año anterior”.

gasto previo a 2009, pero lo hacen dentro de una estructura de gasto errónea, generando una nueva estructura en la que el gasto farmacéutico hospitalario fue el eje central de crecimiento y el de capital quedó marginado.

“La crisis ha supuesto un cambio de modelo y de estructura de gasto y muchas comunidades están aprovechando los incrementos presupuestarios para inyectar dinero dentro de esa nueva estructura que no resuelve los problemas de salud de la población y que sirve para apuntalar una sobrerrepresentación del gasto fármaco-tecnológico en atención hospitalaria, y dar un papel más central del gasto en conciertos con empresas privadas”, sentencia Sibina.

No obstante, para María Luisa Carcedo, las cifras macro y el porcentaje de PIB muestran un claro declive. Eso, sí, ironiza, “nuestros gobernantes merecen un premio a la parodia: resulta cómico que hablen del excelente siste-

ma sanitario y que después tomen medidas que van orientadas a su deterioro y a la destrucción de un modelo que con unos recursos modestos ha conseguido cifras de eficiencia altísimas, en términos de accesibilidad, además de ser punteros en algunas políticas, como en el caso del cáncer de mama”.

Los datos del Ministerio de Sanidad sobre los recursos económicos del Sistema Nacional de Salud, que repasan la evolución de los presupuestos iniciales sanitarios tanto de la Administración central como de las comunidades autónomas, permiten un análisis rápido del impacto de la crisis a partir de la intención de gasto en cada año de la última década, con las mayores variaciones interanuales a la baja entre 2009 y 2013 en el caso de la Administración central y entre 2010 y 2014 en los presupuestos iniciales de las distintas regiones (ver Tablas 9, 10 y 11).

TABLA 9

RECURSOS ECONÓMICOS DEL SNS. ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL ESTADO Y SEGURIDAD SOCIAL.

(Millones de euros y porcentaje de variación interanual)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Seguridad Social	1.559,5 (10,0)	1.704,5 (9,3)	1.833,4 (7,6)	1.921,8 (4,8)	1.928,8 (0,4)	1.654,7 (-14,2)	1.456,9 (-12,0)	1.444,1 (-0,9)	1.459,1 (1,0)	1.483,1 (1,6)	1.563,7 (5,4)
INGESA	196,3 (6,4)	205,6 (4,8)	230,2 (11,9)	234,1 (1,7)	233,1 (-0,4)	229,7 (-1,5)	219,1 (-4,6)	216,1 (-1,4)	216,3 (0,1)	226,0 (4,5)	233,1 (3,1)
Atención Primaria de Salud	50,5 (7,7)	53,8 (6,4)	58,5 (8,9)	60,7 (3,6)	63,0 (3,9)	62,0 (-1,7)	60,0 (-3,2)	57,6 (-3,9)	58,1 (0,8)	58,3 (0,4)	64,2 (10,1)
Atención Especializada	127,9 (7,2)	133,6 (4,5)	152,8 (14,4)	154,3 (1,0)	151,0 (-2,1)	149,3 (-1,1)	141,6 (-5,1)	140,7 (-0,6)	140,3 (-0,3)	149,7 (6,7)	150,9 (0,8)
Dirección y Servicios de Salud	17,5 (-3,9)	17,6 (0,7)	18,1 (2,7)	18,4 (1,8)	17,9 (-2,7)	16,9 (-5,9)	15,6 (-7,6)	15,5 (-0,2)	15,5 (-0,1)	15,5 (0,0)	15,5 (-0,3)
Formación de Personal Sanitario	0,4 (120,1)	0,6 (63,3)	0,7 (18,8)	0,7 (2,2)	1,2 (61,2)	1,6 (30,2)	1,9 (22,9)	2,2 (15,1)	2,4 (8,5)	2,5 (4,5)	2,5 (0,0)
ISM	76,3 (1,2)	88,4 (15,9)	90,4 (2,2)	89,2 (-1,2)	89,7 (0,5)	34,9 (-61,1)	35,3 (1,1)	34,8 (-1,2)	34,4 (-1,4)	33,6 (-2,1)	33,6 (0,0)
Atención Primaria de Salud	1,0 (-81,8)	4,3 (327,2)	4,2 (-0,6)	2,2 (-49,1)	2,2 (0,0)	1,9 (-11,9)	1,6 (-13,4)	1,6 (0,6)	1,3 (-21,5)	1,3 (0,0)	1,2 (-7,3)
Atención Especializada	0,4 (-69,6)	2,4 (518,7)	2,4 (-3,0)	2,1 (-11,2)	2,1 (0,0)	0,9 (-58,0)	1,1 (22,4)	1,0 (-2,5)	1,0 (-9,0)	0,9 (-1,0)	1,0 (8,5)
Medicina Marítima	25,1 (15,3)	35,9 (42,9)	37,0 (3,2)	37,7 (2,0)	38,5 (2,2)	32,1 (-16,7)	32,6 (1,4)	32,1 (-1,3)	32,1 (-0,1)	31,4 (-2,3)	31,4 (0,0)
Asistencia Sanitaria gestionada por comunidades autónomas	49,8 (6,3)	45,9 (-7,8)	46,8 (2,0)	47,3 (1,0)	46,9 (-0,8)	-	-	-	-	-	-
Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	1.287,0	1.410,5	1.512,9	1.598,4	1.606,0	1.390,1	1.202,6	1.193,1	1.208,4	1.223,5	1.297,0
Medicina Ambulatoria	934,8 (11,0)	1.017,2 (8,8)	1.104,6 (8,6)	1.170,5 (6,0)	1.164,9 (-0,5)	998,6 (-14,3)	825,4 (-17,3)	811,5 (-1,7)	815,8 (0,5)	814,5 (-0,2)	857,2 (5,2)
Medicina Hospitalaria	327,1 (13,8)	362,7 (10,9)	379,5 (4,6)	404,0 (6,5)	414,6 (2,6)	372,6 (-10,1)	362,5 (-2,7)	366,8 (1,2)	375,2 (2,3)	392,1 (4,5)	419,8 (7,1)
Incapacidad temporal y otras prestaciones ¹	25,1 (-10,1)	30,6 (21,6)	28,8 (-5,9)	23,9 (-16,9)	26,5 (10,6)	18,9 (-28,6)	14,7 (-22,4)	14,8 (1,1)	17,4 (17,6)	16,9 (-3,2)	20,0 (18,3)
Administración central	3.472,5 (36,5)	4.325,1 (24,6)	4.576,4 (5,8)	4.667,5 (2,0)	4.569,9 (-2,1)	3.782,3 (-17,2)	3.657,9 (-3,3)	3.576,6 (-2,2)	3.488,8 (-2,5)	3.542,9 (1,6)	3.583,7 (1,2)
Mutualismo administrativo	1.810,8 (5,7)	1.879,5 (3,8)	1.977,4 (5,2)	2.060,5 (4,2)	2.104,7 (2,1)	2.088,3 (-0,8)	2.082,9 (-0,3)	2.056,1 (-1,3)	2.060,3 (0,2)	2.091,3 (1,5)	2.164,0 (3,5)
Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)	589,6 (3,7)	594,0 (0,7)	615,0 (3,5)	637,7 (3,7)	650,3 (2,0)	652,1 (0,3)	650,9 (-0,2)	648,8 (-0,3)	650,7 (0,3)	654,0 (0,5)	677,1 (3,5)
Mutualidad General Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)	1.155,3 (6,5)	1.214,1 (5,1)	1.285,7 (5,9)	1.342,4 (4,4)	1.373,1 (2,3)	1.355,5 (-1,3)	1.351,3 (-0,3)	1.326,7 (-1,8)	1.328,9 (0,2)	1.356,4 (2,1)	1.404,6 (3,6)
Mutualidad General Judicial (MUGEJU)	65,9 (9,1)	71,4 (8,3)	76,7 (7,4)	80,3 (4,8)	81,3 (1,2)	80,8 (-0,7)	80,7 (-0,1)	80,6 (-0,1)	80,6 (0,0)	80,9 (0,4)	82,4 (1,9)
Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (MSSSI)	371,2 (29,0)	361,8 (-2,5)	417,7 (15,5)	421,1 (0,8)	396,4 (-5,9)	332,6 (-16,1)	252,6 (-24,0)	166,8 (-34,0)	136,8 (-18,0)	117,5 (-14,1)	114,3 (-2,7)
Plan Nacional sobre Drogas	31,9 (-0,7)	32,2 (0,9)	32,3 (0,2)	31,8 (-1,3)	29,6 (-7,1)	25,9 (-12,5)	18,5 (-28,5)	14,8 (-19,7)	14,9 (0,3)	14,7 (-1,4)	14,7 (0,1)
Dirección y Servicios Generales de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	63,9 (3,2)	63,5 (-0,6)	67,9 (6,9)	76,9 (13,3)	79,1 (2,9)	75,4 (-4,8)	83,5 (10,8)	67,7 (-18,9)	53,2 (-21,4)	54,3 (2,0)	49,8 (-8,4)
Políticas de Salud y Ordenación Profesional	238,6 (53,9)	226,6 (-5,1)	229,0 (1,1)	224,1 (-2,2)	199,9 (-10,8)	173,9 (-13,0)	10,2 (-94,2)	9,4 (-7,3)	8,6 (-8,4)	8,8 (1,9)	8,8 (0,3)
Prestaciones Sanitarias y Farmacia	2,7 (5,5)	3,0 (12,4)	3,1 (3,7)	3,2 (5,0)	2,9 (-10,8)	2,9 (-1,2)	97,0 (3.291,6)	39,7 (-59,1)	26,1 (-34,1)	5,9 (-77,4)	5,3 (-9,7)
Salud Pública, Sanidad Exterior y Calidad	34,1 (-5,7)	36,6 (7,1)	35,5 (-2,9)	28,3 (-20,4)	28,0 (-1,1)	27,6 (-1,3)	38,4 (39,2)	33,1 (-13,8)	33,9 (2,3)	33,8 (-0,2)	35,7 (5,6)
Terapias avanzadas, Medicina regenerativa y Trasplantes SNS	-	-	-	2,8	2,9 (2,7)	-	-	-	-	-	-
Investigación Sanitaria	-	-	50,0	54,0	54,0	27,0	5,0	2,0	-	-	-
MSSSI: organismos autónomos²	50,9 (18,3)	61,7 (21,4)	67,5 (9,4)	73,7 (9,1)	75,1 (1,9)	70,3 (-6,4)	68,1 (-3,2)	66,4 (-2,4)	66,4 (0,0)	66,8 (0,5)	65,9 (-1,4)
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)	32,9 (25,2)	39,6 (20,3)	44,8 (13,2)	50,3 (12,3)	52,1 (3,6)	48,9 (-6,0)	48,2 (-1,5)	47,5 (-1,4)	47,5 (0,0)	47,1 (-0,9)	46,2 (-2,0)
Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)	16,1 (8,2)	18,1 (12,4)	18,6 (2,6)	19,2 (3,4)	18,8 (-2,0)	17,4 (-7,5)	15,9 (-8,5)	14,9 (-6,2)	14,9 (0,0)	15,7 (5,3)	15,8 (0,5)
Organización Nacional de Trasplantes (ONT)	1,9 (2,0)	4,1 (115,3)	4,2 (2,7)	4,2 (0,6)	4,2 (-0,5)	4,0 (-5,7)	3,9 (-0,8)	4,0 (0,8)	4,0 (0,0)	4,0 (-0,5)	3,9 (-1,4)
MSSSI: fundaciones estatales³	86,7 (0,0)	87,5 (0,8)	123,3 (41,0)	156,9 (27,3)	153,2 (-2,3)	144,5 (-5,7)	157,3 (8,9)	141,2 (-10,2)	104,8 (-25,8)	101,3 (-3,3)	103,9 (2,6)
Ministerio de Economía y Competitividad: Instituto de Salud Carlos III	237,2 (21,3)	285,0 (20,1)	317,0 (11,2)	324,8 (2,4)	305,8 (-5,8)	270,8 (-11,4)	251,8 (-7,0)	239,3 (-5,0)	245,8 (2,7)	273,8 (11,4)	267,3 (-2,4)
Ministerio de Defensa: Asistencia Hospitalaria en las Fuerzas Armadas	190,8 (-0,1)	216,8 (13,6)	215,0 (-0,8)	211,1 (-1,8)	205,1 (-2,8)	175,8 (-14,3)	148,3 (-15,7)	149,7 (0,9)	136,8 (-8,6)	129,2 (-5,6)	130,7 (1,2)
Ministerio del Interior: Centros e Instituciones Penitenciarias ⁴	20,9 (29,6)	22,9 (9,4)	24,3 (6,3)	24,3 (0,0)	24,3 (0,0)	23,0 (-5,3)	34,2 (48,7)	20,6 (-39,6)	25,3 (22,5)	17,6 (-30,3)	14,1 (-19,8)
Ministerio de Educación: Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	10,3 (0,0)	10,3 (0,0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas:											
Dotación Complementaria Financiación de Asistencia Sanitaria e Insularidad ⁵	555,0	655,0 (18,0)	655,0 (0,0)	655,0 (0,0)	655,0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
Fondos de Compensación Interterritorial ⁶	138,7	162,9 (17,5)	193,8 (18,9)	174,8 (-9,8)	132,3 (-24,3)	99,3 (-25,0)	96,3 (-3,0)	59,4 (-38,4)	59,2 (-0,3)	52,2 (-11,7)	44,5 (-14,9)
Mantenimiento de los Centros Sanitarios de carácter no psiquiátrico de las Diputaciones, CC. AA. Uniprovinciales no Insulares y Consejos y Cabildos Insulares ⁷	-	581,7	585,3 (0,6)	565,4 (-3,4)	517,9 (-8,4)	577,6 (11,5)	566,4 (-1,9)	677,1 (19,5)	653,3 (-3,5)	693,1 (6,1)	678,9 (-2,1)
TOTAL	5.032,0 (27,0)	6.029,6 (19,8)	6.409,8 (6,3)	6.589,3 (2,8)	6.498,6 (-1,4)	5.436,9 (-16,3)	5.114,8 (-5,9)	5.020,7 (-1,8)	4.947,9 (-1,5)	5.026,1 (1,6)	5.147,4 (2,4)

Finalización de los trasposos de competencias en 2002 a diez CC.AA (1) Solo asistencia sanitaria con medios ajenos (art. 25). (2) Se ha separado del presupuesto del MSSSI el de Aemps, Aesan y ONT. En 2009, el Isciii pasa a depender del Ministerio de Ciencia y en 2012 a Economía. Se han integrado las transferencias internas que financian desde el presupuesto del MSSSI a estos organismos. (3) El Presupuesto del subsector fundacional recoge los estados financieros siguientes: Fundación CIEN, CNIO, CNIC, FDIGP y CSAI. Realizan actividades de apoyo científico-técnico e investigación relacionadas con el Msssi. (4) Solo conciertos de asistencia sanitaria (art. 25). (5) La dotación complementaria para la financiación de la Asistencia Sanitaria y la de Compensación de Insularidad se distribuyen según acuerdo de la II Conferencia de Presidentes Autonómicos según el criterio acordado por el CPFF de septiembre de 2005. (6) Los Fondos de Compensación Interterritorial se crearon por la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de

Financiación de las Comunidades Autónomas. En su actual regulación, la LEY 22/2001, de 27 de diciembre, reguladora de los Fondos de Compensación Interterritorial se establecen dos Fondos, el Fondo de Compensación y el Fondo Complementario, dotados respectivamente con un 75 y un 25 % del total. La determinación de las comunidades beneficiarias se basa fundamentalmente en las variables renta, población relativa, saldo migratorio, superficie y dispersión. (7) La participación de las entidades en el fondo de asistencia sanitaria, cuyo fin es el mantenimiento de centros sanitarios no psiquiátricos dependientes de diferentes administraciones, se realiza con cargo a la Sección 32, servicio 23. Anualmente se establece en LGPE una asignación global en concepto de entregas a cuenta. Aquí se consolidan por su importe global porque no es un gasto de la administración central.

Fuente: MSSSI.

**TABLA 10**

PRESUPUESTOS INICIALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EUROS POR HABITANTE.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andalucía	1.093,16	1.178,22	1.196,46	1.187,45	1.125,66	1.124,40	1.009,75	978,07	1.007,04	1.050,14
Aragón	1.263,96	1.317,93	1.399,57	1.419,18	1.375,45	1.381,70	1.210,75	1.205,82	1.206,60	1.366,68
Asturias	1.256,63	1.277,57	1.448,55	1.522,57	1.442,25	1.444,36	1.391,67	1.402,35	1.425,36	1.463,31
Baleares	1.081,08	1.148,10	1.175,08	1.085,51	1.077,58	1.110,62	1.057,72	1.070,96	1.171,66	1.225,93
Canarias	1.296,12	1.407,43	1.446,51	1.396,96	1.230,55	1.249,30	1.224,60	1.233,02	1.238,57	1.237,54
Cantabria	1.269,52	1.307,51	1.357,34	1.352,42	1.234,41	1.272,31	1.310,35	1.338,67	1.347,59	1.383,16
Castilla y León	1.212,32	1.311,49	1.337,20	1.381,26	1.360,01	1.351,59	1.289,14	1.282,35	1.321,88	1.347,73
Castilla La Mancha	1.220,72	1.296,46	1.380,44	1.400,12	1.340,65	1.237,79	1.166,53	1.151,82	1.174,73	1.286,24
Cataluña	1.214,25	1.252,83	1.269,21	1.324,89	1.227,89	1.165,79	1.108,39	1.117,90	1.144,65	1.142,82
Comunidad Valenciana	1.060,05	1.107,04	1.136,20	1.146,43	1.103,23	1.096,38	995,39	1.084,35	1.112,02	1.197,87
Extremadura	1.349,29	1.468,28	1.569,10	1.540,79	1.426,19	1.370,43	1.190,78	1.207,96	1.286,60	1.453,51
Galicia	1.236,06	1.320,98	1.361,21	1.344,95	1.279,04	1.273,82	1.238,02	1.201,99	1.247,06	1.291,48
Madrid	1.070,04	1.116,87	1.125,62	1.111,04	1.115,75	1.116,24	1.108,63	1.094,47	1.142,07	1.159,55
Murcia	1.133,85	1.243,71	1.285,67	1.365,51	1.386,80	1.233,66	1.071,83	1.110,44	1.126,15	1.190,84
Navarra	1.339,13	1.415,98	1.445,83	1.558,82	1.525,55	1.429,02	1.340,63	1.403,24	1.466,74	1.550,39
País Vasco	1.365,38	1.513,30	1.631,24	1.665,62	1.606,05	1.597,36	1.607,18	1.586,05	1.602,42	1.616,02
La Rioja	1.339,91	1.265,30	1.256,91	1.286,20	1.204,43	1.140,63	1.090,19	1.113,59	1.127,12	1.169,61
CC. AA.	1.172,20	1.241,55	1.278,17	1.290,01	1.233,38	1.210,89	1.141,85	1.144,76	1.176,89	1.219,90

Fuente: MSSSI.

UN MUNDO IDEAL

Eso sí, el análisis crítico de esta variable en los últimos años no impide aspirar a un futuro mejor en este sentido. Para ello, es preciso dar respuesta a otra cuestión: En un contexto ideal, ¿cómo y cuánto se ha de gastar en sanidad?

Desde la economía de la salud, argumenta David Cantarero, “no hay una respuesta única”. Al final es una unión de las necesidades de cada sociedad con las condiciones reales de las fuentes de financiación del gasto, es decir, la demanda sanitaria. A ello se une —continúa— el problema de cuánto ha de ser público y cuánto privado. En la práctica, es una cuestión de cuál

es el grado de solidaridad que queremos en el sistema sanitario. “Y es que en España, precisamente, el sistema público ha actuado como un buen paraguas cuando mucha gente tenía pocos recursos o simplemente no tenía trabajo, pues en otros países habría perdido la garantía de atención sanitaria que da un sistema como el nuestro”, reflexiona.

En palabras de Juan Oliva, “no creo que sea tan importante el cuánto y sí el cómo”. En estos años de crisis, las decisiones sanitarias han estado más mediadas por el control del presupuesto que por poner en marcha medidas de mejora de la eficiencia en el diseño, aplicación y evaluación de nuestras políticas. “Es la gran

ocasión que se nos está escapando —lamentada— dado que, en un contexto de nuevo crecimiento del gasto público, aunque sea modesto, la urgencia por avanzar en materia de eficiencia y de gobernanza del sistema sanitario será menos apreciable”.

La respuesta de Podemos pasa por intentar caminar hacia una estabilización del gasto sanitario público que en la parte de los ingresos se base en una reforma fiscal notablemente progresiva y sólida y que por la parte de los gastos establezca el gasto sanitario huyendo de presiones inflacionistas, tratando de dar soluciones a los problemas sociales y sanitarios y sanitarios a los problemas de salud.

De igual modo, Sibina apunta que no tiene sentido vincular, al menos totalmente, el gasto al PIB, para huir de que el gasto sanitario sea totalmente procíclico. Para finalizar, subraya que es preciso afinar los procedimientos de acompañamiento del gasto según las necesidades en salud, utilizando herramientas que fortalezcan la financiación de los territorios con peores resultados en salud. Convertir, así, el gasto sanitario en una herramienta que haga de contrapeso a las desigualdades sociales.

En su fórmula particular, la portavoz del PSOE lanza el 7 por ciento del PIB como una cifra de referencia hacia la que tendría que tender una sanidad bien financiada. Sin olvidar el apoyo a otras políticas no estrictamente sanitarias, cuestiones sobre el medio ambiente, entorno económico, hábitos de salud, que suponen grandes condicionantes con más peso en los niveles de salud que otras áreas.

La cifra del representante sindical también se aproxima a ésta. “Queremos que el gasto público se mantenga en el 7,2 por ciento sobre el PIB, que se reduzca notablemente a diferencia entre el gasto sanitario por habitante entre comunidades autónomas”, afirma Antonio Cabrera. En definitiva, sentencia, un presupuesto sanitario suficiente y finalista que garantice la igualdad de acceso a toda la población y que corrija de inmediato las diferencias existentes en la actualidad.

El modelo a seguir, para el representante de la sanidad privada, está en los países de nuestro entorno, entre los que cita Francia, Alemania y Holanda. Las cifras de la OCDE son clarificadoras y manifiestan un diferencial que España debería abordar, indica. Hay que tener en cuenta que si mantenemos un 9,1 por ciento de gasto sanitario sobre el PIB se debe al crecimiento del sector privado, ya que el área pública ha disminuido su participación porcentual, aclara Vilches. En esta misma línea, Francisco Igea recuerda que la mayoría de los países de nuestro entorno tienen cifras de gasto de alrededor del 10 por ciento, aunque matiza que, sobre todo, tienen una mayor participación del gasto público sobre el privado.



DIFÍCIL PERO NO IMPOSIBLE

Una vez esbozadas estas líneas generales, el siguiente paso es ver hasta qué punto es factible en un país como España y qué transformaciones es preciso realizar para caminar en esa dirección. Francisco Igea, de Ciudadanos, lo ve asumible “si conseguimos que nuestra economía crezca y que produzca más valor añadido. Tenemos que mejorar nuestros salarios y cotizaciones porque si no tendremos que dedicar parte de nuestros impuestos a cubrir los agujeros que dejen las cotizaciones”.

No obstante, los economistas coinciden en que no es tarea fácil. Cantarero admite que es complicado según la situación económica del país y la preferencia que se quiera dar en cada momento a la sanidad frente a las pensiones o la educación. “Nada es gratis y la sanidad menos aún, pues el coste de oportunidad importa a la hora de decidir dónde destinar unos recursos limitados que encima compiten entre diferentes partidas de gasto social en un país tan envejecido como el nuestro”, expone.

Oliva estudia las alternativas. Según sus palabras, si no integramos la eficiencia, el balance entre el coste y el resultado en salud) en la asignación de recursos sanitarios no podremos después quejarnos de la factura de la comida si no miramos los precios del menú. “En otros términos, o cambiamos los parámetros que hemos venido utilizando o nuestro sistema será cada vez más ineficiente y menos equitativo”, sentencia.

La portavoz de Podemos también reconoce que es muy difícil, como se puede ver en todos los países del entorno en los que el gasto sanitario y la presión de su crecimiento son un aspecto central de las preocupaciones de los gobernantes. Lo que sí creemos, indica Sibina, es que la búsqueda de una respuesta para este reto ha de ser la de asegurar una financiación suficiente y obtener los niveles más elevados posibles de eficiencia. Ambas cosas dependen, según su visión, de adoptar estrategias centrales de desmedicalización y de colocar las instituciones nacionales y supranacionales en posiciones de mayor poder respecto a la industria fármaco-tecnológica.

TABLA 11

PRESUPUESTOS EN SANIDAD DE LAS CCAA PARA 2017

Comunidad Autónoma	Sanidad	
	Presupuesto 2017 en miles de euros	Tasa variación 2017/2016
Andalucía	9.237.634,88	5,6%
Asturias	1.673.677,02	12,6%
Baleares	1.494.315,36	7,5%
Canarias	2.704.860,33	2,8%
Cantabria	824.906,10	2,4%
Extremadura	1.539.066,25	-0,7%
Galicia	3.558.260,88	2,9%
Murcia	1.772.061,85	1,7%
Navarra	1.035.134,24	5,9%
C. Valenciana	6.072.586,12	3,0%
Total CC.AA.	29.912.503,04	4,26%

Fuente: MSSSI.

Por su parte, la responsable socialista hace hincapié en el compromiso del PSOE con estos objetivos para que sean una realidad. Y argumenta que en su día pusieron en marcha el sistema Nacional de Salud, una sanidad universal, accesible y equitativa que, a pesar de haber empeorado, sigue siendo puntera en accesibilidad. “Estamos empeñados y trabajaremos para poner en marcha estas políticas en un futuro. Lo hicimos en una ocasión y, aunque ahora es más complicado, porque hay que recuperar el terreno perdido, trabajaremos con ilusión, empeño y perseverancia”, manifiesta.

Para Manuel Vilches, del IDIS, alcanzar este modelo más o menos ideal es factible con voluntad política y determinación. Como sociedad —destaca— hemos de saber reclamar a nuestros dirigentes políticos nuestras prioridades y saber elegir la sanidad como prioridad para todos. Vilches considera que han vendido una imagen que no es real, ya que la sanidad

David Cantarero: “Tenemos que decidir qué tipo de sistema sanitario queremos. Es cuestión de elegir entre un sistema que ofrezca un gran número de prestaciones, aunque no todas sean ‘gratis total’ o menos prestaciones sin copago del usuario”

pública no es gratuita, “es muy cara, más costosa que la de titularidad privada en los mismos procesos y procedimientos, y todos la pagamos con nuestros impuestos. Eso requiere control y capacidad para exigir responsabilidades, llegado el caso”, sostiene.

TRANSFORMACIONES NECESARIAS

Llegados a este punto, solo queda por definir el camino que se ha de seguir para conseguirlo, que no es baladí. David Cantarero considera que el punto de partida es, básicamente, decidir qué tipo de sistema sanitario queremos. Es cuestión de elegir entre un sistema que ofrezca un gran número de prestaciones, aunque no todas sean “gratis total”, o bien uno que proporcione menos prestaciones, donde todas sean “sin copago por parte de los usuarios”. Una vez aclarado esto, es preciso reformar las fuentes de financiación del sistema y monitorizar la demanda, qué se gasta y por qué, evaluar *ex ante* y *ex post*, ya que viene inducida por la oferta sanitaria existente, indica.

La transformación, para Juan Oliva, se articula en cuatro ejes. Junto a otros economistas, suscribe un artículo titulado ‘Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada’, publicado en 2003, que sigue vigente. Estas cuatro líneas serían reducir el despilfarro, financiar y utilizar racionalmente basándonos en resultados, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y sistemas y mejorar la gobernanza del sistema sanitario.

Las claves de la transformación para Marta Sibina, de Podemos, hablan de nuevo de “suelos de gasto” en áreas como atención primaria y salud pública, así como de la utilización de los atlas de variaciones en el gasto sanitario y en la práctica clínica para detectar ineficiencias. Además, propone establecer instrumentos de evaluación del gasto sanitario y defiende el establecimiento de un programa continuado de reinversión en salud, que podría ser adecuado para mejorar la sostenibilidad interna del sistema.



Por otra parte, Francisco Igea no duda que para conseguirlo “necesitamos una economía más productiva, contratos estables y mejores salarios. Una apuesta por la transferencia tecnológica y la educación de calidad. Además, el sistema sanitario debe de mejorar su eficiencia y focalizar el debate en los resultados y eliminar la demagogia del debate sanitario. Más rendición de cuentas, más transparencia, una nueva política farmacéutica y un compromiso de todos: partidos y profesionales”.

Para el portavoz de IDIS, en un asunto de este calado es preciso involucrar a todos los agentes en un pacto por la Sanidad. Junto a propuestas tradicionales de esta fundación, como aplicar criterios de eficiencia en la gestión, priorizar prestaciones importantes o evitar duplicidades y solapamientos de servicios, o impulsar la cooperación público privada, subraya otras líneas de avance. Aquí estarían los cambios estructurales en la provisión orientada a necesidades futuras, incorporar las tecnologías rompiendo barreras de interoperabilidad, y usar el big data en la toma de decisiones. Un último punto es corresponsabilizar y empoderar al ciudadano fomentando la gestión corresponsable de su salud y una adecuada formación tomando como base la medicina personalizada.

Antonio Cabrera, por su parte, reconoce que no hay mucho margen de mejora sin una reforma fiscal necesaria para generar nuevos ingresos y sin capacidad para renegociar la deuda pública.

Muchas de ellas enlazan con las ideas ya planteadas desde la Asociación Española de Economía de la salud en su libro ‘Diagnóstico del SNS: propuestas de avance’. Seis de ellas, entre más de 160 propuestas, ponen el acento de forma específica en el gasto sanitario.

La primera es, de nuevo, implantar reformas encaminadas a aumentar la eficiencia del sistema sanitario público que redunden, en último

término, en una racionalización del crecimiento del gasto sanitario.

Pero, además, las reformas que se emprendan han de tener en cuenta los elementos transitorios presentes en los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario público debidos a la crisis económica.

Asimismo, coinciden en que las reformas deben ir encaminadas prioritariamente a mejorar la eficiencia del sistema, y no tanto a minorar a toda costa el crecimiento del gasto sanitario, sin que sea necesario (ni conveniente) que se modifiquen los elementos esenciales que hacen reconocible al sistema sanitario público español.

Otro punto importante es explicitar el coste de oportunidad del presupuesto sanitario, a fin de decidir de modo transparente y cabal el volumen de recursos públicos que desea destinarse a financiar la sanidad española. Esta tarea requiere de la instauración de una auténtica cultura evaluadora a todos los niveles que permita informar dicha decisión, insisten desde la AES.

Por último, subrayan la necesidad de avanzar en la corresponsabilidad de los actores. Con la industria, mediante el fomento de los contratos de riesgo compartido cuando hay demasiada incertidumbre sobre la eficacia, seguridad e impacto presupuestario de las innovaciones, hasta que se demuestre la efectividad, seguridad y coste-efectividad de los nuevos medicamentos o tecnologías. Con los profesionales sanitarios, mediante una adecuada gestión de la utilización, prescripción, derivaciones, transparencia en los procesos y resultados o la adopción de un modelo de atención a la cronicidad. Y también con los pacientes, redistribuyendo el copago farmacéutico actual hacia copagos evitables, diferenciales (cuánto más coste-efectivo menor copago), con un límite relacionado con la renta y excluyendo a los más pobres.

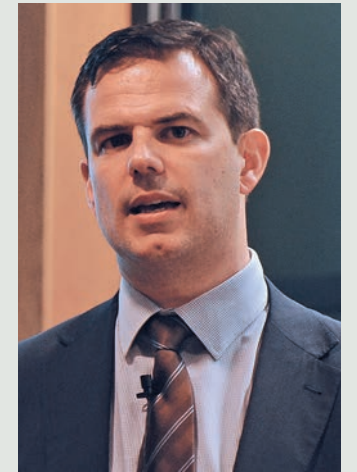
Incontables recetas para mejorar la eficiencia de un gasto sanitario que sigue su curso a criterio de la economía y de los gestores, con las necesidades y demandas de pacientes y ciudadanos como un lejano telón de fondo.

ECONOMISTAS, POLÍTICOS Y REPRESENTANTES SINDICALES REFLEXIONAN SOBRE EL GASTO



Juan Oliva
Profesor de Análisis Económico

“En estos años de crisis, las decisiones sanitarias han estado más mediadas por el control del presupuesto que por poner en marcha medidas de mejora de la eficiencia en el diseño y evaluación de las políticas”.



David Cantarero
Profesor de Economía Aplicada

“En España el sistema público ha actuado como un buen paraguas cuando mucha gente tenía pocos recursos o simplemente no tenía trabajo. En otros países habría perdido la garantía de atención sanitaria”.



Marta Sibina
Portavoz de Sanidad de Podemos

“Es necesario establecer suelos de gasto para partidas prioritarias y especialmente maltratadas y diseñar una estructura fiscal que permita dar respuesta a las necesidades de gasto público”.



Francisco Igea
Portavoz de Sanidad de Ciudadanos

“Tenemos un sistema muy sólido, sustentado sobre unos profesionales con un nivel excelente de formación a los que podemos perder si no comenzamos a tratarlos mejor y a considerar más la calidad de su trabajo”.



María Luisa Carcedo
Sec. Sanidad Ejecutiva Federal del PSOE

“Solo desde 2011 a 2014 se redujeron 2.500 millones de euros en retribución de personal. Por mucha eficiencia que tenga el sistema sanitario español, este tipo de cosas hace que se resienta”.



Antonio Cabrera
Sec. Gral. Sanidad de la FSP de CC. OO.

“El Gobierno tiene previsto según su programa del Plan de Estabilidad 2010-2020 dejar el gasto sanitario público en el 5,57 del PIB. A pesar del incremento de los últimos ejercicios, el gasto sanitario sigue estando 3.300 millones de euros por debajo de 2010”.