PRIORIDADES DEL GASTO PÚBLICO EN ESPAÑA: EL CASO DE LA SANIDAD

Reflexiones para el análisis y el debate

farmaindustria

La necesidad de promover un debate informado sobre las prioridades de gasto público en España

- La **crisis económica** ha evidenciado la necesidad de revisar a fondo el gasto público de todas las administraciones. En ausencia de mayores ingresos, el gasto público tiene que adaptarse (recortarse) a las disponibilidades.
- A la hora de recortar el gasto, es frecuente acudir a recortes generalizados lineales para todas las partidas. Pero a nadie se le oculta que **no todas las partidas son iguales** ni por si finalidad, ni por su tamaño, ni por su dinámica, ni por sus efectos.
- El planteamiento inicial es volver a los **fundamentos básicos sobre el papel del Estado** en la economía y en la sociedad, de alguna forma "partiendo de cero".
- Este análisis del gasto público debe abordarse teniendo en cuenta tres variables:
  - La variable **funcional** (reparto del gasto por funciones o programas finalistas).
  - La variable **dinámica** (los factores de crecimiento o no de cada gasto).
  - La variable **territorial** (el nivel territorial: AGE, CCAA, administraciones locales)

El debate sobre las prioridades de gasto público no es un debate del Estado (central) *versus* las CCAA

- Estas tres variables (funcional, dinámica y territorial) se entrecruzan en las distintas partidas de gasto. Así, España se ha dotado de un **sistema autonómico** en el que los bienes públicos clásicos (defensa, seguridad ciudadana, justicia) permanecen fundamentalmente (aunque no exclusivamente) en manos de la administración central, mientras que los servicios públicos de educación y sanidad (I+D e infraestructuras también, pero en una escala menor) han sido transferidos a las Comunidades Autónomas. Análisis aparte merece el gasto social centralizado en pensiones (demografía) y desempleo (anticíclico).
- De este modo, **son precisamente los servicios transferidos a las CCAA los que están sujetos a una fuerte demanda social y a factores demográficos y tecnológicos** que determinan unas tasas de crecimiento altas y, en todo caso, superiores a la tasa de crecimiento del gasto en servicios centralizados tradicionales. Se da entonces la circunstancia de que los servicios con mayor tensión presupuestaria son los suministrados por las CCAA, que con frecuencia y de una manera simplista y poco rigurosa son presentadas como estructuras derrochadoras del gasto y poco eficientes en su gestión.

Criterios para la priorización del gasto público

- Un **debate informado** sobre el gasto público debe basarse sobre **datos objetivos**, procurando mantener al margen factores ideológicos u otros apriorismos, que sólo deben entrar, en su caso, a posteriori, a la hora de las decisiones.
- Cualquier programa de gasto público (educación, sanidad, infraestructuras, seguridad ciudadana, reconversión industrial, pensiones, sistema judicial, etc.) puede ser evaluado atendiendo a **cuatro criterios** fundamentales:
  1. **La creación de valor económico y social**: capacidad de arrastre sobre sectores industriales y de servicios, creación de empleo directo e inducido, competitividad, externalidades positivas...
  2. **La eficiencia en el uso de los recursos**: análisis coste-beneficio de los recursos públicos empleados, comparación internacional entre recursos empleados y resultados obtenidos, productividad, etc.
  3. **Las preferencias de los ciudadanos**, explícitas o implícitas.
  4. **Los efectos redistributivos** y sobre la cohesión social del gasto.

El debate de las prioridades sobre la base de los criterios de evaluación (1)

- Imaginemos que tenemos todos los programas públicos analizados bajo estos criterios **con datos objetivos y comparables** que permita clasificarlos:

Programas	1. Creación de valor	2. Eficiencia	3. Preferencias ciudadanas	4. Efectos redistributivos
X	***	***	***	***
Y	**	**	***	*
Z	***	*	**	**

- Ante una decisión de gasto (incremento o recorte) y si suponemos que no aumenta el gasto total (juego de suma cero) hay que tener en cuenta que:
  - Si se aumenta una partida que crea menos valor económico en detrimento de otra con mayor efecto multiplicador, se reduce el **crecimiento de la economía y del empleo**.
  - Si se reduce un gasto y el ahorro se destina a partida menos eficiente, estamos disminuyendo la **eficiencia global** de nuestra economía.
  - Si aumentamos el gasto en un servicio muy valorado por la ciudadanía y lo detraemos de otro menos valorado, aumentamos el **bienestar y la satisfacción del país**.
  - Análogamente, aumentar el gasto en una partida con mayor efecto distributivo que otras, mejora la **distribución de la renta** y cohesiona más a la sociedad.

El debate de las prioridades sobre la base de los criterios de evaluación (2)

- **Todos** los criterios deben ser utilizados en la toma de decisiones. Ahora bien, el **peso** que se otorgue a cada uno de ellos puede variar en función de las opciones políticas o las ideologías, sin que ninguno sea excluido a priori.
- No es el propósito de esta presentación entrar en el debate de todos los programas de gasto público, pero sí el de explicar **el caso de la Sanidad**: la Sanidad, sin lugar a dudas, sobre la base de datos objetivos, se encuentra entre las primeras posiciones (si no en la primera) en todos y cada uno de los cuatro criterios.

Programas	1. Creación de valor	2. Eficiencia	3. Preferencias ciudadanas	4. Efectos redistributivos
SANIDAD	***	***	***	***
Y	**	**	***	*
Z	***	*	**	**

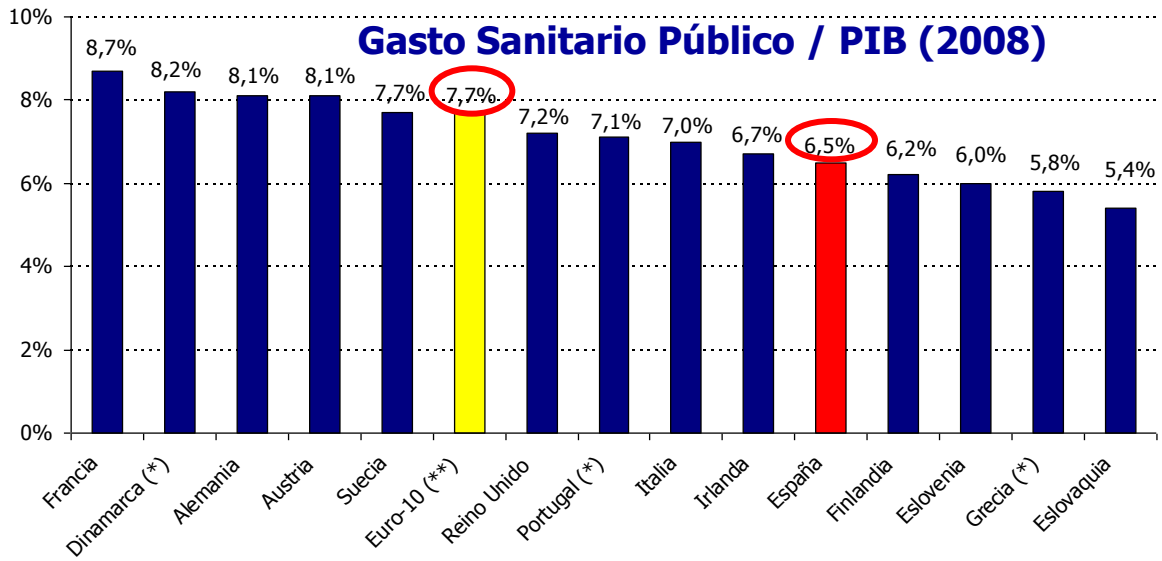
- Sin ánimo de exhaustividad, veamos algunas pinceladas.

Un ejemplo: la Sanidad
1. Creación de valor y externalidades

- El **gasto sanitario total** alcanzó en España 97.600 millones de euros en 2008, un **9,0% del PIB.** Alrededor del **75%** del gasto sanitario total es **gasto público.**
- El **sector salud emplea** en España a **más de 600.000 trabajadores** de forma directa, aproximadamente un 3% de toda la población ocupada en nuestro país.
- Según datos de la OCDE, el **conjunto del sector socio-sanitario** emplea en España **1,3 millones de personas** (el 6,2% del empleo total)
- En muchas localidades y provincias, el sistema de salud es el **principal empleador.**
- **La salud es el principal actor de la I+D y de la innovación en España**: la investigación biomédica supone prácticamente la mitad de la I+D pública. La industria farmacéutica supone por sí sola más del 20% de la investigación industrial.
- La salud es **fuente de progreso científico y técnico y de crecimiento económico**. Reduce el absentismo, mejora la productividad del país y es el sostén de un vigoroso, competitivo e innovador sector industrial y de servicios avanzados.

Un ejemplo: la Sanidad
2. Eficiencia del gasto público

- El SNS español es considerado como **uno de los más eficientes** del mundo, dado el **(bajo) coste** que supone y los **(buenos) resultados de salud** que consigue.
- El gasto sanitario público español es **uno de los más bajos de la UE en términos de PIB**, **un 15%-20% por debajo de la media** de países de la UE-15.



(*) Países con datos para 2007
(**) Países de la Zona Euro excepto Grecia y Portugal por falta de datos para 2008

Fuente: OECD Health Data 2010. Octubre 2010

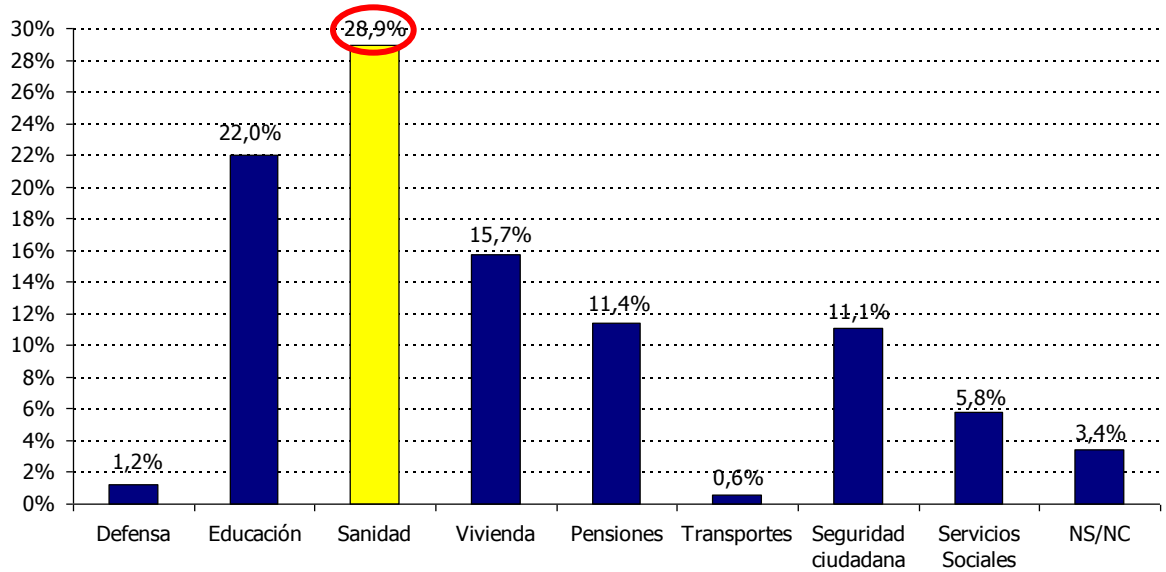
- **Resultados**: según datos de la OMS, la **esperanza de vida** en España (84 años para mujeres y 78 para varones) supera en 5-7 años la media europea y en 12-16 años la media mundial.

farmaindustria

Un ejemplo: la Sanidad
3. Preferencias ciudadanas

- Las encuestas oficiales demuestran consistentemente en el tiempo que la salud ocupa el primer lugar en las **prioridades** de los ciudadanos.

¿Podría decirme cuál de las siguientes áreas es la que considera Ud. de mayor interés para los ciudadanos y las ciudadanas?



Fuente: CIS. Barómetro sanitario, 2009

- La prioridad a la salud viene acompañada por un elevado **grado de satisfacción** con la sanidad pública (aprox. el 70% de la población considera que la sanidad pública funciona bien o muy bien).

farmaindustria

Un ejemplo: la Sanidad
4. Efectos redistributivos

- Los incrementos de la esperanza y calidad de vida atribuibles al sistema sanitario son **fuente de crecimiento económico** y de **reducción de desigualdades sociales.**

- La sanidad es un **pilar básico del estado del bienestar** y un instrumento para **amortiguar las consecuencias negativas de la crisis económica.**

> *"La única cosa que funciona a favor de Europa es precisamente aquella por la que recibe la mayor parte de las críticas: el tamaño y la generosidad de sus estados de bienestar, que están amortiguando el impacto de la crisis económica.*
> *Esto no es una cuestión baladí. La asistencia sanitaria garantizada y las generosas prestaciones de desempleo aseguran que, por lo menos hasta ahora, no haya tanto sufrimiento humano en Europa como en Estados Unidos. Y estos programas también ayudarán a sostener el gasto en esta recesión".*
>
> Paul Krugman, Premio Nobel de Economía 2008
> New York Times, 16 de marzo de 2009.

CUATRO CONSIDERACIONES:
A) La sanidad debe luchar por un puesto prioritario en el debate presupuestario

- El **déficit acumulado de la sanidad pública supera los 11.000 M€** y la deuda de los servicios de salud con suministradores es cada vez mayor (más de 4.600 millones de euros por suministros farmacéuticos en 2010).

- Existe, por tanto, un **problema real de insuficiencia presupuestaria** de la sanidad pública que hace peligrar su propia viabilidad y la de sus principales proveedores.

- Aunque es preciso analizar posibles fuentes adicionales de ahorro, es difícil mantener las actuales prestaciones y su nivel de calidad **sin aportar recursos adicionales**.

- Si no se invierte lo suficiente, existe un **riesgo real de empeoramiento irreversible de la prestación sanitaria pública**: a diferencia de otros sectores donde la inversión se puede paralizar y retomar años después, **la sanidad no puede dejar de invertir recursos sin empeorar significativamente la atención durante años** (listas de espera, problemas de salud, obsolescencia tecnológica, colapso de urgencias…).

CUATRO CONSIDERACIONES: B) Incrementos parciales de la eficiencia no garantizan una mayor eficiencia global

- Especialmente en un entorno de **financiación pública no finalista** en el que cualquier ahorro en una partida presupuestaria puede ser dedicado a la **financiación de otras actividades**, es importante conocer el **destino de los recursos ahorrados**:
  - No financiar una prestación por no considerarse "coste-efectiva" y, con el ahorro conseguido, incrementar el gasto en **partidas no sanitarias** cuyo coste-efectividad no se evalúa, pero que podrían ser altamente ineficientes, podría no incrementar la eficiencia global en el uso de los recursos públicos.
  - Igualmente, **dentro del sistema sanitario,** intervenir en una parte del sistema con el objetivo de aumentar la eficiencia parcial, sin hacer un análisis global del conjunto, puede conducir a errores graves, ya que una determinada "ineficiencia" puede deberse a factores externos a dicha área y estar paliando ineficiencias ajenas o bien aflorar otras ineficiencias, como consecuencia de la interrelación entre todos los elementos del sistema (ej: receta electrónica).

CUATRO CONSIDERACIONES:
C) Recursos adicionales y mayor eficiencia no son incompatibles

- Existe la evidencia de un **déficit sanitario** importante en España que está estrangulando a los proveedores y que pone en peligro la calidad de la asistencia sanitaria pública. El tamaño de este déficit es tal que resulta **imposible de sanear únicamente a través de mejoras de la eficiencia** a corto plazo.

- A su vez, **en el sistema sanitario público existen bolsas de ineficiencia**, que hay que abordar, conociendo con relativa precisión: i) cuáles son, ii) a qué partidas afectan, iii) cuál es su magnitud, iv) a qué se deben y v) si su eliminación es posible.

- Por otra parte, y especialmente en ausencia de una financiación finalista para sanidad, deberían también analizarse posibles **ineficiencias del gasto público en áreas de gasto no sanitarias**, para que la mayor eficiencia del sistema sanitario no sirva para financiar ineficiencias en dichas áreas, sino para mejorar la eficiencia global del gasto.

- En consecuencia, resulta absolutamente imprescindible **mejorar la financiación sanitaria a corto plazo** y abordar las **bolsas de ineficiencia del gasto público (sanitario y no sanitario)** para conseguir un sector público más eficiente a medio y largo plazo.

CUATRO CONSIDERACIONES:
D) Gasto público y progreso científico y terapéutico en sanidad

- El **progreso científico** en medicina pone a disposición de los profesionales sanitarios medios cada vez más avanzados para tratar y curar enfermedades.

- El avance científico y terapéutico depende de una pluralidad de **agentes públicos y privados** que invierten importantes sumas (públicas y privadas) para I+D y que necesitan un **entorno adecuado** para realizar esas tareas y un sistema que utilice las **innovaciones en la práctica clínica**.

- Las características del progreso científico-técnico (**incertidumbre, riesgo, inversiones, motivación de los profesionales**) han de ser tenidas en cuenta en la creación de ese **entorno favorable**.

- **El progreso científico-técnico no está reñido con el buen uso de las tecnologías**. La difusión (incorporación) de las innovaciones debe ser rápida y ágil, pero también eficiente (**ni infrautilización ni sobreutilización**).

- El progreso científico-técnico es la principal **esperanza para millones de pacientes**. ¿En qué mejor se puede invertir dinero (público y privado)?

Resumen: un proceso de debate y acción en tres planos

- **Debate global sobre el gasto público**
  - Priorización de la sanidad en el debate sobre el gasto público en España y su articulación territorial.
- **Financiación finalista de la sanidad**
  - Marco general: mejoras finalistas en la financiación sanitaria en el marco de la financiación de las CCAA.
  - En cada Comunidad: priorización de la sanidad sobre otras partidas de gasto y sobre la base de datos objetivos y racionales.
- **Búsqueda permanente de la eficiencia en sanidad**
  - Transformación de los sistemas de salud para afrontar los nuevos retos y ser eficientes en el medio-largo plazo (pero transformación desde ya mismo).
  - La urgencia de cuadrar las cuentas en el corto plazo. Ahorros sin afectar dinámicamente a la calidad de la prestación ni al progreso científico y terapéutico.