

22

INFORME  
ESPAÑA  
2 0 1 5

Homenaje a  
José María Martín Patino

**Fundación Encuentro**

*Equipo de dirección y edición*

**Agustín Blanco • Antonio Chueca • Giovanna Bombardieri**



Edita: Fundación Encuentro  
Oquendo, 23  
28006 Madrid  
Tel. 91 562 44 58 - Fax 91 562 74 69  
correo@fund-encuentro.org  
www.fund-encuentro.org

ISBN: 978-84-89019-43-0  
ISSN: 1137-6228  
Depósito Legal: M-37865-2015

Fotocomposición e Impresión: Albadalejo, S.L.  
Antonio Alonso Martín, s/n - Nave 10  
28860 Paracuellos del Jarama (Madrid)



*Gracias a la Fundación Ramón Areces, la Fundación Encuentro dirige el Centro de Estudios del Cambio Social (CECS), que elabora este Informe. En él ofrecemos una interpretación global y comprensiva de la realidad social española, de las tendencias y procesos más relevantes y significativos del cambio.*

*El Informe quiere contribuir a la formación de la autoconciencia colectiva, ser un punto de referencia para el debate público que ayude a compartir los principios básicos de los intereses generales.*



VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

## Capítulo 8

### **CRISIS ECONÓMICA, ESTADO DE BIENESTAR Y SISTEMA SANITARIO** 201 *Julián García Vargas*

1. La asistencia sanitaria, víctima de la crisis económica de la UE	203
2. España: la caída del gasto sanitario	204
3. Efectos sobre el SNS: cómo hacer frente a la nueva demanda	208
4. La respuesta ciudadana	210
5. Efectos en las comunidades autónomas	212
6. El gasto sanitario en el conjunto del Estado de bienestar	213
7. Acabar con el “todo para todos y gratis”: el Estado de bienestar y las dificultades de la recaudación tributaria	215
8. Cuánto y cuándo recuperaremos gasto sanitario. El Programa de Estabilidad del Reino de España (PERE)	216
9. Recuperar el presupuesto de la mano de las reformas	217
10. Una nueva manera de enfocar la política sanitaria: Estrategia Nacional de Salud	219
10.1 Contenido de la Estrategia Nacional de Salud	220
Conclusiones	222

**Parte Segunda**

---

**LOS GRANDES PILARES DEL BIENESTAR**

## Capítulo 8

# CRISIS ECONÓMICA, ESTADO DE BIENESTAR Y SISTEMA SANITARIO

---

Julián García Vargas

## **1. La asistencia sanitaria, víctima de la crisis económica de la UE**

Los sistemas sanitarios públicos y las demás prestaciones del Estado de bienestar dependen de los ingresos tributarios, que a su vez evolucionan con la economía. Cuando sobreviene una crisis económico-financiera como la que comenzó en Europa en 2008, se estanca la actividad económica, aumenta el desempleo, disminuye la recaudación fiscal, los déficits presupuestarios se disparan y el efecto negativo es inmediato sobre sanidad, educación, pensiones y ayudas sociales.

Eso es lo que ha ocurrido en la UE, donde se produjeron déficits fiscales anuales superiores al 10% del PIB en países como Irlanda, España, Reino Unido, Portugal y Grecia y por encima del 5% en Francia, Italia, Países Bajos, Bélgica y Polonia. A finales de 2014, tenían una deuda pública por encima del 100% del PIB Bélgica, Portugal, Irlanda, Italia y Grecia y superior al 85% España, Francia y Reino Unido.

La reacción de todos los gobiernos ha sido la contención o la reducción del gasto público total. El sanitario tiene un peso importante en ese agregado y esta decisión le ha afectado de forma general. En la mayoría de los países miembros de la UE el gasto sanitario se estabilizó. En los países rescatados o con ayudas especiales, como España, disminuyó de forma relevante.

En todos los casos, los recortes y los estancamientos han estado acompañados de reformas de variado calado, aunque sin entrar muy a fondo en los problemas estructurales. La mayoría de los gobiernos han implementado modificaciones parciales y sólo algunos han abordado cambios en el diseño del sistema (Irlanda). Todas las reformas tienen en común el aumento de los controles sobre los gastos innecesarios y el uso de los recursos. Ha habido una constante para reducir la prescripción, el precio y la factura total de los medicamentos, que era la medida más fácil de implementar. Esas reformas han generado desgaste para los gobiernos, que no se han atrevido a implementar todas las medidas que anunciaron (Italia).

En general, las naciones que tuvieron mayor aumento del gasto sanitario público en los años 2000 han sido las que más reducciones han debido

aplicar desde 2009. Es el caso de Grecia, Irlanda y, en menor medida, España, aunque eso no ha sucedido en los del centro y el este del continente que ingresaron más tarde en la UE y partían de sistemas de salud rudimentarios.

## 2. España: la caída del gasto sanitario

En España no se ha llegado a la situación de Grecia, Irlanda y Portugal, que han perdido los avances de los años 2000 e incluso más (gráfico 1), pero nos hemos descolgado del resto de la UE y la OCDE, donde el gasto en 2009-2013 se estabilizó o siguió subiendo ligeramente.

España ha reducido considerablemente su *gasto público sanitario* en los años de la crisis y se sitúa actualmente algo por debajo de la media de la OCDE en gasto sanitario sobre el PIB, cuando anteriormente venía figurando por encima de ella y no demasiado alejada de los países europeos vecinos (gráfico 2). El gasto sanitario total sobre el PIB no ha descendido más debido al aumento del gasto privado.

Sin embargo, el análisis con los datos de la OCDE no refleja la importancia de la caída de ese gasto en el marco europeo al que pertenece España. Si comparamos con los datos de Eurostat (tabla 1), nuestro país se encuentra lejos de la media de recursos públicos dedicados anualmente a sanidad en la UE-28 y en la Eurozona. Exactamente el 5,9% del PIB en 2013 frente al 7,3% del área del euro. La importancia de los recortes en España ha supuesto pasar del 6,5% del PIB en 2009 a ese 5,9% en 2013. Sólo Portugal y Grecia han experimentado una reducción aún mayor. En peso sobre el gasto público total ha sucedido algo parecido. Se han perdido 1,5 puntos en cuatro años, cuando se trata de una variable que evoluciona muy lentamente en el tiempo. No obstante, lo más significativo es la reducción de 230 € en el gasto per cápita, cuando en la Eurozona ha aumentado ligeramente.

El descenso de los presupuesto anuales entre el máximo de 2009 (70.579 millones de euros –m€– en cifras Eurostat, sin cuidados de larga duración) y 2013 (61.710 m€) ha sido del 14% (gráfico 3), equivalente a unos 9.000 m€ anuales. En 2014 se produjo una ligera subida. Si tenemos en

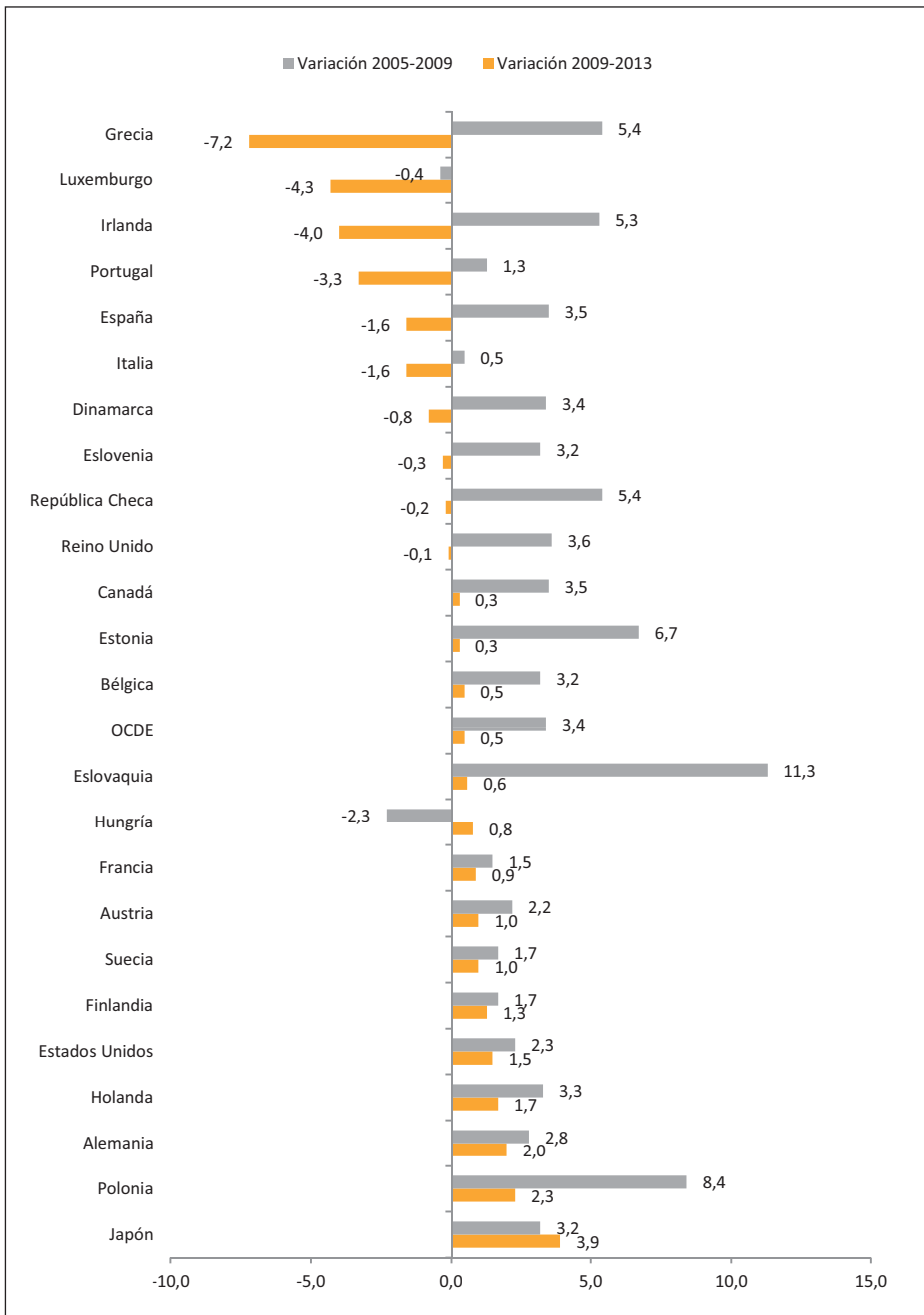
Tabla 1 – Gasto público sanitario sobre el PIB, sobre el gasto público total y per cápita en España y en la Eurozona. 2009-2013

		Gasto público sanitario s/PIB %	Gasto público sanitario s/gasto público total %	Gasto per cápita €
2009	España	6,5	14,8	1.577
	Eurozona	7,4	14,7	2.057
2013	España	5,9	13,3	1.348
	Eurozona	7,3	14,7	2.137

Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat.

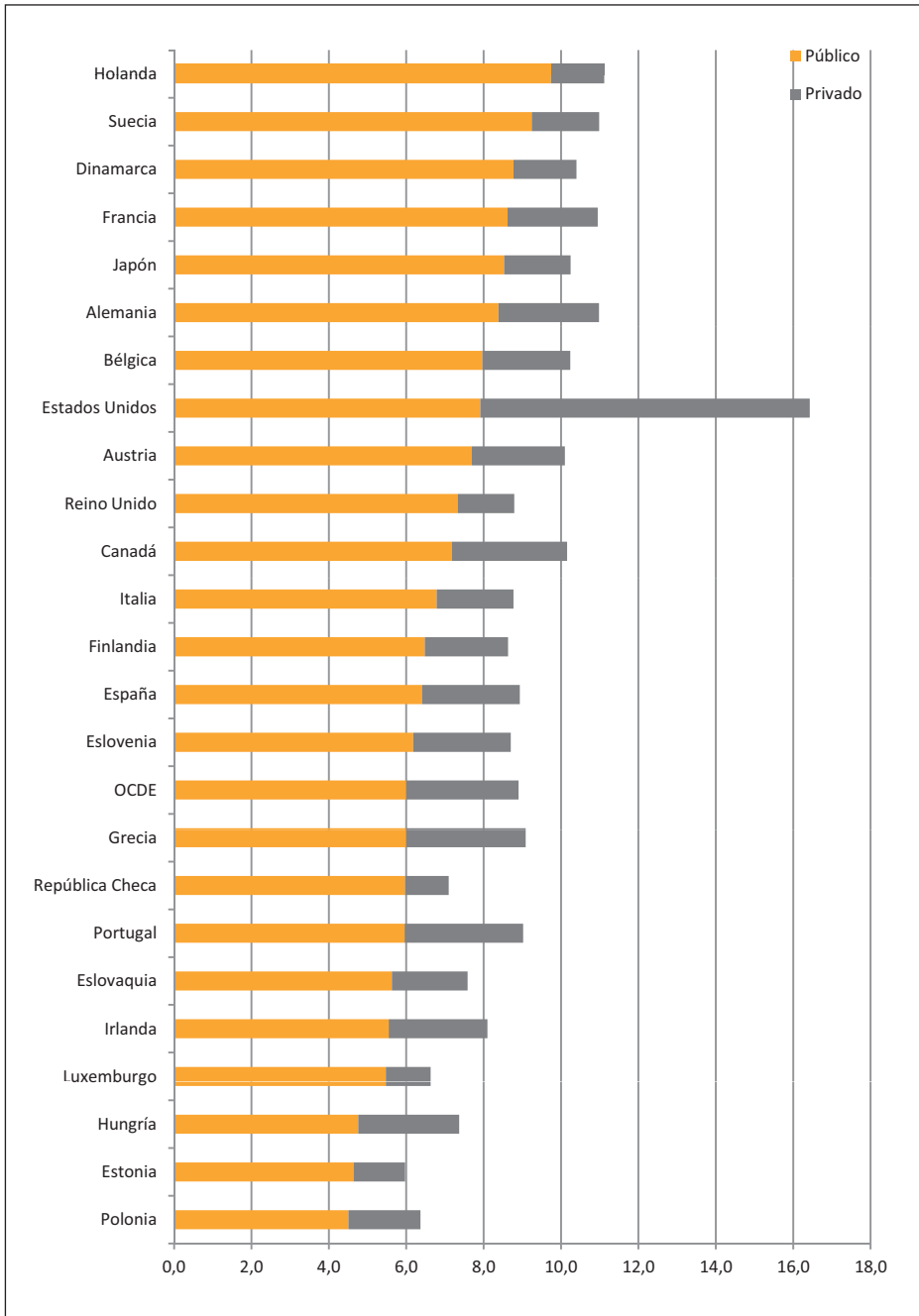


Gráfico 1 – Crecimiento anual del gasto sanitario per cápita. En porcentaje. Media 2005-2009 y 2009-2013



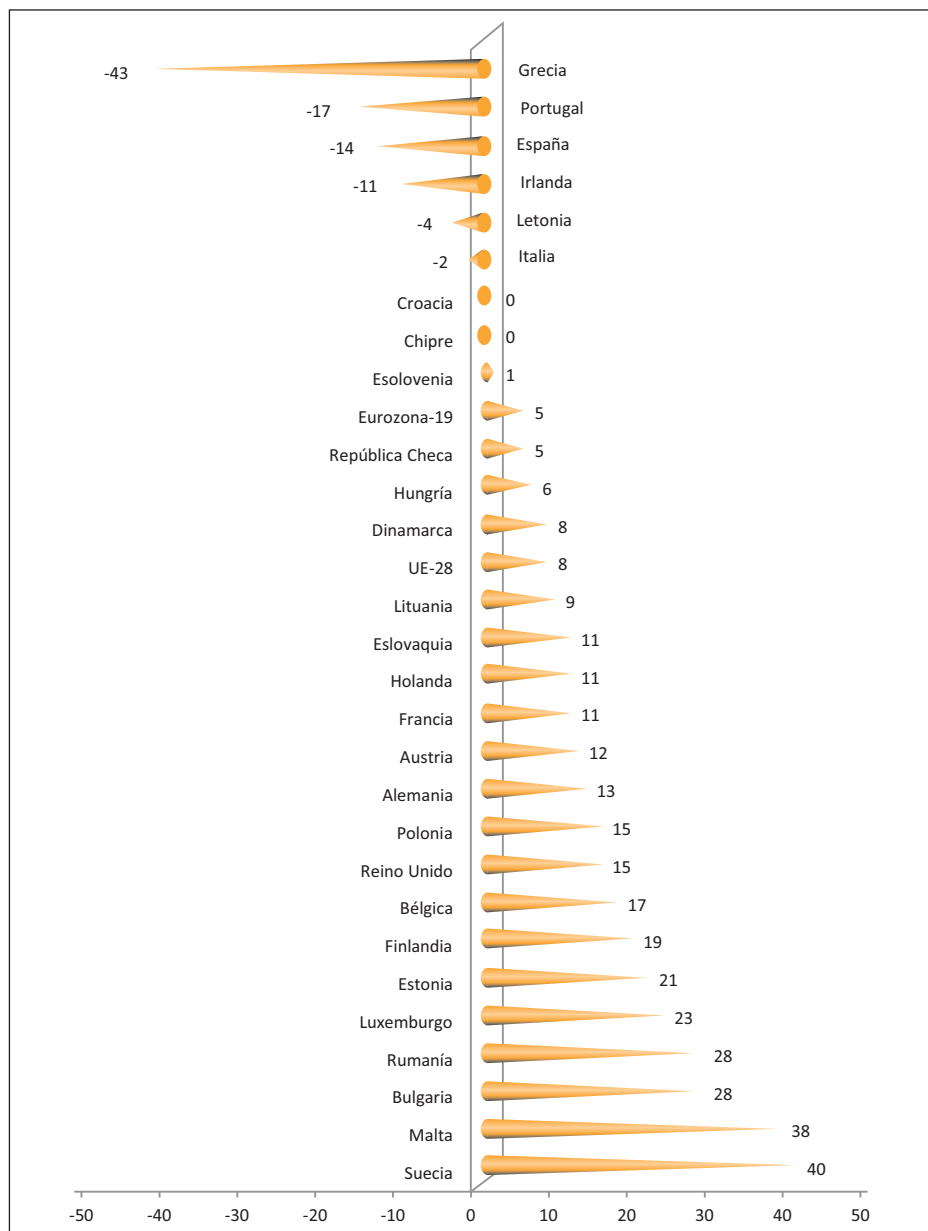
Fuente: OECD, *Focus on Health Spending*. OECD Health Statistics 2015. Julio 2015.

Gráfico 2 – Gasto sanitario (sin inversión) sobre el PIB en países de la OCDE. 2013



Fuente: OECD, *Focus on Health Spending*. OECD Health Statistics 2015. Julio 2015.

Gráfico 3 – Variación del gasto sanitario público en la UE. En porcentaje. 2009-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat.

cuenta que el gasto público sanitario aumentó un 80% entre 2002 y 2009, el balance de la década es positivo, aunque el frenazo y la caída han sido muy bruscos. Nuestros recortes en valor absoluto han tenido un peso elevado

sobre la reducción producida en el gasto público total, sólo inferior a la de Grecia y Portugal.

En cualquier caso, la disminución de los últimos años ha colocado a España en una situación precaria, comparada con nuestros socios europeos. Nuestro país se ha alejado de la Eurozona en estos años en los indicadores principales: en peso del gasto sanitario sobre el PIB, respecto al gasto público total y, sobre todo, en gasto per cápita.

El indicador gasto público sanitario sobre el PIB es demasiado macro, pero revela el esfuerzo del país en el sector y lo hemos disminuido en 0,6 puntos, aumentando la diferencia con la Eurozona a 1,4 puntos, que es mucho. El peso sobre el gasto público total indica las prioridades de gasto y el sanitario ha tenido que ceder ante el servicio de la deuda, el seguro de desempleo y otras urgencias. Actualmente España es *uno de los países que menos proporción de su gasto público destina a sanidad*: un 13,6% del total según Eurostat; la media de la UE se encuentra en el 14,8%, según esta misma fuente. Entre 2009 y 2013 el gasto público sanitario sobre el gasto público total se ha reducido en 1,5 puntos. España es el cuarto país de la UE-28 que más ha reducido el peso de la sanidad en su gasto público total. Con esas cifras de gasto sobre el PIB y sobre el gasto público total, podría decirse que nuestro país está descendiendo a los últimos puestos en la “liga sanitaria europea” en lo que se refiere a gasto sanitario público.

La pérdida de recursos presupuestarios públicos se ha compensado parcialmente por el aumento del gasto privado –de las familias y a través de seguros de salud–, que ha mantenido un aumento sostenido a pesar de la crisis y ha aumentado su peso en el gasto sanitario. Lo ha hecho sobre todo a través del seguro sanitario privado, tanto de pólizas colectivas (empresas) como individuales. El número de beneficiarios se eleva actualmente a 8,1 millones de españoles, lo que supone una proporción sobre la población total superior a la de nuestros socios europeos, exceptuando Alemania y Holanda. Hay que destacar que esas pólizas tienen un tratamiento fiscal muy poco favorable.

A la vista de todos los datos anteriores, la necesidad de incrementar el peso del gasto sanitario sobre el gasto público total podría justificarse a partir de la comparación internacional, por la situación de España previa a la crisis y por la contribución del Sistema Nacional de Salud (SNS) a la reducción de la desigualdad.

### **3. Efectos sobre el SNS: cómo hacer frente a la nueva demanda**

De los datos de la tabla 2 se deduce que tomando 2009 como referencia, el SNS ha disminuido su gasto en un total acumulado de 26.800 m€ hasta 2014. ¿Quién ha soportado las consecuencias?

**Tabla 2 – Evolución del gasto sanitario público, privado y farmacéutico. En miles de millones de euros. 2009-2013**

	Gasto público total	Gasto privado	Gasto en recetas
2009	70,5	25,5	12,6
2010	69,4	25,9	12,2
2011	68,0	26,6	11,1
2012	64,1	27,1	9,8
2013	61,7	27,1 (prov.)	9,2
2014	62,5	28,1 (estim.)	9,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e IDIS.

El mayor peso ha recaído sobre la prestación farmacéutica a través de recetas, que ha perdido el 25,4% de su importe anual y ha absorbido 11.200 m€ acumulados, el 42% de la caída acumulada del gasto total, con un riesgo consiguiente de pérdida de calidad y deslocalización de la industria. Le han seguido las contrataciones de personal y las retribuciones. El gasto en personal se ha reducido el 10% y ha aportado el 33% del descenso del gasto acumulado. El resto ha recaído sobre las inversiones, el mantenimiento y el I+D. El equipamiento se ha deteriorado y no ha habido reposiciones. En términos relativos, ha sido la farmacia la más perjudicada.

Todo el SNS ha sufrido una gran presión y podría temerse un fuerte deterioro de su actividad. Sin embargo, hay que destacar que ha demostrado gran resistencia: ha mantenido su actividad y las listas de espera crecieron en número de pacientes y en días de espera, pero no de forma alarmante y, además, se estabilizaron a la baja en 2014 (tabla 3). Eso fue en parte posible por el esfuerzo del propio sistema, aunque ayudó el aumento del gasto privado en sanidad, como hemos visto.

La actividad del SNS, medida en altas y otros indicadores, se ha mantenido con meritorias variaciones al alza en actos quirúrgicos (tabla 4). Si se ponen esos datos en relación con los de listas de espera, se deduce que *el sistema público ha sido capaz de mantener su actividad pero no ha podido hacer frente en su totalidad a la nueva demanda (entradas en lista) que se deriva del envejecimiento y otros factores.*

**Tabla 3 – Indicadores sobre listas de espera en el SNS. 2009-2014 (a junio de cada año)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pacientes. Miles	374	389	417	537	583	552
Días de espera	63	61	64	76	101	90
+de 6 meses. En %	5,0	5,3	5,7	9,4	13,7	10,6
Entradas en lista. Miles	729	709	644	910	913	1.098

**Nota:** A partir de junio de 2012 incluye a todas las comunidades autónomas.

**Fuente:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**Tabla 4 - Actividad y recursos del SNS. 2009-2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
Camas en funcionamiento. Miles	114,2	115,4	113,5	111,5	109,5
Médicos a. especializada. Miles	76,0	76,9	77,2	77,6	76,7
Enfermería a. especializada. Miles	130,6	137,1	135,2	133,6	132,2
Altas/1.000 habitantes	85,8	87,9	86,8	85,8	85,4
Actos quirúrgicos /1.000 habitantes	69,3	72,3	73,0	75,1	79,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El SNS ha resistido la presión de los menores recursos y ganado eficiencia en la práctica, gracias a su personal y a las inversiones de los años 2000, a pesar de la ausencia de reformas. No obstante, el sector ha quedado en una situación de debilidad: el personal está agobiado, la demanda sin atender crece, el equipamiento está envejecido y es muy difícil incorporar los nuevos medicamentos, como se ha visto con la hepatitis vírica. Mantener el gasto en los niveles actuales haría aún más difícil atender la nueva demanda y se producirían retrocesos en la calidad de las prestaciones que pueden disparar reacciones en la ciudadanía.

Nadie lo menciona, pero sería muy conveniente que el Ministerio de Sanidad realizase una evaluación sistemática de los efectos de las medidas de los últimos años (sobre el personal, la salud, los pacientes, las prestaciones), incluidos aspectos organizativos y de control de costes que pueden orientar reformas futuras.

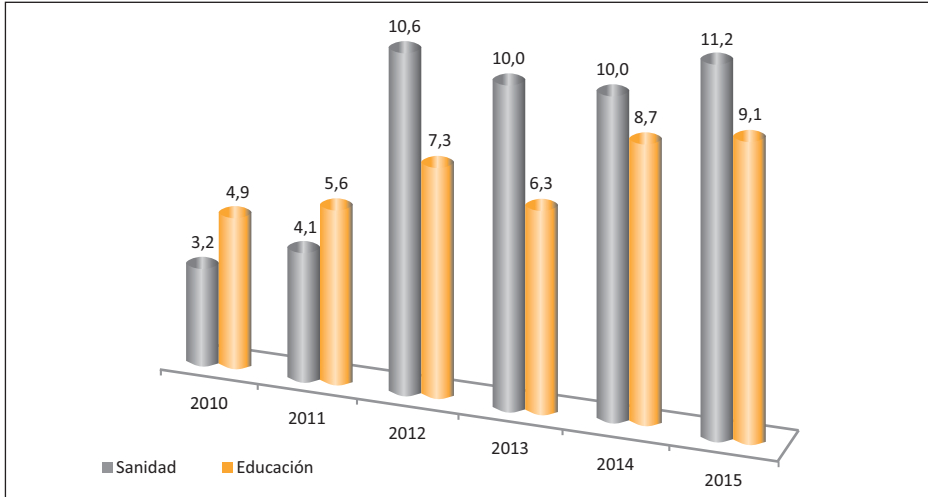
#### 4. La respuesta ciudadana

Los españoles están siendo sufridos con los recortes sanitarios. En las encuestas del CIS, la sanidad ha aparecido como una preocupación primordial a partir de 2012 (gráfico 4) –tras la publicación del RDL 16/2012, que extendió el copago por recetas en función de la renta personal–, cuando en la década pasada no lo era en absoluto. En el Barómetro de febrero de 2015 figuraba como la primera preocupación sólo para el 1,1% de los encuestados, pero aparecía como segunda para el 5,1% y como tercera para el 5,9%.

Dentro de la ciudadanía, los usuarios están siendo bastante comprensivos, si atendemos a los resultados del Barómetro del Ministerio de Sanidad (gráfico 5). La satisfacción ha descendido al nivel de 2007-2008, que no es una caída tan notable, teniendo en cuenta las mayores listas de espera.

En estos momentos los ciudadanos dan mucha más importancia al desempleo y a los problemas sociales que comporta que a la sanidad. No obstante, esto cambiará a medida que mejoren la situación económica, el desempleo y la pobreza, si no se vislumbra una recuperación presupuestaria

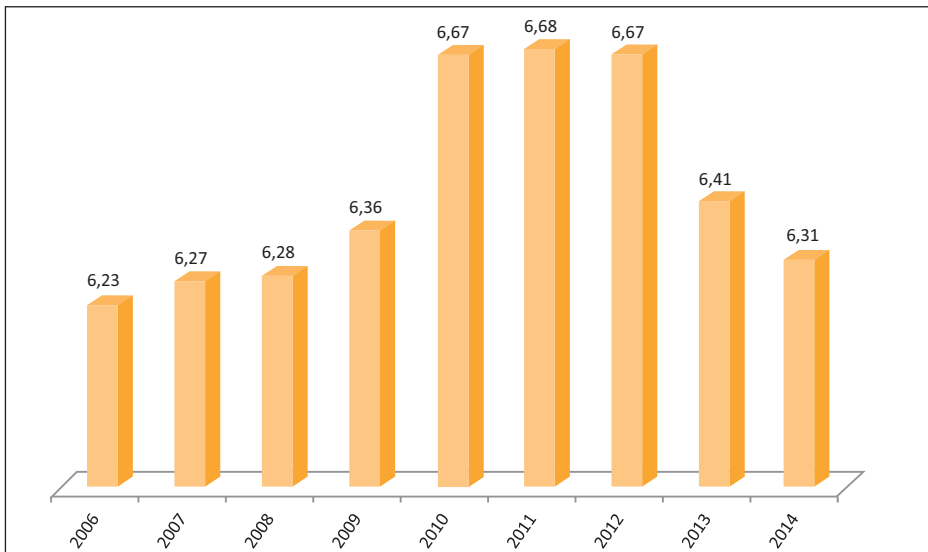
**Gráfico 4 – Encuestados que consideran la sanidad y la educación entre los tres principales problemas. En porcentaje. 2010-2015**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de CIS, Barómetro de mayo de cada año.

del SNS. Sabemos, además, que esos cambios de opinión pública pueden ser súbitos, con explosiones inesperadas. Sabemos también que el deterioro del sistema público puede acelerarse y colapsar ciertos servicios. También

**Gráfico 5 – Respuesta a la pregunta: ¿está Vd. satisfecho con el funcionamiento del Sistema Sanitario de España? Escala de 1 a 10 (muy satisfecho). 2006-2014**



**Fuente:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Barómetro Sanitario*.

hay que pensar en las innovaciones que están llegando, sobre todo de nuevos medicamentos, cuya incorporación no es fácil de retrasar por presiones de todo tipo.

## 5. Efectos en las comunidades autónomas

En las comunidades autónomas el efecto de los menores ingresos tributarios directos y los obtenidos a través del Estado se ha trasladado a los servicios sanitarios desde 2009. El sector, habituado desde tiempos del Insalud a las desviaciones presupuestarias anuales, ha continuado esa tónica, esta vez con un motivo serio, afectando de forma grave a los proveedores. El Gobierno central puso acertadamente en marcha en 2012 el Plan de Pago a Proveedores para adelantar fondos a los ejecutivos territoriales y los servicios de salud han podido seguir funcionando con normalidad gracias a ellos. Dichos servicios han absorbido dos tercios (63%) de los 55,3 miles de millones de euros –mm€– que recibieron las comunidades autónomas en el período 2012-2014, es decir, unos 35 mm€. Esa cantidad es deuda de las comunidades, ya que el Estado tomó prestado para transferírsele a ellas.

El resultado de los agobios autonómicos ha sido el descenso del gasto per cápita y un fuerte aumento de las disparidades de ese gasto entre regio-

**Tabla 5 – Gasto sanitario per cápita por comunidades autónomas. 2010-2014**

	2010	2014
País Vasco	1.623	1.541
Navarra	1.543	1.398
Asturias	1.507	1.383
Cantabria	1.347	1.333
Castilla y León	1.360	1.267
La Rioja	1.444	1.242
Canarias	1.295	1.229
Galicia	1.333	1.227
Extremadura	1.509	1.179
Castilla-La Mancha	1.346	1.123
Aragón	1.419	1.120
Cataluña	1.299	1.091
Madrid	1.108	1.087
Murcia	1.334	1.079
Valencia	1.123	1.079
Baleares	1.066	1.048
Andalucía	1.180	980

**Fuente:** Datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



nes. En la tabla 5 figuran en naranja las tres comunidades que más gastan y en gris las tres que menos en 2010 y 2014. Las que se benefician del muy favorable sistema de concierto, País Vasco y Navarra, se mantienen en cabeza aunque disminuyendo, pero el tercer puesto ha cambiado. Valencia y Baleares figuran en la cola ambos años. Lo más grave es la distancia entre la primera y la última: nada menos que 557 euros en 2010 y 561 en 2014. En 2010, la primera, País Vasco, gastó por persona un 52% más que la última, Baleares. En 2014, la diferencia entre la primera (nuevamente País Vasco) y la última (Andalucía) aumentó hasta un 57%.

Estas disparidades son escandalosas y no se producen de forma tan acusada en ningún otro país de la UE. Aparte de las dos comunidades privilegiadas con la actual aplicación del sistema de concierto, las cifras demuestran una dispersión en las prioridades del gasto público de los territorios que es difícil de entender. Madrid y Baleares no podrían mantenerse en los puestos inferiores sin el peso de los servicios y aseguramiento privados.

La conclusión, abonada por la limitada inclinación de las comunidades autónomas a colaborar entre ellas, hace pensar que nuestro Sistema Nacional de Salud se desliza cada vez más hacia un *Sistema Interautonómico de Salud*.

## 6. El gasto sanitario en el conjunto del Estado de bienestar

La tabla 6 muestra que el gasto en salud, por clasificación funcional del gasto público, ha estado acompañado en su descenso por otros capítulos. En el período 2009-2013 el gasto se contrajo más en educación que en sanidad.

En el sector sanitario español, se comete con frecuencia el error de contemplar sus necesidades financieras de forma aislada, sin considerar

**Tabla 6 – Evolución del gasto público por funciones. 2009-2013**

	2009	2013	%
01 Servicios públicos generales (incluye DP)	60,7	72,0	+18,6
02 Defensa	10,9	9,9	-9,2
03 Orden público y seguridad	22,2	21,0	-5,4
04 Asuntos económicos (incluye ayuda a la banca)	61,6	46,7	-24,2
05 Protección medio ambiente	11,5	8,6	-25,2
06 Vivienda y servicios comunitarios (con ayuntamientos)	14,0	4,8	-65,7
07 Salud	72,9	63,0	-13,6
08 Ocio, cultura, religión	17,6	11,9	-32,4
09 Educación	49,7	42,4	-14,8
10 Protección social (desempleo, pensiones no contributivas...)	172,7	184,4	+6,8

Fuente: Ministerio de Hacienda.

que, dentro del Estado de bienestar, compite en la consecución de fondos presupuestarios con educación (factor esencial del crecimiento de la competitividad de la economía a medio plazo en un mundo globalizado, factor de cohesión social y cuestión central para los jóvenes), con el seguro de desempleo y con las pensiones (no contributivas y complementos de mínimos y, en el futuro, con las pensiones de viudedad y orfandad por insuficiencia de las cotizaciones). También compite con la atención a la dependencia y últimamente con los programas de reducción de la pobreza y la desigualdad. Las necesidades sociales que reclaman fondos públicos junto a sanidad han aumentado, son también urgentes y van a ir a más.

Esto puede perjudicar el objetivo de recuperar las cifras del gasto sanitario perdidas. Desde el campo sanitario no se debe obviar que los indicadores sanitarios de España son excelentes, mientras que nuestros indicadores educativos son muy mediocres, e incluso pobres comparados con Polonia y otros países de la UE con menor renta por persona. Empieza a ser una aspiración extendida (ver los informes de Consejo Económico y Social) *que “la joya de la corona” del Estado de bienestar de España no sea sólo el SNS y que tengamos otra joya en la educación.*

La crisis de los ingresos fiscales y las limitadas perspectivas de crecimiento europeo en los próximos años han colocado en la agenda política de toda Europa una pregunta impopular pero inevitable: *¿pasada la crisis, qué Estado de bienestar podremos permitirnos?*

Esta pregunta no afecta sólo a sanidad y educación, sino también a las pensiones en unas sociedades envejecidas como serán las europeas, incluida la española, en los próximos lustros, con menos empleados cotizantes, salarios más modestos –que suponen menores cotizaciones– y mayor número de pensionistas con longevidad creciente y pensiones relativamente altas generadas en los años de bonanza.

Los servicios sanitarios, que siempre han aspirado a tener prioridad en la asignación de recursos públicos, deben adaptarse defendiendo el papel del SNS, su calidad, su razonable coste y su gran capacidad de generar equidad social. No obstante, para ganar en presupuesto, deberán añadir también dinamismo para introducir reformas en la gestión, ganancias de productividad o eliminación de gastos innecesarios.

Esto último choca con actitudes arraigadas entre los sanitarios, desde los sindicatos a las organizaciones profesionales. Frecuentemente, en los documentos de las organizaciones colegiales, sindicales y profesionales, se argumenta sobre “la proporción del PIB que debería dedicarse a gasto público sanitario” y sobre la necesidad de presupuestos finalistas decididos por las Cortes españolas y no por las comunidades autónomas. Normalmente no apoyan estas peticiones en un compromiso a favor de reformas del SNS, aumentos de productividad o eliminación de gastos evitables. Esto debilita las peticiones ante el Ministerio y las Consejerías de Hacienda.

Esta argumentación no se adapta al contexto de la política de estabilización y reducción del déficit y de la deuda pública que va a regir, por acuerdo con la UE, a corto y medio plazo. El gasto sanitario respecto del PIB es un parámetro imprescindible para las comparaciones internacionales, pero es excesivamente “macro” y debe manejarse a la vez que su peso en el conjunto del gasto público, que es una ratio esencial para las autoridades de Hacienda, tanto estatales como autonómicas.

## **7. Acabar con el “todo para todos y gratis”: el Estado de bienestar y las dificultades de la recaudación tributaria**

En todos los países europeos empieza a abrirse paso una constatación inquietante: en el nuevo mundo global, los sistemas tributarios compiten a la baja en tipos impositivos para facilitar la posición de las empresas y atraer inversiones y localización de compañías (pensemos en Luxemburgo, Irlanda y Holanda, sólo dentro de la UE). La consecuencia es una menor presión fiscal, con menores ingresos tributarios. Los tipos medios y marginales del IRPF se han recuperado parcialmente con la crisis, pero en todos los países bajaron notablemente en los años 2000 y todos los gobiernos están anunciando nuevamente su reducción en los próximos años.

Eso supone que los sistemas tributarios han perdido progresividad (los ricos ya no deben pagar mucho más, proporcionalmente, que la clase media) en la recaudación y, por tanto, ya no sirven como antes al objetivo de la redistribución de la carga fiscal. La vieja fórmula socialdemócrata-democrristiana de “impuestos altos y progresivos que gravan más a los que más tienen y gasto que favorece a las clases medias y populares” se ha debilitado mucho.

Si el sistema sanitario debe reforzarse como instrumento de las políticas activas contra la desigualdad y los impuestos han perdido progresividad, *el igualitarismo en el gasto en salud (“todo para todos y gratis”) que todavía se escucha en España, es muy injusto, además de financieramente imposible.*

Esa inquietante constatación, unida a las necesidades crecientes en otros campos sociales, está aconsejando revisar el enfoque de muchos sistemas sanitarios vigentes, tanto los que se financian por impuestos, como los que lo hacen con cotizaciones. En estos últimos, el estancamiento relativo de los salarios y de las cotizaciones sociales, resultado de la competencia internacional para reducir costes laborales, causa el mismo efecto que la menor presión fiscal: menos ingresos y menor progresividad tributaria en los primeros. En todos los países y todos los sistemas sanitarios la conclusión global es la misma: los sistemas tendrán dificultades crecientes para obtener mayores recursos públicos. En consecuencia, ¿cómo podrán garantizar las prestaciones actuales y las que pongan a su disposición los avances

técnico-científicos? *¿Cómo se financiarán los nuevos medicamentos más especializados que ya están aquí?*

Esas preguntas, tan molestas políticamente, tienen muy difícil respuesta. Ahora sólo podemos tenerlas siempre en cuenta para aplicar *reformas paso a paso, continuas y acumulativas*, siguiendo un principio simple: mantener el sistema sanitario que podemos permitirnos sin desequilibrios presupuestarios. Sobre las actuaciones sanitarias de los países miembros de la UE planean esas inquietudes en los últimos años. Hay que tenerlas muy presentes al identificar las reformas sanitarias pendientes en nuestro país.

## **8. Cuánto y cuándo recuperaremos gasto sanitario. El Programa de Estabilidad del Reino de España (PERE)**

En los ambientes político-sanitarios se manejan demandas de aumento de gasto sanitario ambiciosas, sin tener en cuenta que el Gobierno de España, al margen de su orientación política, deberá cumplir los objetivos del Programa de Estabilidad del Reino de España 2015-2018, acordado con la UE y que es un compromiso de Estado. El aumento del gasto sanitario debe enmarcarse en los techos anuales de gasto total que prevé ese Programa, resultado de los objetivos de déficit público. También debe tener en cuenta las necesidades de los restantes sectores que componen nuestro Estado de bienestar y los nuevos compromisos sociales surgidos, como se mencionó antes.

Los indicadores orientadores son el gasto sanitario agregado antes de la crisis y el peso que tenía la sanidad en el conjunto del gasto público. Es decir, *recuperar los 9.000 m€ (sin cuidados de larga duración) que se han recortado en el presupuesto anual y el 14,5% del gasto total en el período de 2015 a 2018*. Esto supone pasar de 62.450 m€ estimados en 2014 a unos 72.000 aproximadamente en 2018.

Con supuestos razonables de crecimiento de gasto en personal (el mismo que el PIB nominal), en tecnologías sanitarias (recuperación de la inversión no realizada estos años pasados y la tasa natural de reposición), en farmacia (PIB nominal) y en el resto de partidas (PIB nominal), la cifra de 9.000 m€ es insuficiente. Tampoco incluye ciertas necesidades derivadas inicialmente de las reformas. Habría que pensar en una cifra mínima algo superior a 10.000 m€, es decir, *llegar a 73.000 m€ en 2018* (tabla 7).

Los objetivos de gasto público total previstos en la versión vigente de dicho Programa de Estabilidad hacen difícil que se pueda llegar a ese aumento en 2018. La principal restricción es que se superaría el tope del 14,5% del gasto total (llegaría al 15,5%) y sanidad absorbería más del 70% del crecimiento total previsto del gasto público. Las restantes políticas de bienestar no lo permitirían.

Tabla 7 - Recuperación del gasto sanitario 2015-2018

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Objetivos PERE</b>					
Gasto sanitario mm€	62,4	62,5	63,5	64,6	65,7
% s/PIB	5,9	5,7	5,6	5,5	5,3
% s/gasto público	13,5	13,6	13,8	13,8	13,8
<b>Objetivos recuperación</b>					
Gasto sanitario mm€	62,4	64,7	67,0	70,0	73,0
% s/PIB	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
% s/gasto público	13,5	14,0	14,5	15,0	15,5

Fuente: Datos del Programa de Estabilidad.

No obstante, con todas las dificultades, este objetivo de 10.000 m€ adicionales en 2018 se puede apoyar en argumentos potentes: caída respecto a los países europeos, mayor esfuerzo de recorte exigido a la sanidad en los años de crisis, necesidades cuantificables del sector para no colapsar, necesidad de afrontar la innovación, aportación de la sanidad para disminuir la desigualdad y otras muchas. Quizá pueda alargarse el período temporal hasta 2019, pero el objetivo no debería ser rebajado. Obviamente, todo depende de la evolución futura de la economía española y del cumplimiento del Programa de Estabilidad, que es un compromiso para cualquier gobierno futuro.

Por último, para que haya garantía de que los recursos adicionales son dedicados por las comunidades autónomas a sanidad, debería existir un compromiso formal y previo por su parte. Incluso parte de ellos podrían instrumentarse con un sistema de Fondos Estatales ligados a la consecución de ciertos objetivos.

## 9. Recuperar el presupuesto de la mano de las reformas

La cuestión central para el futuro inmediato es *recuperar el gasto lo antes posible para hacer frente al aumento de demanda, pero funcionando mejor que en el pasado*.

En los ambientes más profesionales del sector, la crisis ha alentado una opinión demandante de más presupuesto a la vez que favorable a reformas en la gestión y comprometida a reducir gastos evitables en áreas concretas. La gestión clínica es un buen ejemplo. De hecho, con la crisis se han aplicado “micro-reformas” y gran parte del SNS ha comprobado que se puede “mantener la actividad e incluso ampliarla ligeramente con menos”. Hay un cierto consenso académico e “ilustrado” sobre la factibilidad y conveniencia del cambio.

Por el contrario, hay también una resistencia sindical interna y de grupos empeñados en que todo siga igual, con influencia en partidos políticos y medios de comunicación y cuya expresión en la calle son las “mareas blancas” con el lema de “defensa de lo público” .

En medio de estas tensiones, hay un temor por parte de las autoridades sanitarias, tanto del Ministerio de Sanidad como de las comunidades autónomas, a poner en marcha reformas organizativas de calado, cuestionar el igualitarismo y modernizar el SNS. Sería necesario hacerles comprender que las mejoras de eficiencia conseguidas estos años tienen un recorrido limitado, aunque deban consolidarse y extenderse, y que tampoco se puede incidir más en el gasto farmacéutico y en nuevos recortes en los capítulos habituales. El principal obstáculo es identificar cómo hacerlo con coste político asumible, de forma comprensible para la ciudadanía y de manera coordinada en todas las comunidades autónomas, “todos los territorios a la vez”.

Los servicios sanitarios también deberían hacer valer su contribución para abordar la desigualdad, que, además de una cuestión moral, se está convirtiendo en un problema con un peso político y económico creciente por aportaciones académicas y por las consideraciones de la OCDE y del FMI. Estos organismos vienen argumentando con apoyo cuantitativo que la desigualdad reduce el potencial de crecimiento de la economía.

Las evidencias demuestran que las políticas de redistribución más eficaces son las que se basan en programas de gasto dirigidos a colectivos desfavorecidos específicos en lugar de intentarlo a través de los tributos e ingresos fiscales. Las instituciones más eficaces para instrumentar esos programas son las que tienen arraigo y eficacia demostrada, que son las que gestionan el Estado de bienestar, especialmente la educación y la sanidad.

No procede, pues, inventar mecanismos nuevos. En España, los servicios sanitarios son ya un actor principal de las políticas sociales y pueden ampliar su papel en el futuro. Esto favorecerá que se mejore el gasto público sanitario. Para eso deben orientarse a tratar mejor a los menos favorecidos, sobre todo a través de la atención primaria, bien coordinada con los servicios sociales. De nuevo, el igualitarismo de “todo para todos y gratis” es una rémora a superar.

En su papel de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de todos los ciudadanos, *los servicios sanitarios públicos son ya un instrumento clave contra la desigualdad. Se puede reforzar ese papel mejorando su coordinación con los servicios sociales y primando los recursos dedicados a las zonas geográficas deprimidas y a las capas sociales menos pudientes, donde las enfermedades se asocian con situaciones de pobreza. Éste es un argumento de peso para solicitar más presupuesto sanitario.*

## 10. Una nueva manera de enfocar la política sanitaria: Estrategia Nacional de Salud

En España no existe política sanitaria articulada y explicada. Hay análisis parciales pero no de conjunto y de futuro. Parte de la resistencia al cambio se deriva de esta carencia. El debate sanitario se centra en los problemas asistenciales que van surgiendo. Se debería sumar lo que se ha aprendido con la crisis, lo que se está haciendo bien y lo que queda por hacer a través de una política articulada en un solo documento.

A la vista de esas dificultades, se propone abordar las reformas con un nuevo planteamiento, resumido en tres grandes capítulos:

1. Identificar, sistematizar y cuantificar los riesgos sanitarios de España, con la prevalencia actual y previsible de enfermedades, tendencias de morbilidades, conductas sociales y peculiaridades por territorios.

2. Carencias y variabilidad por poblaciones y territorios en el tratamiento de esas patologías, identificando las causas.

3. Reformas para resolver esas carencias, definir trasvases de recursos entre áreas dentro del sistema y conseguir financiación adicional cuanto antes.

Tendría la forma de una *Estrategia Nacional de Salud*, siguiendo lo que ya se realiza en España en el campo de seguridad y defensa. Esta Estrategia superaría la carencia de visión global y de relato coherente del sistema sanitario, con un conjunto de medidas amplio y gradual.

Esta propuesta sigue las recomendaciones de la OMS de colocar la salud pública en el primer escalón de la política sanitaria, pero avanzando al campo más concreto de la gestión de los servicios. Crearía una nueva dinámica, como sucedió hace treinta años con el lema de la OMS “Salud para todos en el año 2000”.

La Estrategia debería adaptarse después a cada comunidad autónoma. Convendría que fuese respaldada por una Conferencia de Presidentes Autonómicos (la anterior se celebró en 2005).

Su primer principio es la *gradualidad*: no es realista plantearse reformas inmediatas que cambien de manera radical el sistema actual, sino generar una dinámica de cambios progresivos para períodos sucesivos. Esas etapas las marcaría la revisión periódica de la Estrategia Nacional de Salud.

El segundo principio consiste en *no plantear futuros ahorros absolutos en el gasto sanitario, sino ahorros en ciertos aspectos que se invierten en otras áreas del sistema más decaídas o prioritarias*. Ahorrar, trasvasar internamente, reformar, invertir para actualizar se convertirían en aspectos complementarios.

El tercer principio sería *aumentar los recursos presupuestarios dentro de las posibilidades que marca el Programa de Estabilidad del Reino de España con la UE*, en la línea indicada en los epígrafes anteriores.

### 10.1 Contenido de la Estrategia Nacional de Salud

Contaría con tres apartados generales: definición de los principales riesgos, formulación de programas de salud pública para reducirlos y adaptación de la organización asistencial para atenderlos. En ellos se articulan los siguientes objetivos:

#### □ *La salud pública como base y punto de partida*

No todo es asistencia, pero todo termina afectando a la asistencia. Si identificamos los grandes riesgos patológicos, definimos la forma de prevenirlos, colocamos a los crónicos en primer lugar, acotamos lo que asistencialmente no se hace bien o es mejorable y situamos todo en un marco financiero realista, *las reformas de la asistencia se hacen comprensibles*. Ya no se tratará solo de recortar o congelar gasto, sino de adaptar el sistema sanitario a los riesgos de salud al coste más asumible. Los pacientes son parte esencial en el enfoque preventivo. Además hay que tener en cuenta los determinantes no médicos que la crisis ha agudizado (desigualdad, paro, pobreza).

#### □ *Mejor financiación, generar ingresos propios*

Romper la inercia de pedir siempre más dinero: crear una dinámica de generación de ingresos por modestos que sean. Hacer aceptables los *copagos en función de la renta personal* explicándolos; todos los países europeos los aplican y España no debe ser diferente. Una mejor financiación, de acuerdo con el Programa de Estabilidad del Reino de España 2015-2018, tiene el objetivo a corto plazo de recuperar el nivel de gasto y la proporción del gasto sanitario sobre el total de gasto público anterior a la crisis. A medio plazo debería recuperarse también el peso sobre el PIB que se alcanzó en los años 90 y los 2000, que supone devolver el gasto sanitario público a un lugar intermedio entre los países europeos.

#### □ *Liderazgo identificable y mejor participación*

Todas las comunidades autónomas tienen problemas similares y pueden afrontarlos mejor de forma coordinada. Se reducirían costes políticos y de otro tipo, pero el Consejo Interterritorial no es ejecutivo, aunque puede reformarse, recuperando el peso del Ministerio de Sanidad. La participación de profesionales y pacientes, además de las empresas del sector, puede conseguirse con el Consejo Asesor de Sanidad.



□ *Mejorar la productividad y la calidad con el buen uso de los recursos*

La productividad y la calidad pueden medirse comparando resultados de actividad y clínicos entre comunidades autónomas y entre España y otros países avanzados. Eso induce a una mejor utilización de los recursos. La comparación detecta cuáles son los indicadores que se han de mejorar y hacia dónde deben dirigirse las nuevas inversiones.

□ *Modernizar la gestión de personal*

El principal recurso del sistema es el personal, que se rige por un sistema estatutario-funcionario que es poco adecuado para un sector tan dinámico. El régimen estatutario actual dificulta la mejor utilización de los recursos humanos. Hay varios puntos problemáticos: excesivo número de médicos y déficit de enfermeros, dificultad de incentivar a los mejores, exceso de igualitarismo retributivo, carrera profesional muy limitada, decreciente movilidad entre comunidades autónomas. Establecer un nuevo marco legal es imprescindible.

□ *Articular la asistencia sanitaria con la social*

Los organismos internacionales insisten en la coordinación entre niveles asistenciales, con mayor implicación de los servicios sociales. Así figura en el Pacto de Estabilidad de España con la UE (“intensificar la coordinación entre los distintos tipos de asistencia”). A pesar de que llevamos años hablando de “la orientación a crónicos”, en lugar de potenciar la asistencia primaria y a domicilio hemos construido hospitales innecesarios mediante concesiones.

□ *Visión global de los recursos del sistema, incluyendo los privados*

El Ministerio de Sanidad no contempla los recursos privados del sistema. Existe poco intercambio de información con el sector privado sobre proyectos de futuro o de inversión; esa labor queda en manos de las comunidades autónomas y hay una gran dispersión por territorios. Comparten la asistencia de los españoles pero públicos y privados son dos mundos separados.

□ *Preparar la llegada de novedades*

Antes de la llegada de los nuevos medicamentos hay que tener preparada mínimamente su financiación y los protocolos de su utilización. Eso puede aplicarse también a las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento. Sin “hacer sitio” para las novedades en ambos terrenos, el sistema sufrirá mucha presión social. Esto equivale a revisar periódicamente el contenido del aseguramiento público.

## Conclusiones

Como resumen, podemos destacar que el SNS ha sufrido recortes de recursos bruscos después de una década de fuertes aumentos y que los ha absorbido con aumentos de productividad pero sin reformas. Está muy agobiado y no puede atender la nueva demanda, pero los objetivos del Pacto de Estabilidad del Reino de España no permiten una recuperación presupuestaria en el próximo trienio. Además, compite en conseguir recursos con otras parcelas del Estado de bienestar como educación, asistencia social y pensiones.

Para mejorar esa perspectiva debe ofrecer a las autoridades españolas y europeas un programa de reformas creíble, aunque hay fuerzas empeñadas desde hace tiempo en impedir los cambios y escasa voluntad de aplicarlos en los partidos políticos.

Es probable que los cambios sean inducidos por las autoridades de la UE, si el cumplimiento de los objetivos de déficit público lo exigen. Mucho mejor sería que se intentase una nueva política sanitaria articulada, realista y bien explicada, basada en un documento de Estrategia Nacional de Salud que indujera reformas graduales y continuas y les diera sentido.

Teniendo en cuenta el panorama político español y la experiencia en las comunidades autónomas en el campo sanitario, hay razones para ser razonablemente pesimistas sobre la voluntad de cambio. Sin embargo, la forma en que el SNS ha resistido los recortes y la existencia de fuerzas internas de carácter profesional que la han hecho posible, así como la pujanza del sector privado como parte del sistema, permiten ser también razonablemente optimistas sobre el futuro de nuestra sanidad.