

CUADERNOS

de información sindical

36
2013

El gasto sanitario en España

CCOO

El gasto sanitario en España

Edita: Confederación Sindical de Comisiones Obreras

Elaborado por: Fernando Puig-Samper

Secretaría Confederal de Protección Social y Políticas Públicas de CCOO

Número 36 • Nueva etapa

© Madrid, noviembre 2013

Realiza: Unigráficas GPS

Depósito Legal: M-31032-2013

Índice

Presentación	7
Introducción	9
El gasto sanitario total en España	11
Gasto sanitario total en relación con el PIB	12
Evolución del gasto sanitario	14
Gasto sanitario por habitante	15
Gasto público y gasto privado	18
El gasto público en sanidad	24
Gasto público por sectores de gasto	27
Clasificación económico-presupuestaria	28
Clasificación funcional del gasto	29
Los presupuestos iniciales	31
Gasto sanitario público por habitante	35
Restricciones de gasto	40
Ruptura de la universalidad en la atención sanitaria	40
Reforma farmacéutica	43
Nueva cartera de servicios	51
Reducción de la actividad sanitaria	51
Reducción de las inversiones	52
Medidas en relación con la gestión y la eficiencia	53
Medidas en relación con los recursos humanos	53
Recursos en relación con la atención primaria	59
Recursos en relación con la atención hospitalaria	59
Colaboración público-privada	60
Conclusiones	63

El gasto sanitario en España



PRESENTACIÓN

Tras la celebración del 10º Congreso Confederal de CCOO, hemos retomado nuestra actuación sobre la situación del sistema sanitario en España, partiendo de la experiencia acumulada por el sindicato, tanto en el ámbito confederal, como en las distintas unidades territoriales que componen el Estado y, por supuesto, en nuestra estructura sectorial.

En ese marco, esta es la primera entrega de lo que pretende ser una serie de trabajos de aproximación, análisis y valoración de la situación, características y los cambios que se están abordando en nuestro sistema sanitario.

Este nuevo Cuaderno de Información Sindical tiene por objeto poner a disposición del conjunto de las organizaciones de CCOO una herramienta propia de conocimiento sobre este importante eje de nuestro sistema de protección social; y presentar, con carácter general y hacia el exterior de nuestra organización, una aportación de CCOO sobre el mismo que pueda contrastar y ser contrastada con otros trabajos y contribuciones que (con mayor o menor rigor y fortuna) aparecen publicados en este momento de convulsión, reestructuración y cuestionamiento de aspectos esenciales del sistema de protección social que hemos construido en España a lo largo de las últimas décadas.

Nos permite observar, desde la perspectiva del gasto, la evolución de nuestro sistema sanitario, en el estado actual de coordinación entre los distintos niveles y ámbitos de asistencia (primaria, hospitalaria y de atención social), así como el impacto de la necesaria atención al mayor número de enfermedades crónicas y patologías múltiples asociadas al aumento de esperanza de vida y al envejecimiento de la población.

Intenta prepararnos para abordar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva equilibrada, a partir de criterios de suficiencia financiera, equidad, solidaridad, sostenibilidad, gobernabilidad, y racionalidad de la sanidad y la práctica clínica. Todos ellos interrelacionados y hoy especialmente afectados, cuando no condicionados, como se explica en el informe por las decisiones en materia económica que determinan su financiación.

La puesta en marcha del Programa Nacional de Reformas 2013 y la Actualización del Programa de Estabilidad de España 2013-2016 están determinando medidas tendentes a conseguir una reducción del gasto sanitario de 7.267 millones entre 2012 y 2014 (ya se han adoptado medidas que suponen más de la mitad de ese objetivo), llevando el gasto sanitario en relación con el PIB en un 5,4% en 2016; lo que, como se define en el informe, supone “un paso atrás de una década”.

En algunos casos, además, las medidas adoptadas tienen un impacto social de especial relevancia y gravedad. Es el caso de las decisiones que han determinado la exclusión de un número elevado de personas (la mayoría inmigrantes), a quines sin justificación posible, ni en términos de protección a la salud ni económicos, se desplaza en su asistencia de la atención primaria a la atención a través de los servicios de urgencias.



Adicionalmente a este trabajo sobre el gasto del sistema sanitario en España, se está trabajando, con perspectiva de publicación posterior, una aproximación al empleo en el sector sanitario, su evolución, características y retos para el futuro.

Contamos para este objetivo con la colaboración entre la Confederación Sindical de CCOO y la Federación de Sanidad y Servicios Socio-sanitarios, con la que estamos coordinando las actuaciones de investigación y análisis en esta materia, con carácter general, así como, adicionalmente con la Federación de la Industria Química, Textil y Afines, en este caso, para que con ambas federaciones podamos realizar una aproximación global y un análisis de estas características, también, sobre gasto farmacéutico que espero no tarde en ser también publicado.

Otras líneas de trabajo que nos resultan de interés es el impacto de nuestro modelo sanitario y las políticas de igualdad, de un lado, y, junto con ello, una valoración sobre el impacto que en todos los aspectos mencionados en esta presentación están teniendo o pueden tener los distintos modelos de gestión que existen o se están imponiendo en las distintas comunidades autónomas en materia sanitaria.

Con todo ello pretendemos conocer, valorar y presentar alternativas basadas en la equidad, solidaridad, participación sostenibilidad y suficiencia financiera y atención adecuada de necesidades sociales, tanto en el ámbito sanitario como en el, aparentemente, compartido diagnóstico sobre la necesidad de un pacto socio-sanitario, que debe abordarse desde la participación, transparencia y corresponsabilidad de organizaciones representativas, que debemos y podemos aportar valor a ese diseño desde la perspectiva del interés general y partiendo de una adecuada acreditación de representatividad social y rigor constatable a lo largo del tiempo.

Todo ello, en un marco de crisis económica profunda que está sirviendo para poner en cuestión aspectos relevantes de nuestro Estado social, alejándose de la perspectiva derivada del desarrollo construido sobre las previsiones de la Constitución Española de 1978.

Estas breves líneas de presentación no pretenden repetir mensajes que ya están incorporados en el trabajo al que acompañan; más bien buscan mostrar la voluntad de configurar una línea de trabajo que queremos mantener y que debe fundamentar nuestra valoración y propuestas de modificación, mejora o, simplemente, de presentación de alternativas sobre un servicio de primera necesidad, como es la atención sanitaria a las personas que, también aquí, precisa de más acuerdos y consensos que imposiciones unilaterales orientadas a la mera reducción del gasto.

Su desarrollo debe efectuarse desde el compromiso que es exigible para una organización como CCOO, de carácter socio-político, con una herramienta esencial de atención a servicios básicos de carácter general, tanto para los trabajadores y trabajadoras que obtienen esta cobertura pública, como del conjunto de ciudadanos, con carácter universal.

Carlos Bravo

Secretario Confederal de Protección Social y Políticas Públicas de CCOO

INTRODUCCIÓN

El sector sanitario es una pieza clave en el Estado de bienestar, uno de los principales cauces de redistribución de la riqueza, y uno de los factores que contribuyen a la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida. Pero también es un sector con un alto peso en el análisis económico, tanto en términos absolutos (miles de millones de euros) como relativos (en relación con el PIB). En este primer esbozo trataremos de sintetizar algunos de los elementos esenciales.

Negar la importancia económica del sector y el lógico impacto en el mismo de una crisis profunda como la actual es tan inútil como obviar el impacto que los recortes tienen en dos aspectos básicos como la equidad y la calidad en el sistema. Como en el conjunto de los servicios públicos, se trata de ver si se cumplen principios esenciales de suficiencia, viabilidad, equidad y calidad.

El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección a la salud. Posteriormente, el artículo 12 de la Ley General de Sanidad estableció que *“Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución”*.

Al mismo tiempo, la crisis económica ha llevado a la adopción de medidas, rechazadas por CCOO, tan drásticas como la modificación de la Constitución en su artículo 135. Se consolida con ello el principio de estabilidad presupuestaria y se establece que *“El Estado y las comunidades autónomas no podrán incurrir en un déficit estructural que supere los márgenes establecidos, en su caso, por la Unión Europea para sus Estados miembros”*. Este mandato constitucional se ha desarrollado en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

La constante contradicción entre la perspectiva de la salud y la perspectiva de la economía no es una novedad en el debate. En todo caso, estamos obligados a buscar el equilibrio suficiente que nos permita el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre cinco ejes: la suficiencia financiera, la equidad y la solidaridad, la sostenibilidad, la gobernabilidad, y la racionalidad de la sanidad y la práctica clínica¹.

Todos ellos están interrelacionados. Como método de trabajo, en este primer documento nos limitamos a analizar los datos económicos del sector. En el momento actual nos parece que están condicionando otras decisiones, por lo que entendemos que debe ser el primer punto a analizar.

¹ Ejes planteados en el Foro por la mejora del Sistema Nacional de la Salud, encuentro con expertos celebrado el 27 de octubre de 2004. Ver el documento “Avanzar hacia la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Propuestas para su viabilidad presente y futura”, publicado en junio de 2011 por la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO.

Fuentes de información

- **Sistema de Cuentas de Salud (SCS)**, con una serie estadística que va de 2003 a 2011. Accesible a través del portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Incluye datos de sectores privados y es la base para comparaciones internacionales.
- **Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)**, que incluye una serie estadística que va de 2002 a 2011, así como series históricas con liquidaciones presupuestarias. Se utiliza para la comparación entre comunidades autónomas (CCAA).

La diferente metodología de ambas fuentes puede reflejar discrepancias en los datos finales. **Los cuidados de larga duración suponen, sin embargo, la principal diferencia entre ambas series estadísticas.** Por ejemplo, el SCS estima el gasto sanitario público en 2011 en 72.217 millones, mientras que la EGSP estima 67.689, al no incluir los cuidados de larga duración ajenos al Sistema Nacional de Salud, aunque sí incluye investigación y formación.

Es importante tener en cuenta la diferencia metodológica y de resultados para entender el motivo de que haya tablas o gráficas con resultados diferentes.

- Otras de las fuentes que podemos utilizar son **los presupuestos iniciales y las liquidaciones presupuestarias** para sanidad de las comunidades autónomas, la Administración central y la Seguridad Social, sintetizados por el Ministerio de Sanidad en su **portal estadístico** bajo el epígrafe de recursos económicos y población.

Por último, contamos con diversas fuentes internacionales:

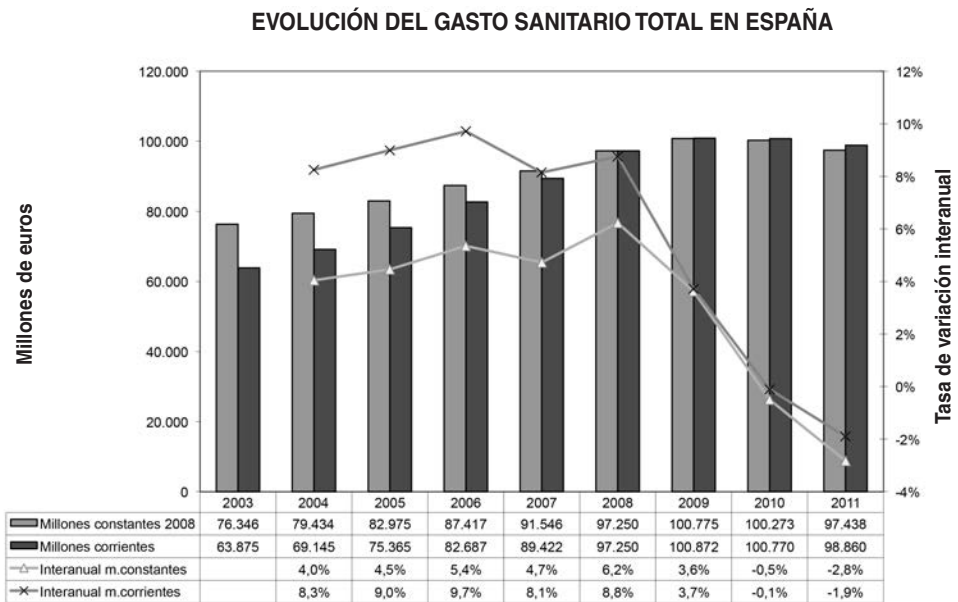
- **EUROSTAT** (Public Health Statistics database)
- **OCDE** (Health Data)
- **OMS** (European Health for All database, Global Health Expenditure Database)
- **Banco Mundial** (banco de datos, indicadores de desarrollo mundial).

Estas fuentes internacionales se basan, en todo caso, en el SCS mencionado anteriormente.

EL GASTO SANITARIO TOTAL EN ESPAÑA

De acuerdo con el Sistema de Cuentas de Salud (SCS), España gastó en sanidad **98.860 millones de euros en 2011**. Como podemos ver en el Gráfico 1, esto significa que en relación con 2010 se ha producido una reducción del gasto de un -1,9% en términos corrientes, profundizando el camino de reducciones iniciado en 2010. Si medimos la evolución en términos reales, con euros constantes de 2008, vemos que la reducción es del -2,8%.

Gráfico 1



Fuente: elaboración propia a partir del Sistema de Cuentas de Salud. España 2003-2011. MSSSI. y de la Contabilidad Nacional del INE.

Como se observa en el mismo gráfico, entre 2003 y 2008 el gasto sanitario total ha crecido a un ritmo siempre superior al 4% anual, con un máximo del 6,2% en 2008, en términos reales². Sin embargo, la economía española ha sufrido en los últimos años una fuerte crisis, con una depresión que afecta a la actividad productiva y al empleo, y que repercute en la evolución de los servicios públicos. En el caso del sector sanitario esto se ve en la contención aplicada a partir de 2009 y, sobre todo, en 2010 y 2011 con una significativa disminución del gasto.

Como luego veremos, esta caída se produce por las fuertes restricciones sufridas por el gasto sanitario público.

² Con el fin de hacer una comparación ajustada, hemos utilizado la referencia de euros constantes, calculados con el deflactor del PIB, tomando como base el año 2008.

Gasto sanitario total en relación con el PIB

Según el SCS, **el gasto sanitario total equivalía en 2011 al 9,30% del PIB**, lo que implica una reducción clara en comparación con los dos años anteriores: en 2009 la cifra alcanzaba el 9,62% y en 2010 el 9,61%.

Tabla 1

Sistema de Cuentas de Salud España, 2003-2011 Gasto sanitario según función de atención de la salud Porcentaje sobre el producto interior bruto										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	4,47	4,53	4,57	4,62	4,67	5,00	5,35	5,33	5,30	
Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	1,71	1,73	1,77	1,80	1,83	2,00	2,18	2,15	2,18	
Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	0,14	0,15	0,16	0,16	0,16	0,17	0,19	0,18	0,18	
Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	2,57	2,58	2,58	2,59	2,61	2,75	2,91	2,91	2,86	
Servicios médicos y diagnósticos básicos	0,77	0,78	0,79	0,79	0,82	0,85	0,91	0,89	0,84	
Asistencia odontológica ambulatoria	0,41	0,43	0,42	0,42	0,43	0,46	0,47	0,49	0,49	
Otros servicios de asistencia especializada	1,21	1,20	1,21	1,23	1,21	1,29	1,36	1,36	1,35	
Otros servicios de asistencia ambulatoria	0,16	0,17	0,16	0,16	0,15	0,15	0,16	0,18	0,18	
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	0,06	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08	0,07	
Servicios de atención de larga duración	0,66	0,71	0,74	0,78	0,79	0,83	0,95	1,03	0,97	
Servicios auxiliares de atención de la salud	0,38	0,39	0,38	0,40	0,41	0,45	0,49	0,49	0,49	
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1,93	1,90	1,88	1,82	1,81	1,87	2,00	2,02	1,87	
Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	1,72	1,70	1,67	1,60	1,58	1,63	1,75	1,76	1,62	
Medicamentos de prescripción	1,28	1,25	1,22	1,19	1,17	1,20	1,32	1,31	1,19	
Medicamentos de venta libre	0,31	0,32	0,32	0,30	0,30	0,31	0,31	0,33	0,33	
Otros productos médicos perecederos	0,13	0,13	0,12	0,12	0,11	0,11	0,12	0,12	0,11	
Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	0,20	0,20	0,21	0,22	0,23	0,24	0,25	0,26	0,25	
Servicios de prevención y de salud pública	0,19	0,19	0,19	0,20	0,21	0,21	0,26	0,22	0,20	
Administración de la salud y los seguros médicos	0,27	0,26	0,26	0,27	0,29	0,28	0,31	0,29	0,28	
GASTO CORRIENTE	7,90	7,98	8,03	8,09	8,18	8,63	9,35	9,37	9,11	
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	0,26	0,24	0,26	0,30	0,31	0,31	0,28	0,24	0,19	
GASTO TOTAL	8,16	8,22	8,29	8,39	8,49	8,94	9,62	9,61	9,30	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España.

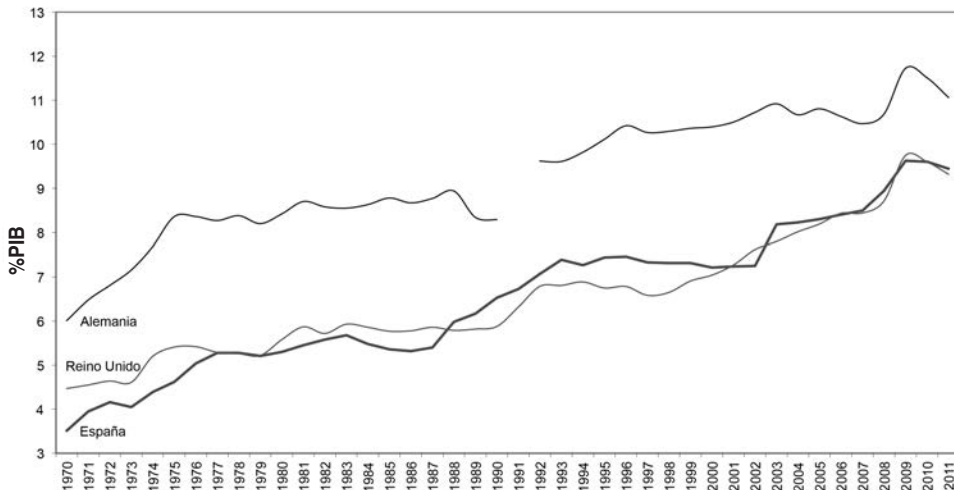
La evolución del gasto sanitario desde el año 1970 ha sido muy significativa. Tal y como podemos ver en el Gráfico 2, en aquel año el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB se limitaba al 3,5% (según datos de la Organización Mundial de la Salud, OMS). A partir de 1974 y hasta 1977 sube hasta el 5,3%, porcentaje que se mantiene más o menos estable durante una década, hasta 1987. Entre este año y 1994 se produce una subida progresiva hasta el 7,4%, porcentaje que se mantiene muy estable hasta 2002. Y desde entonces, hemos visto un proceso de aumento que alcanza su máximo en 2009, con un 9,62%, y que disminuye desde entonces hasta el 9,30% en 2011, según el último dato publicado por el SCS. Junto a otros factores de incremento del gasto (envejecimiento de la población, incremento del desempleo, aumento de enfermedades crónicas, desarrollo tecnológico acumulativo...), no

podemos olvidar que en 2002 culmina el proceso de transferencias a las CCAA³ y se modifica el sistema de financiación.

En todo caso, tal y como podemos ver en el Gráfico 2, el crecimiento del peso del gasto sanitario sobre el PIB no es un fenómeno exclusivo limitado a España. El gasto en el Reino Unido ha tenido una evolución muy similar a la de España, partiendo de una base algo superior pero con un resultado en 2011 casi idéntico. Igual sucede en Alemania, pero con un gasto mayor, que parte de un 6,01% en 1970 hasta alcanzar en 2011 el 11,06% (el Gráfico 2 muestra un vacío en 1991, como consecuencia de la reunificación alemana).

Gráfico 2

GASTO SANITARIO EN ESPAÑA, ALEMANIA Y REINO UNIDO EN RÉLACIÓN CON EL PIB



Fuente: OMS, European HFA Database y Global Health Expenditure Database

Fuente: elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud.

Si analizamos la posición de España comparándola con la de otros países (Gráfico 3), podemos ver que se encuentra en un punto intermedio de gasto sanitario total en relación al PIB, algo por debajo de la media de la UE. En todo caso, de este dato no podemos deducir automáticamente que el nivel de salud sea mayor o menor, o que un peso mayor implique un mejor dispositivo sanitario. Quizás el propio caso de Estados Unidos sea el más claro. Con un peso del 17,0% del gasto sanitario total sobre el PIB, nadie se atrevería a decir que su sistema sanitario es hoy el mejor ni el modelo a imitar.

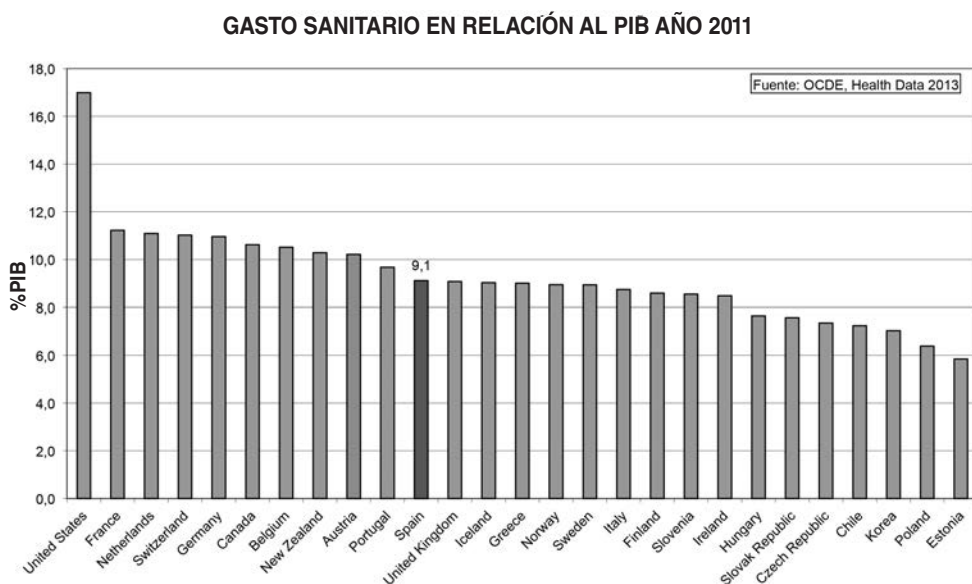
No se trata, por tanto, de hacer del peso del gasto sanitario total sobre el PIB el factor exclusivo de referencia para saber si el gasto en un país es el adecuado o no. Será sin

³ Antes de 2002 se había transferido la competencia a Cataluña (1981), Andalucía (1984), Euskadi (1984), País Valenciano (1987), Navarra (1990), Galicia (1990) y Canarias (1994). En diciembre de 2001 se publican los Reales Decretos correspondientes a Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares, Madrid, Castilla y León.

duda un dato relevante, pero hay otros factores de igual o mayor relevancia que deberemos considerar.

Una aclaración metodológica: los datos referidos al año 2011 más recientes son los publicados el pasado 27 de junio por la OCDE, que reflejan que el gasto sanitario total en España supone un 9,1% del PIB (dato que, como vemos en la Tabla 1, corresponde sólo a los gastos corrientes). Este es el dato que aparece en el Gráfico 3 y que hemos dado por bueno a efectos de la comparación con otros países, utilizando para todos ellos la misma fuente.

Gráfico 3



Evolución del gasto sanitario

Al margen del dato de 2011, conviene ver cuál ha sido la evolución del gasto en estos países en los últimos años. Hemos visto en el Gráfico 2 que en España hemos tenido hasta 2009 un alto ritmo de crecimiento del gasto sanitario en relación al PIB. En concreto, el último gran salto se produce entre 2003 y 2009 gracias a un incremento del 58% en euros corrientes (un 32% en euros constantes). ¿Ha sucedido lo mismo en otros países?

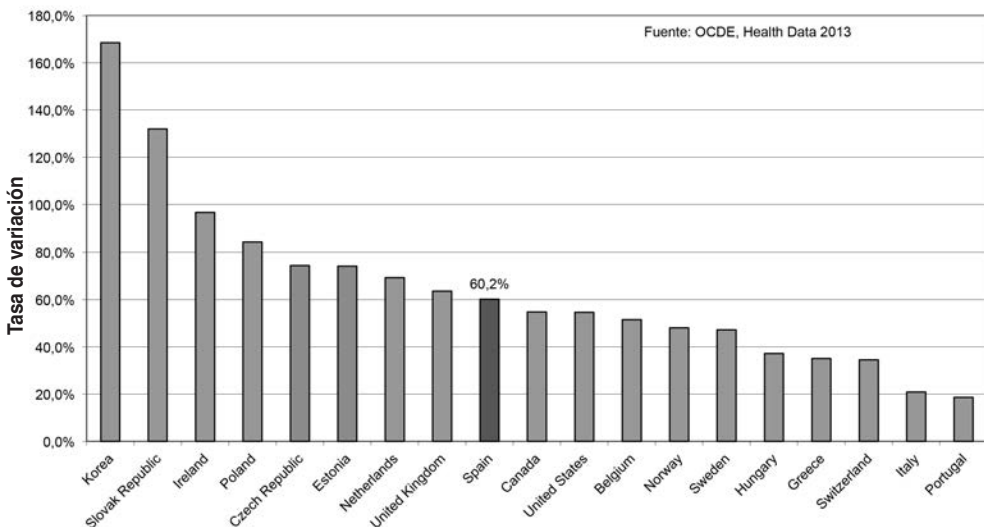
En términos de paridad de poder de compra, para poder hacer comparables los datos de diferentes países, vemos en el Gráfico 4, con datos de la OCDE, que España es uno de los países europeos con mayor ritmo de crecimiento real entre 2000 y 2011 (un 60,2%), superado ligeramente por Reino Unido, Holanda e Irlanda y más intensamente por algunos de los países integrados en la UE más recientemente.

La OMS, a través de sus datos en *Global Health Expenditure Database*, nos permite ver la evolución desde 1995. De hecho, desde ese año podemos diferenciar tres periodos: el primero, entre 1995 y 2000, refleja una contención del gasto en un buen número de países europeos (-7,8% en España); el segundo, entre 2000 y 2005, muestra unos datos de fuerte expansión generalizada en toda la UE (108,0% en España); y el tercero, entre 2005 y 2010, un crecimiento más moderado (en España, un 33,9%).

En definitiva, nos encontramos ante un sector que tiene un alto peso relativo en términos económicos y que ha tenido hasta el año 2010 un alto ritmo de crecimiento. En términos comparados, estamos en un punto intermedio en cuanto al peso del gasto sanitario total en relación al PIB, pero hemos tenido un ritmo de crecimiento superior al del resto de los países de nuestro entorno, sólo superado por algunos de los países del Este de Europa.

Gráfico 4

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO ENTRE 2003 Y 2010
(en millones \$ constantes 2005, PPP)



Gasto sanitario por habitante

Una manera de analizar el ajuste o desajuste de nuestro gasto sanitario es verlo desde la perspectiva del gasto que se produce por persona. Según el SCS, en 2011 el gasto sanitario por persona en España ascendía a 2.095 euros. Esta cantidad es, en términos nominales, un 40,1% mayor que la registrada en 2003, pero un 2,9% inferior a la de 2009 (ver Tabla 2).

Para comparar los datos de varios países utilizamos los corregidos por el poder de compra de cada país, por lo que en el Gráfico 5 aparece el dato referido a España con un valor de 3.011 \$ por persona de gasto sanitario en el año 2011.

Lo más relevante es ver si España se encuentra en la línea de tendencia que le corresponde en función de la riqueza del país. Para ello, hemos elaborado el Gráfico 6 con los datos de PIB *per cápita* y el gasto sanitario por persona en distintos países. Como podemos apreciar, hay una alta correlación entre ambas variables (0,93). En otras palabras, a mayor PIB *per cápita* mayor gasto sanitario por persona.

Esto mismo es lo que vemos que sucede con España. A medio camino entre los dos grandes grupos de países, por arriba y por abajo si descontamos Luxemburgo, nos encontramos en un nivel ajustado a la tendencia, de forma que nuestro gasto sanitario por persona es el que puede esperarse de acuerdo con nuestro PIB *per cápita*.

De lo visto hasta ahora, podemos concluir que el gasto sanitario en España es elevado (casi noventa y nueve mil millones, un 9,3% del PIB en 2011 según el SCS), aunque no excesivo en términos comparados con los países de nuestro entorno y todavía por debajo de la media de la UE. Por otro lado, a pesar de los factores que presionan hacia un incremento del gasto (incremento de la población, envejecimiento, desempleo, incremento de enfermedades crónicas, mayor oferta de servicios...), su ritmo de crecimiento se frena en seco con la crisis económica, con un ajuste anticipado del sector privado continuado del ajuste del sector público.

Este doble componente, público y privado, de la financiación y la provisión de la actividad sanitaria nos lleva a realizar en el próximo apartado un análisis más pormenorizado de su distribución y evolución.

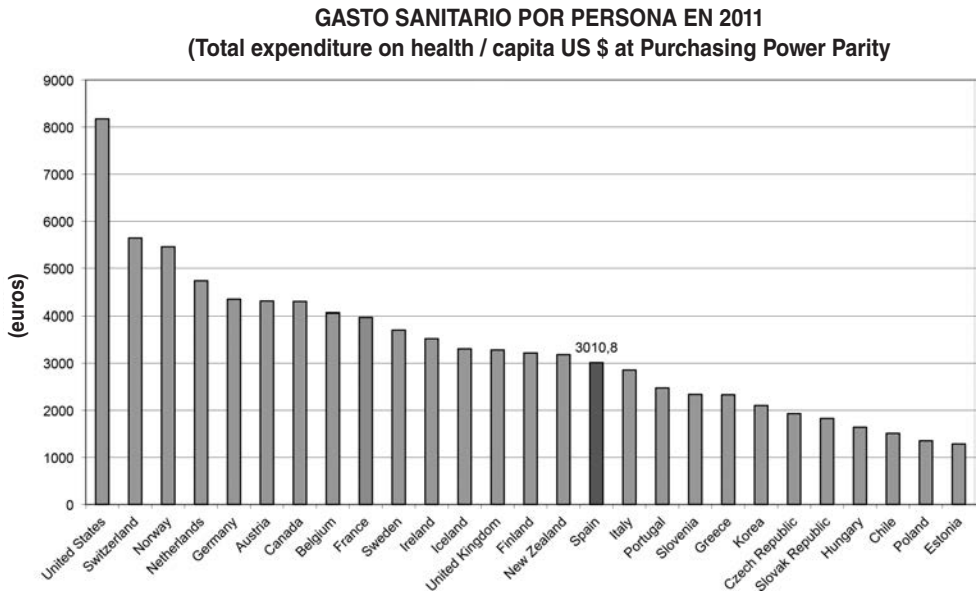
Tabla 2

Sistema de Cuentas de Salud España, 2003-2011 Gasto sanitario total según agente de financiación <i>Euros por habitante</i>		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AGENTE DE FINANCIACIÓN										
HF.1	Administraciones públicas	1.050	1.129	1.211	1.324	1.421	1.539	1.612	1.590	1.530
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	972	1.044	1.122	1.228	1.322	1.435	1.513	1.490	1.431
HF.1.1.1	Administración central	11	10	10	13	14	13	20	12	11
HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales	942	1.014	1.091	1.193	1.284	1.397	1.466	1.457	1.400
HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales	20	20	21	22	24	25	27	21	21
HF.1.2	Administraciones de seguridad social	78	85	90	95	100	103	99	100	99
HF.2	Sector privado	445	472	497	526	557	568	545	553	565
HF.2.1, HF.2.2	Seguros sociales privados. Empresas de seguro privado	83	91	100	113	124	122	123	115	116
HF.2.3	Pagos directos de los hogares	344	364	378	391	405	427	408	424	433
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	11	11	13	14	14	7	8	9	8
HF.2.5	Sociedades (excepto seguros médicos)	7	6	6	8	14	11	6	5	8
HF.3	Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HF.1-HF.3	GASTO TOTAL	1.495	1.601	1.709	1.849	1.978	2.107	2.158	2.143	2.095

..No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes.

Gráfico 5



Fuente: elaboración propia con datos de OMS, Global Health Expenditure Database

Gráfico 6



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial, Indicadores del Desarrollo Mundial

GASTO PÚBLICO Y GASTO PRIVADO

De los 98.860 millones de euros gastados en sanidad en 2011, **72.217 millones corresponden al sector público y 26.643 al sector privado, un 73,0% y un 27,0% respectivamente**⁴, tal y como podemos ver en la Tabla 3.

Tabla 3

Sistema de Cuentas de Salud										
España, 2003-2011										
Gasto sanitario total según agente de financiación										
Estructura porcentual										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Administraciones públicas	70,2	70,5	70,9	71,6	71,9	73,0	74,7	74,2	73,0	
Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	65,0	65,2	65,6	66,4	66,8	68,1	70,1	69,5	68,3	
<i>Administración central</i>	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,9	0,5	0,5	
<i>Administraciones regionales/provinciales</i>	63,0	63,4	63,8	64,5	64,9	66,3	67,9	68,0	66,8	
<i>Administraciones locales/municipales</i>	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,0	1,0	
Administraciones de seguridad social	5,2	5,3	5,2	5,2	5,0	4,9	4,6	4,7	4,7	
Sector privado	29,8	29,5	29,1	28,4	28,1	27,0	25,3	25,8	27,0	
Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	5,5	5,7	5,8	6,1	6,3	5,8	5,7	5,4	5,6	
Pagos directos de los hogares	23,0	22,7	22,1	21,1	20,4	20,3	18,9	19,8	20,7	
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,4	
Sociedades (excepto seguros médicos)	0,5	0,4	0,3	0,5	0,7	0,5	0,3	0,2	0,4	
Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..	..
GASTO TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

..No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Observamos también, en el Gráfico 7, que el ritmo de crecimiento del gasto público ha estado hasta 2010 por encima del gasto privado. Lógicamente, esto ha incrementado la participación del sector público desde el 70,2% en 2003 hasta la cifra señalada para 2011. No debemos perder de vista, sin embargo, que este porcentaje del sector público llegó hasta ser el 74,7% en 2009, disminuyendo desde entonces por el mayor ajuste sufrido por el sector público.

En efecto, tenemos que diferenciar el comportamiento del gasto sanitario producido por las Administraciones Públicas del generado por el sector privado. Hasta el año 2009, el sector público siempre crece con un ritmo superior al sector privado, y ambos lo hacen en todo momento por encima del crecimiento del PIB. El sector privado tiene una evolución que se ajusta a la marcha de la economía reflejada por el PIB, rota en el año 2011, en el que el PIB crece ligeramente (un 0,4%) pero el sector sanitario privado se contrae el -1,4%. Esto puede estar explicado por dos fenómenos: la prolongación y la intensidad de la crisis económica, que produce una mayor contención del gasto en todos los aspectos, incluido el sanitario; y la fuerte reducción de los presupuestos

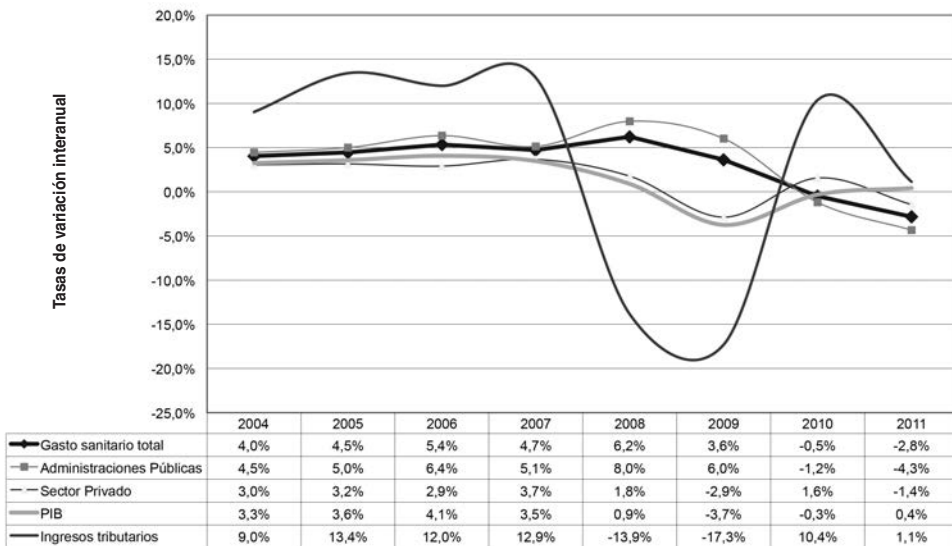
⁴ Datos de gasto sanitario total según agente de financiación, del Sistema de Cuentas de Salud. Hay que recordar lo ya expresado sobre las diferentes fuentes de información y la inclusión en este Sistema de los costes de los cuidados de larga duración.

y la capacidad de gasto de la sanidad pública, de la que la privada tiene una alta dependencia económica.

Mientras, el gasto sanitario público ha mantenido un ritmo de crecimiento superior, sólo ajustado a partir de 2010 aunque ya se aprecia en 2008 una fuerte caída de los ingresos tributarios totales. Este comportamiento se debe, en gran parte, al fuerte peso del gasto sanitario de las CCAA en el conjunto del gasto sanitario público, como luego veremos, y a su sistema de financiación.

Gráfico 7

EVOLUCIÓN GASTO SANITARIO Y PIB en términos constantes



Fuentes: elaboración propia a partir del Sistema de Cuentas de Salud. España 2003-2010, MSSSI, Contabilidad Nacional de España, INE, y Tasas de variación anual homogéneas de los ingresos tributarios de la Agencia Tributaria.

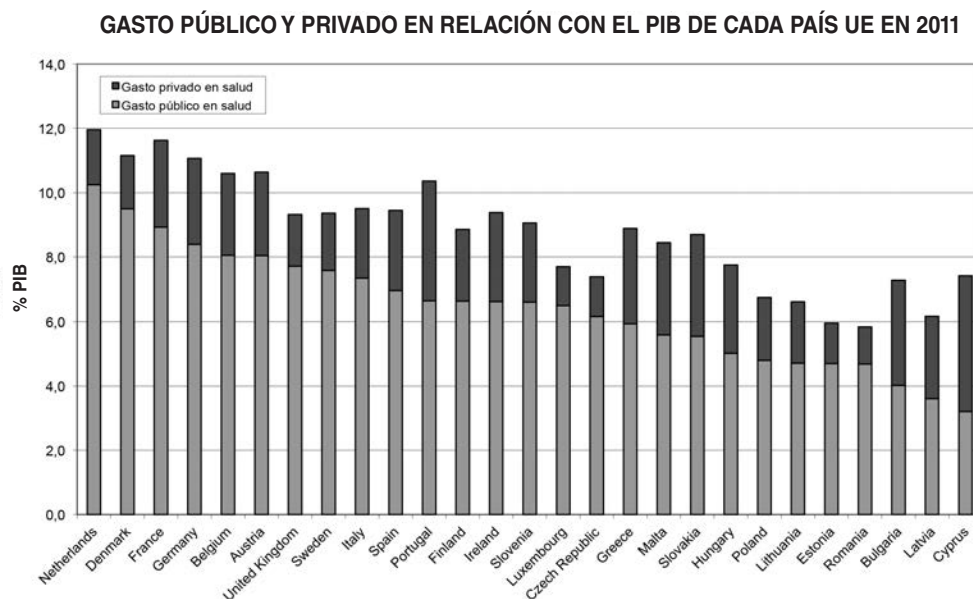
Este mayor peso del sector público sobre el privado no es una excepción en el marco europeo. Los datos de la OMS⁵ para 2011 reflejan un peso del sector público sanitario en Suecia del 81%, en Alemania el 76%, en Austria el 76%, en Bélgica el 76%, en Dinamarca el 85%, en Francia el 77%, en Finlandia el 75%, en Holanda el 86%, en Portugal el 64%... Como puede verse, la protección a la salud y la asistencia sanitaria en Europa tienen un peso claro del sector público, aunque los modelos varíen según los países actuando o bien desde el ámbito de la Seguridad Social o bien desde los presupuestos propios de cada Gobierno basados en los impuestos.

Otra manera de aproximarnos es a través del peso del gasto sanitario público y privado sobre el PIB.

⁵ OMS, Global Health Expenditure Database. 2011.

Según los datos facilitados por el SCS sobre el año 2011, España destina el 6,79% del PIB al gasto público en salud y el 2,51% al gasto privado, aunque, como luego veremos, que el gasto sea público no quiere decir que lo sea la provisión de los servicios sanitarios.

Gráfico 8



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OMS, Global Health Expenditure Database, NHA indicators

Viendo la evolución del gasto en relación con el PIB, según cual sea el agente de financiación, podemos diferenciar una etapa entre 1995 y 2002 con una gran estabilidad alrededor del 5,3% para el gasto público y el 2,1% para el gasto privado; y otra iniciada en 2003 que registra incrementos para ambos casos pero con diferencias en el comportamiento: el gasto privado en salud se mantiene alrededor del 2,4%, y solo en los dos últimos años con datos disponibles (2010 y 2011) sube hasta el 2,5%; mientras que el gasto público asciende progresivamente en ese periodo hasta el 7,2% en 2009 y luego se contiene hasta el 6,8% en 2011. En definitiva, la expansión del gasto sanitario se ha producido, sobre todo, a partir del incremento del gasto público, y la contracción del gasto en los últimos años, también.

Como podemos ver en la Tabla 4 y el Gráfico 9, la mayor parte del gasto sanitario generado por las Administraciones pertenece, como era de esperar, a las Administraciones autonómicas. A ellas corresponde el 66,8% del gasto sanitario total y el 91,5% del correspondiente a las Administraciones Públicas⁶. Junto a la sanidad autonómica tenemos las Administraciones de Seguridad Social (6,5% de las AAPP y 4,7% del total del gasto sanitario), las vincula-

⁶ Las Administraciones de Seguridad Social a que se refiere el Sistema de Cuentas de Salud toman en consideración el gasto generado por las Mutualidades de funcionarios públicos así como la prestación económica complementaria de gran invalidez para cuidados por terceras personas y prestaciones no contributivas derivadas de discapacidad.

das a las corporaciones locales (1,4% de las AAPP y 1,0% sobre el total) y la Administración central (0,7% y 0,5% respectivamente).

Tabla 4

Sistema de Cuentas de Salud										
España, 2003-2011										
Gasto sanitario total según agente de financiación										
Millones de euros corrientes										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Administraciones públicas	44.868	48.767	53.430	59.180	64.253	71.028	75.378	74.773	72.217	
Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	41.538	45.115	49.476	54.914	59.750	66.256	70.732	70.080	67.549	
<i>Administración central</i>	461	446	451	576	623	609	918	550	508	
<i>Administraciones regionales/provinciales</i>	40.233	43.804	48.104	53.359	58.048	64.493	68.537	68.522	66.066	
<i>Administraciones locales/municipales</i>	845	865	921	979	1.079	1.154	1.277	1.008	976	
Administraciones de seguridad social	3.330	3.651	3.955	4.266	4.502	4.772	4.645	4.692	4.668	
Sector privado	19.007	20.378	21.935	23.507	25.169	26.222	25.495	25.998	26.643	
Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	3.533	3.923	4.408	5.069	5.619	5.632	5.752	5.404	5.490	
Pagos directos de los hogares	14.682	15.719	16.680	17.460	18.285	19.729	19.081	19.936	20.417	
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	480	486	589	605	619	341	374	406	373	
Sociedades (excepto seguros médicos)	311	250	258	374	646	520	287	252	363	
Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..	..
GASTO TOTAL	63.875	69.145	75.365	82.687	89.422	97.250	100.872	100.770	98.860	

..No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

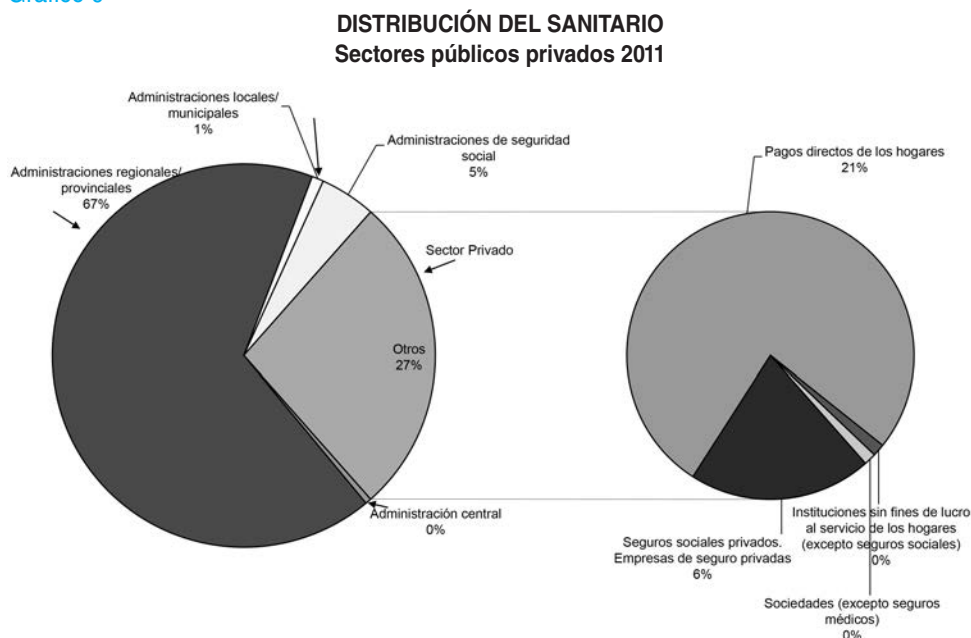
En el sector privado, el principal agente de financiación lo constituyen los pagos directos de los propios hogares, que invierten en gastos de salud 20.417 millones, un 76,6% del gasto sanitario privado. La mitad de este gasto se concentra en dos epígrafes: farmacias (5.007 millones) y consultorios odontológicos (5.085 millones). En consultorios médicos el gasto se eleva a 2.519 millones y en establecimientos de atención medicalizada⁷ a otros 2.618 millones. Otro de los epígrafes de gasto es el de minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos, que supone otros 1.648 millones. El otro agente de financiación de relativa importancia está en el conjunto de los seguros sociales privados, con un gasto en 2011 de 5.490 millones. Dentro de este gasto de seguros privados, 1.551 millones corresponden a consultorios médicos; 1.248 millones a hospitales generales; 650 millones a consultorios de otros profesionales sanitarios; y 234 millones a laboratorios médicos y de diagnóstico. Lo más llamativo es que, junto a ello, otros 1.554 millones se gastan en administración, un 28% del total, lo que contrasta con el 2% que estos gastos suponen en las Administraciones Públicas sanitarias

Hasta ahora hemos visto quién financia, cuál es el peso relativo de las Administraciones, los seguros privados, el pago directo de los hogares, las instituciones sin ánimo de lucro o las sociedades en el gasto sanitario. Veamos ahora en qué ámbitos de la asistencia se produce el gasto en función, también, de que sean las Administraciones Públicas o el sector privado el generador del mismo.

⁷ Según las indicaciones de la OCDE respecto a Un Sistema de Cuentas de Salud (A system of Health Accounts), se incluyen en este epígrafe ("nursing care facilities") aquellos establecimientos principalmente dedicados a la provisión de servicios de cuidados de enfermería y rehabilitación para pacientes ingresados.

Lo primero a destacar es que poco se parece la estructura del gasto público a la estructura del gasto privado. En ambos casos, la mitad o más del gasto se concentra en los “servicios de asistencia curativa y de rehabilitación” (59,7% en el sector público, 49,7% en el privado), pero la composición de este gasto es muy distinta, tal y como podemos ver en la Tabla 5.

Gráfico 9



Fuente: elaboración propia, Sistema de Cuentas de Salud. España 2003-2010. MSSSI

Mientras que en el sector público pesa sobre todo la atención hospitalaria, en el privado es la atención ambulatoria la que predomina. En concreto, podemos ver que la asistencia odontológica ambulatoria es casi en exclusiva una actividad del sector privado. Este predominio hospitalario del sector público, en términos absolutos y relativos, se rompe en los servicios de atención de larga duración, que tienen un peso relativo mayor en el sector privado.

Junto a ello, tenemos que resaltar el peso del gasto farmacéutico, que suponía un 16,9% del total de gastos en el sector público y un 18,8% en el sector privado. Además, es destacable el elevado peso relativo (9,3%) que en el sector privado tienen los “dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos” (lentes y otros productos ópticos, aparatos ortopédicos y otras prótesis, ayudas auditivas, dispositivos médicos técnicos incluidas sillas de ruedas, otros productos médicos no perecederos).

Otra manera de aproximarnos al gasto sanitario y su distribución entre las Administraciones Públicas y el sector privado es ver el peso de cada parte en cada uno de los epígrafes de actividad sanitaria en que se desglosa el Sistema de Cuentas de Salud. De esta forma podemos apreciar que, más allá del peso relativo que tengan por el origen público o privado del gasto, hay actividades que sólo son abordadas desde el sector público, así como las hay que básicamente son atendidas desde el sector privado.

Salta a la vista cuando uno ve el Gráfico 10 que toda la salud pública, la prevención de enfermedades, la medicina del trabajo, la medicina escolar, la salud materno-infantil y los servicios de planificación familiar, la asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria, el transporte de pacientes y rescate en emergencia, la asistencia hospitalaria, etc., corresponden casi en exclusiva a la financiación pública.

El sector privado juega, por el contrario, un papel preponderante en la financiación de la asistencia odontológica ambulatoria, de dispositivos terapéuticos y de otros servicios de asistencia ambulatoria.

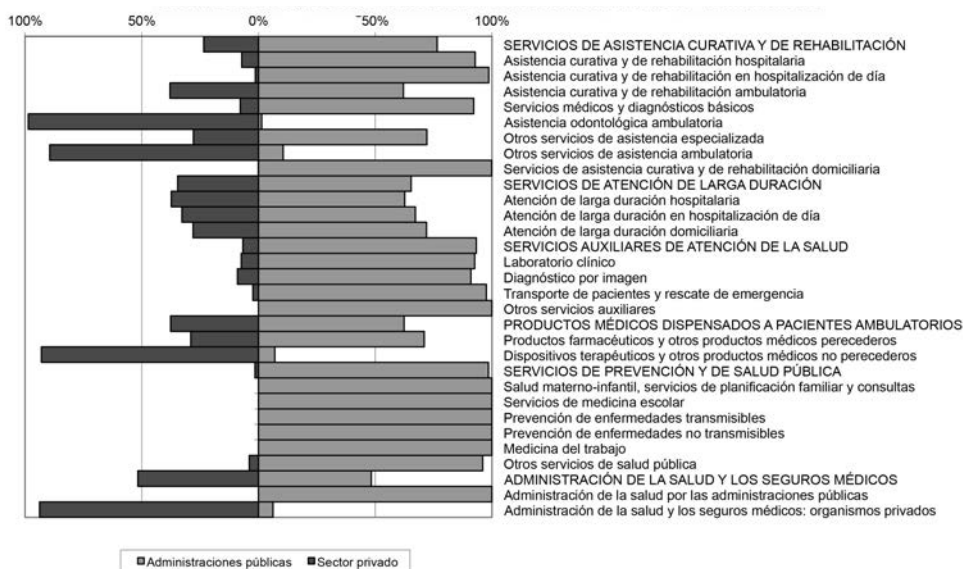
Tabla 5

Gasto sanitario según función de atención de salud y agente de financiación		
	Administraciones públicas	Sector privado
SERVICIOS DE ASISTENCIA CURATIVA Y DE REHABILITACIÓN	43.085	13.231
Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	21.471	1.665
Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.939	27
Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	18.894	11.538
<i>Servicios médicos y diagnósticos básicos</i>	8.277	699
<i>Asistencia odontológica ambulatoria</i>	73	5.149
<i>Otros servicios de asistencia especializada</i>	10.344	4.003
<i>Otros servicios de asistencia ambulatoria</i>	200	1.688
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	782	1
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN	6.753	3.575
Atención de larga duración hospitalaria	4.202	2.507
Atención de larga duración en hospitalización de día	767	374
Atención de larga duración domiciliaria	1.784	694
SERVICIOS AUXILIARES DE ATENCIÓN DE LA SALUD	4.850	349
Laboratorio clínico	1.922	153
Diagnóstico por imagen	1.675	166
Transporte de pacientes y rescate de emergencia	1.218	30
Otros servicios auxiliares	35	0
PRODUCTOS MÉDICOS DISPENSADOS A PACIENTES AMBULATORIOS	12.422	7.488
Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	12.236	5.007
Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	186	2.481
SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA	2.094	32
Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	408	0
Servicios de medicina escolar	116	0
Prevención de enfermedades transmisibles	5	0
Prevención de enfermedades no transmisibles	777	0
Medicina del trabajo	7	0
Otros servicios de salud pública	781	32
ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y LOS SEGUROS MÉDICOS	1.454	1.554
Administración de la salud por las administraciones públicas	1.350	0
Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	104	1.554
GASTO CORRIENTE	70.657	26.229
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	1.560	414
GASTO TOTAL	72.217	26.643

Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. España 2003-2011. MSSSI.

Gráfico 10

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SEGÚN FUNCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD Y AGENTE DE FINANCIACIÓN



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. España 2003-2011. MSSSI.

EL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

Hasta ahora hemos utilizado el Sistema de Cuentas de Salud, que nos da una cifra de 72.217 millones de gasto sanitario público. A partir de ahora, y para analizar los datos referidos a la sanidad pública y poder ver los datos de las comunidades autónomas, utilizaremos como fuente la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Según esta fuente, **el gasto público en 2011 era de 67.689,4 millones** (quedan fuera de estos datos los cuidados de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, según las notas metodológicas de esta estadística).

Con la finalidad de poder analizar la evolución del gasto sanitario público hemos convertido los datos ofrecidos por la EGSP en millones de euros constantes utilizando el deflactor del PIB y 2008 como año base. El resultado se refleja en la Tabla 7.

Como podemos ver, entre 2002 y 2011 el gasto sanitario público ha crecido, en términos reales, un 39,0%, aunque la evolución es muy diferente de 2009 en adelante que desde esa misma fecha hacia atrás. Hemos pasado de un incremento medio anual del gasto real entre 2002 y 2009 del 5,6% a un decremento del gasto real de un -2,3% en 2010 y de un -3,0% en 2011. En realidad estas medias están muy condicionadas por el peso del gasto sanitario de las CCAA que, como ya hemos dicho, es casi el 92% del total.

En euros constantes, la sanidad pública ha perdido 3.721,8 millones entre el año 2009 y el año 2011 (2.816,2 millones en euros corrientes). Aun desconociendo los datos de gasto real de 2012, que profundizan esta vía de reducción, podremos completar este análisis a partir de los presupuestos iniciales que luego veremos.

Tabla 6

**GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. PRINCIPIO DE DEVENGO
DISTRIBUCIÓN POR SUBSECTORES DE GASTO
APORTACIÓN DE LOS SUBSECTORES AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
<i>Miles de euros corrientes</i>										
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	830.845
Ministerio de Administraciones Públicas	6.770	7.879	9.220	8.869	9.479	10.704	14.514	14.514	16.830	15.626
Ministerio de Defensa	157.540	205.943	209.510	183.919	224.365	232.900	189.429	190.670	179.913	171.493
Ministerio de Educación y Ciencia	7.813	10.313	10.313	10.313	10.313	10.313	17.051	17.051	8.763	5.396
Ministerio de Economía y Hacienda	66.097	72.324	83.786	82.627	89.993	91.393	116.886	124.666	136.666	114.619
Ministerio de Sanidad y Consumo	277.911	351.863	322.061	384.796	464.241	594.199	219.363	219.363	216.519	189.543
Ministerio de Ciencia e Innovación							374.630	368.151	359.220	334.269
SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL	1.310.378	1.354.015	1.469.663	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.916.888	1.666.888	1.640.808	1.611.936
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	213.754	186.469	195.188	203.205	205.943	232.143	257.277	268.609	238.982	225.775
Instituto Social de la Marina	39.860	39.537	42.887	29.216	26.396	26.530	27.521	26.255	28.389	26.323
Mutuas de Accidentes de Trabajo	1.076.765	1.128.009	1.222.588	1.356.355	1.534.708	1.574.100	1.633.871	1.372.024	1.373.828	1.359.834
MUTUALIDADES FUNCIONARIOS	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131	2.084.867
Instituto Social de las Fuerzas Armadas	448.107	487.953	521.963	532.301	544.275	559.898	609.062	636.403	640.053	624.697
Mutualidad General de Funcionarios Civiles	913.299	996.361	1.052.736	1.105.657	1.158.920	1.233.978	1.287.768	1.337.168	1.355.176	1.378.299
Mutualidad General Judicial	49.729	53.908	59.511	63.280	66.762	70.885	75.240	80.175	80.902	81.865
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	34.552.342	38.551.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.649.813	60.964.895	64.271.786	63.488.382	62.169.112
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	5.872.658	6.450.192	7.025.753	7.539.181	8.339.228	8.887.511	10.307.068	10.275.784	10.008.978	9.442.263
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	1.083.021	1.230.313	1.368.430	1.441.258	1.589.130	1.738.781	1.897.573	2.051.556	1.991.048	2.050.725
PRINCIPIO DE ASTURIAS	981.442	1.102.532	1.178.919	1.253.681	1.339.114	1.423.253	1.550.407	1.748.185	1.672.215	1.720.894
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARES	689.941	799.363	874.479	1.064.151	1.077.552	1.209.514	1.312.111	1.378.385	1.567.591	1.273.297
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	1.985.628	1.793.534	1.896.751	2.148.011	2.317.742	2.509.037	2.854.531	2.968.846	2.852.465	2.731.177
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	526.275	611.281	660.968	718.122	786.157	825.218	773.223	812.242	856.446	767.097
COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN	2.062.156	2.389.469	2.552.688	2.756.246	3.164.216	3.073.042	3.621.070	3.540.557	3.816.111	3.931.929
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA LA MANCHA	1.111.111	1.234.567	1.358.024	1.481.581	1.605.138	1.728.695	1.852.252	1.975.809	1.850.366	1.725.923
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	5.619.616	6.260.653	6.555.858	7.149.233	8.070.844	8.868.701	9.872.154	10.527.040	10.688.036	10.120.221
COMUNITAT VALENCIANA	3.435.592	3.930.856	4.242.076	4.718.231	5.119.759	5.889.768	6.136.590	6.649.981	6.806.430	6.717.214
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	948.483	1.050.068	1.133.790	1.223.321	1.348.811	1.526.277	1.659.212	1.749.328	1.730.317	1.692.857
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	2.331.420	2.547.871	2.827.233	2.930.788	3.231.003	3.452.597	3.805.445	3.995.456	3.820.687	3.556.143
COMUNIDAD DE MADRID	4.228.002	4.601.404	5.265.938	5.696.537	6.140.493	6.777.571	7.444.430	8.042.266	7.363.693	8.418.057
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA	1.007.853	1.153.836	1.284.084	1.426.846	1.566.500	1.755.210	2.132.190	2.258.270	2.240.581	2.265.509
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	559.147	610.205	661.838	694.066	753.309	826.706	916.413	1.005.680	988.242	987.510
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO	2.007.086	2.160.636	2.306.590	2.528.603	2.702.510	3.021.762	3.341.272	3.806.720	3.606.635	3.566.168
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	244.129	272.795	311.161	353.875	455.874	556.373	470.302	467.888	466.667	461.234
CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.445	17.027
Autonomía de Ceuta	2.976	3.205	3.397	3.827	3.926	3.574	4.609	4.741	3.923	3.866
Autonomía de Melilla	7.338	7.197	7.772	8.587	9.407	10.580	12.026	13.773	13.522	13.341
CORPORACIONES LOCALES	742.744	844.778	865.010	924.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328	975.551
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD	38.583.045	42.956.889	46.346.881	50.586.859	55.683.290	60.330.950	66.956.206	70.505.649	69.136.862	67.689.472

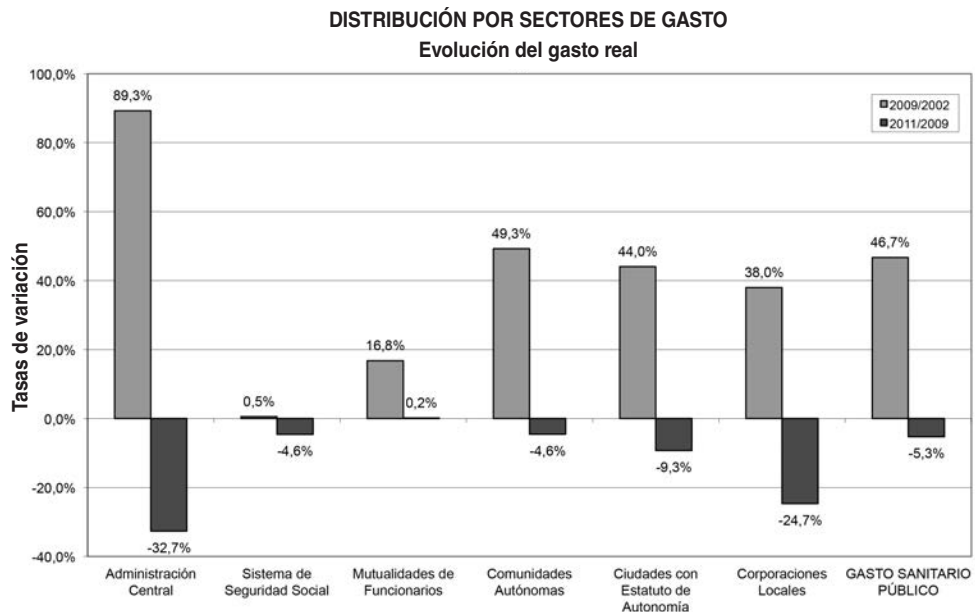
(*) Cifras provisionales

Gasto público por sectores de gasto

Del total de gasto sanitario público, **el 91,84% corresponde a las Administraciones autonómicas**, el 3,08% a las mutualidades de funcionarios (Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ISFAS; Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado; Mutualidad General Judicial), el 2,38% al sistema de Seguridad Social (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Instituto Social de la Marina, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), el 1,44% a las corporaciones locales, el 1,23% a la Administración central (Ministerio de Defensa, Instituto de Salud Carlos III, Agencia Española del Medicamento, Agencia Española de Seguridad Alimentaria...) y el 0,03% a Ceuta y Melilla.

Según la clasificación por sectores de gasto, la mayor reducción en términos absolutos corresponde a la Administración autonómica, -2.935 millones de euros constantes de 2008, debido a su peso relativo en el conjunto del gasto. En términos relativos, vemos que en los últimos años se ha producido una fuerte disminución del gasto tanto en la Administración central como en las corporaciones locales. En el caso de la Administración central, el dato de 2009 es excepcionalmente alto, rompiendo la secuencia previa y posterior de evolución del gasto. Un incremento que se da en consumo intermedio, según la clasificación económico-presupuestaria, o en servicios de salud pública, según la clasificación funcional. ¿La explicación? *La compra centralizada en el otoño de 2009 por el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social de la vacuna contra la gripe A (H1N1), por un importe de 333 millones de euros*⁸.

Gráfico 11



Fuente: elaboración propia a partir de EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI y Contabilidad Nacional.

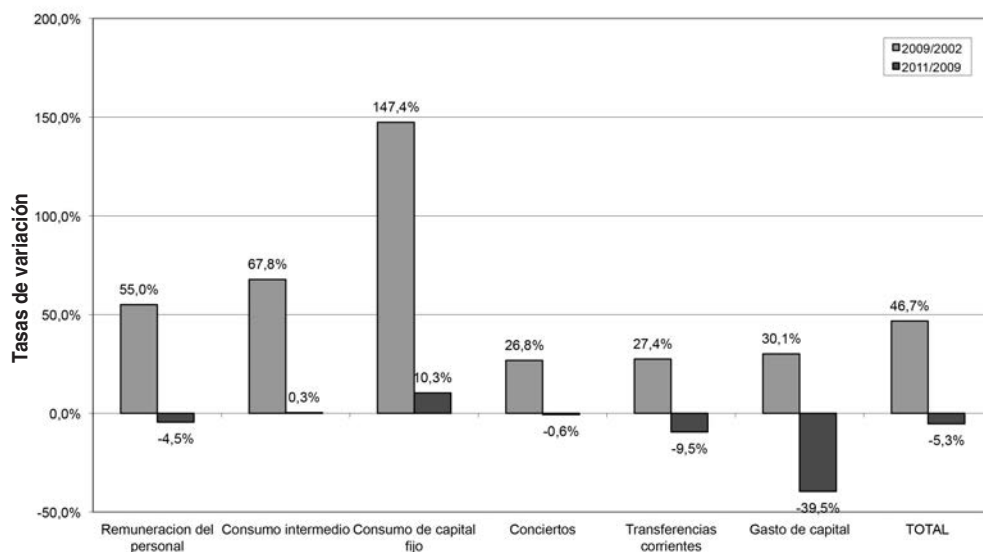
⁸ Ver "Estadística de gasto sanitario público. Principales resultados. 2011", del MSSSI.

Clasificación económico-presupuestaria

Analizando los datos según su clasificación económico-presupuestaria vemos que la remuneración de personal es la partida de mayor gasto, consumiendo el 45% del total de los recursos. Los gastos de consumo intermedio suponen otro 22% y las transferencias corrientes (principalmente, el gasto en recetas médicas, prótesis, aparatos terapéuticos) el 19%. Por último, señalar que el gasto en conciertos con el sector privado representa un 11% del total.

Gráfico 12

EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA



Fuente: elaboración propia a partir de EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI y Contabilidad Nacional.

La evolución, a lo largo de los últimos años, de cada uno de estos epígrafes no ha sido similar, aunque la pauta común sea la ya señalada: crecimiento antes de 2009, reducción desde entonces.

Visto en términos absolutos, los 3.721,8 millones de recorte entre 2009 y 2011 se distribuyen principalmente entre remuneración de personal (-1.394,3), transferencias corrientes (-1.344,5) y gastos de capital (-1.010,1).

En términos relativos, podemos ver en el Gráfico 12 que la principal reducción se produce en los gastos de capital, un -39,5%. Entre esta fuerte reducción y los retrasos en los pagos a la industria de tecnología sanitaria, estamos ante un serio riesgo de descapitalización de los centros sanitarios. Esto se palia en parte mediante una medida practicada desde hace

tiempo: introducir la tecnología por la vía de préstamos y asegurar el consumo de los fungibles asociados a dicha tecnología.

Mención aparte merece el gasto en conciertos, dado el encendido debate que se está produciendo en la actualidad sobre la colaboración entre el sector público y el privado. Como vemos en el Gráfico 12, el gasto se ha congelado en los últimos años, rompiendo la tendencia al crecimiento (un 26,8% frente al 46,7% de la media del total del gasto), de los años anteriores. Gastamos en 2011 cerca de 7.350 millones de euros (constantes de 2008), lo que implica un peso relativo del 11% del total del gasto sanitario público. Este peso relativo ha oscilado entre el 12,2% en 2002 y el 10,5% en 2009. En conclusión, podríamos decir que hasta 2011 no se aprecia una mayor intensidad de actividad derivada desde el sector público al privado, teniendo en cuenta que hablamos de datos globales y cálculos medios.

Esta impresión se refuerza si nos atenemos a los datos conocidos a través de una encuesta realizada por la Federación Nacional de Clínicas Privadas⁹, según la cual se ha producido un descenso del 15% en el volumen de conciertos y de un 9% en el precio de los mismos. Los conciertos tienen, a pesar de todo, gran importancia para el sector privado. Según esta encuesta, el 70% de los centros privados tienen conciertos con alguna Administración, tanto para listas de espera como para pruebas diagnósticas. Un 27,8% de la facturación de las clínicas privadas depende de los conciertos.

Clasificación funcional del gasto

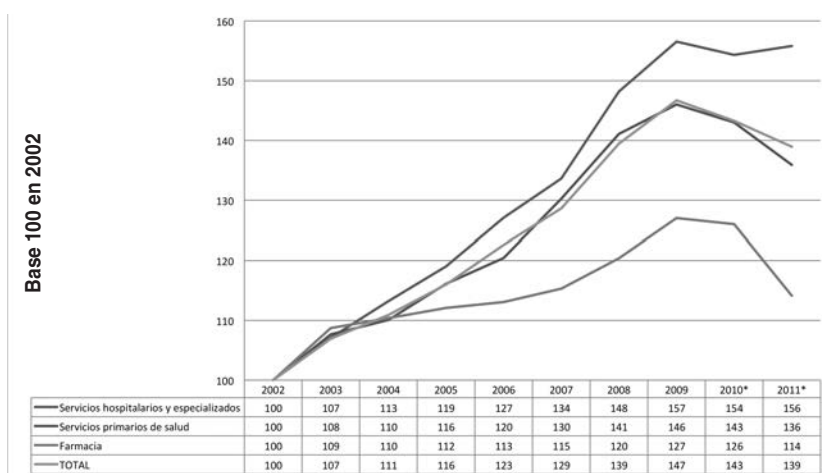
Según la clasificación funcional, la mayor parte del gasto (58,3%) se destina a los servicios hospitalarios y especializados. Las siguientes vías de gasto por volumen son farmacia (18,1%) y los servicios primarios de salud (15,1%).

En la tabla 7 podemos ver los datos, en euros constantes, de esta distribución. En todo caso, esta aproximación desde la perspectiva de la clasificación funcional del gasto nos permite ver la diferente evolución de la atención hospitalaria y de la atención primaria, así como la disminución del peso relativo del gasto en farmacia.

⁹Según noticia aparecida en Redacción Médica el 13 de mayo de 2013.

Gráfico 13

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO SEGÚN CLASIFICACIÓN FUNCIONAL



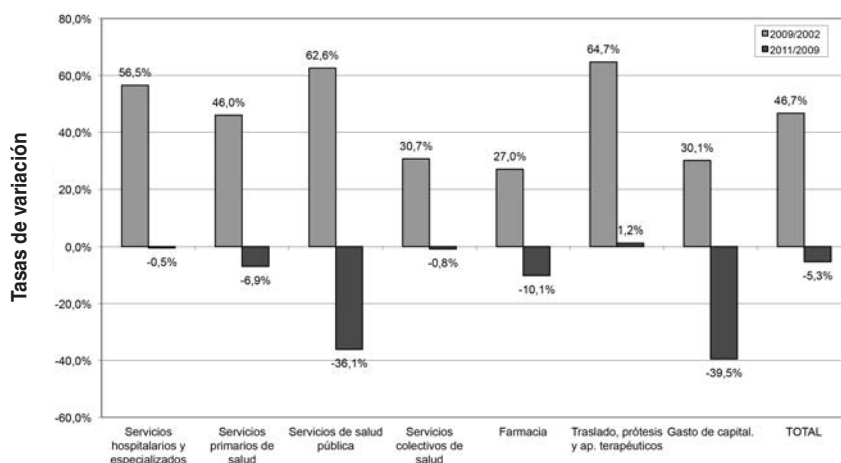
Fuente: elaboración propia a partir de EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI

Según los datos de la EGSP, la atención hospitalaria ha ido ganando peso relativo en el conjunto del gasto sanitario público, pasando del 52% en 2002 al 58% en 2011. Mientras, los servicios primarios de salud han mantenido una posición muy estable alrededor del 15% del gasto sanitario público.

Por otro lado, el gasto en farmacia ha pasado de suponer un 22% en 2002 al 18% en 2011.

Gráfico 14

EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL SEGÚN CLASIFICACIÓN FUNCIONAL



Fuente: elaboración propia a partir de EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI y Contabilidad Nacional.

Viendo la evolución de todos los epígrafes, las mayores reducciones están en farmacia (-1.361,4 millones) y en los ya mencionados gastos de capital (-1.010,1 millones). En términos relativos, las mayores disminuciones se producen en gastos de capital y en servicios de salud pública. En realidad, en este último caso el dato está alterado por el gasto en 2009 de 333 millones para las vacunas de la gripe A, tal y como ya hemos dicho. Si la comparación la hacemos entre 2011 y 2008 la disminución es de un -5,8%.

Los presupuestos iniciales

Ahora bien, la EGSP sólo nos permite ver, de momento, los datos hasta 2011. Esta limitación nos impide apreciar lo ocurrido en el año 2012, clave en la evolución del sector sanitario. Para aproximarnos a ello, podemos recurrir a los presupuestos iniciales de las diferentes Administraciones y organismos. De nuevo esto nos generará un problema de apreciación de cifras diferentes: ya hemos visto que entre el Sistema de Cuentas de Salud y la Estadística de Gasto Sanitario Público hay diferencias por la inclusión o exclusión de determinados conceptos; y ahora manejamos presupuestos iniciales, distintos de los totales consolidados con el principio de devengo. Sin embargo, y a pesar de estas diferencias metodológicas, creemos que es la manera de ver hoy el impacto de las medidas adoptadas en los últimos años.

La tabla 8 recoge los datos de los presupuestos iniciales en las diferentes Administraciones, sin incluir las corporaciones locales. De la información podemos extraer dos conclusiones: los presupuestos iniciales son deficitarios respecto al gasto consolidado y a partir de 2011 se está produciendo un recorte de fondos extendido a todas las Administraciones.

En relación al déficit de los presupuestos iniciales, respecto al gasto consolidado, podemos ver los datos entre 2007 y 2011 en las CCAA, reflejados en el Gráfico 14.

No tenemos los datos de los últimos dos años sobre gasto consolidado, pero la serie entre 2007 y 2011 ya nos permite ver que todas las CCAA tienen presupuestos sanitarios iniciales por debajo del gasto real, con situaciones especialmente llamativas en Cataluña, Madrid y el País Valenciano. En 2011 el déficit acumulado entre todas las Administraciones autonómicas alcanzaba los -4.760,6 millones, cifra elevada pero ya inferior a la de 2009 que llegó hasta los -5.311,1 millones.

Media docena de CCAA superan el 10% de desviación comparando su gasto real con el presupuesto inicial: País Valenciano (21,8%), Madrid (18,0%), Murcia (12,0%), Aragón (10,9%), Asturias (10,9%) y Cataluña (10%).

Con respecto a la segunda cuestión mencionada, el recorte de fondos producido a partir de 2011, no hay más que ver la tabla 8 y el Gráfico 15 para apreciar la evolución en millones de euros corrientes.

Conviene, en todo caso, hacer alguna advertencia. Por un lado, la caída que se aprecia en los presupuestos de la Seguridad Social obedece a la modificación introducida en 2011, al dejar de figurar como propios los fondos destinados a la asistencia sanitaria gestionada por CCAA en el Instituto Social de la Marina. Por otro lado, en la Administración central hay un doble efecto de incremento y decremento que se debe a la Dotación Complementaria para la financiación de la Asistencia Sanitaria y la Dotación de Compensación de Insularidad, que se distribuyen entre las comunidades autónomas según acuerdo de la II Conferencia de Presidentes Autonómicos y de conformidad con el criterio de reparto adoptado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en la sesión celebrada el 13 de septiembre de 2005. También hay que tener en cuenta los Fondos de Compensación Interterritorial y los destinados al mantenimiento de los centros sanitarios de carácter no psiquiátrico de las diputaciones, comunidades autónomas uniprovinciales no insulares y consejos y cabildos insulares, todos ellos incluidos en este bloque a partir de 2006 y 2007.

De hecho, podemos diferenciar dos etapas muy distintas en la evolución del gasto sanitario público. Por un lado, la transcurrida entre 2003 y 2010, con un incremento medio del gasto (en millones corrientes) del 13,6%. Por otro, la corta etapa entre 2010 y 2013, en la que se registra un decremento medio del -11,0%. Centrándonos en la mayor partida del gasto de las Administraciones, la que corresponde a las CCAA, el Gráfico 17 nos permite ver estas dos etapas con claridad.

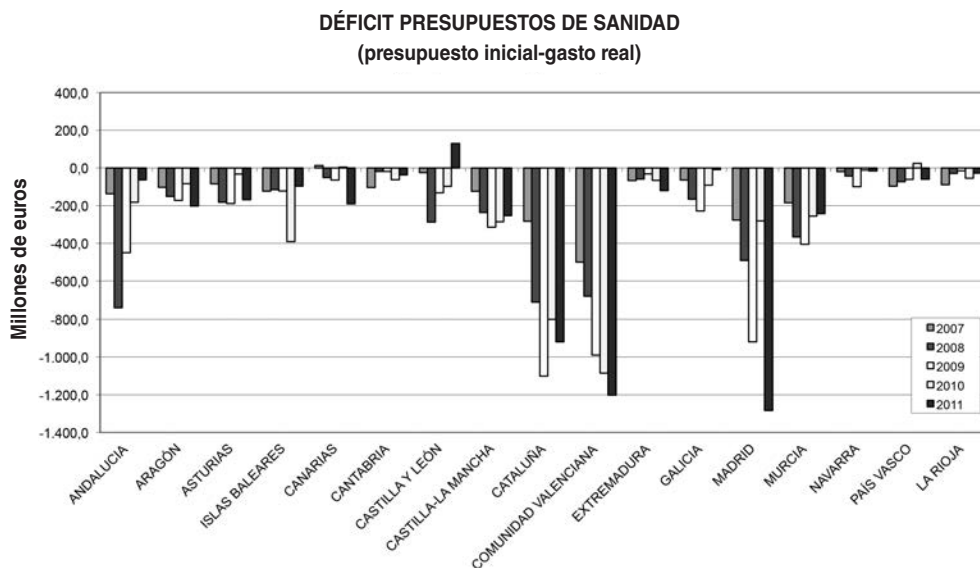
Tabla 8

		Millones de euros										
Presupuestos iniciales		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Seguridad Social	INGESA	1.240,1	1.350,2	1.389,5	1.534,5	1.673,9	1.804,9	1.897,8	1.902,3	1.635,8	1.442,3	1.429,3
	INGESA	148,0	163,8	184,5	196,4	205,6	234,0	233,1	239,7	239,7	219,1	216,1
	ISM	93,1	91,2	75,3	76,3	88,4	90,4	89,2	89,7	89,7	34,9	34,8
	Medicina Ambulatoria de Mutuas de A. T. Y E. P.	711,5	804,0	842,3	934,8	1.037,2	1.104,6	1.170,5	1.184,9	1.176,3	998,6	825,4
Mutualismo Administrativo	Medicina hospitalaria de Mutuas de A. T. Y E. P.	287,5	291,1	287,4	327,1	363,7	379,7	404,0	414,6	372,6	362,5	366,8
	Mutualidad General Judicial (M. Justicia)	54,9	59,4	60,4	65,9	71,38	76,68	80,3	81,3	80,3	80,7	80,6
Administración Central	Instituto Social de las Fuerzas Armadas (M. Defensa)	534,4	562,0	566,7	569,6	594,00	614,89	637,7	650,3	652,1	650,9	646,6
	Min. Gral. Funcionarios Civiles del Estado (MFP Y AP)	1.040,6	1.101,6	1.094,6	1.159,3	1.214,10	1.285,68	1.342,4	1.373,1	1.355,9	1.351,3	1.326,7
Comunidades Autónomas	Andalucía	34.552,3	38.561,1	41.742,7	45.692,8	52.383,4	56.559,3	58.960,6	59.736,2	57.408,5	56.740,3	53.896,0
	Aragón	3872,7	6450,2	7025,6	7539,2	8730,6	9365,5	9826,5	9827,4	9378,1	9420,0	8475,0
	Asturias (Principado de)	1063,0	1230,3	1365,4	1441,3	1635,9	1746,8	1879,7	1907,6	1849,1	1856,7	1619,8
	Baleares (Iles)	367,4	410,5	478,9	523,7	606,7	659,0	719,5	740,0	719,5	719,5	648,0
	Canarias	669,9	799,4	874,5	964,2	1.086,7	1.197,3	1.297,5	1.375,5	1.375,5	1.222,5	1.174,2
	Cantabria	1965,6	1793,5	1696,8	2448,0	2.522,3	2.522,3	2.929,9	2.897,0	2.940,9	2.905,9	2.978,4
	Castilla y León	326,3	291,3	260,9	276,1	301,3	323,8	393,9	359,9	329,9	343,7	324,2
	Castilla-La Mancha	2072,2	2010,3	1957,9	2161,8	2413,3	2538,4	2851,4	2918,5	2811,1	2606,7	2443,2
	Cataluña	1472,6	1697,1	1814,2	2073,9	2406,3	2834,2	3255,2	3488,3	3200,9	3141,1	2760,9
	Comunidad Valenciana	5519,9	6260,7	6555,9	7140,2	8683,9	9456,6	9426,2	9888,3	9200,9	8760,0	8760,0
	Extremadura	3435,6	3930,9	4242,1	4718,3	5090,0	5456,6	5660,2	5720,3	5515,3	5492,5	4921,2
	Galicia	946,5	1059,1	1133,8	1223,3	1459,8	1590,9	1717,7	1664,3	1572,1	1765,5	1566,1
Madrid (Comunidad de)	2331,4	2547,9	2827,2	2930,8	3388,1	3630,0	3767,1	3726,8	3472,3	3530,9	3419,4	
Murcia (Región de)	4228,0	4601,4	5265,9	5686,5	6500,4	6953,8	7122,5	7081,2	7134,4	7172,5	7111,5	
Navarra (Comunidad Foral de)	1007,9	1153,8	1284,1	1425,8	1571,2	1665,8	1853,7	1984,8	2023,5	1796,3	1778,9	
Pais Vasco	559,1	610,2	661,8	694,1	807,3	873,2	906,9	986,8	971,9	914,6	856,6	
Riots (La)	2007,1	2160,6	2308,6	2529,6	2925,5	3267,9	3546,4	3630,3	3506,2	3469,8	3287,4	
TOTAL	244,1	272,8	311,2	353,9	467,4	440,8	452,6	412,0	434,3	370,2	397,6	
	38.863,2	43.106,7	46.395,8	51.628,3	59.347,8	63.993,0	66.644,5	67.393,6	63.966,1	62.959,6	59.983,6	

* Los datos sobre CC.AA. de 2003 a 2006 se refieren al gasto consolidado.

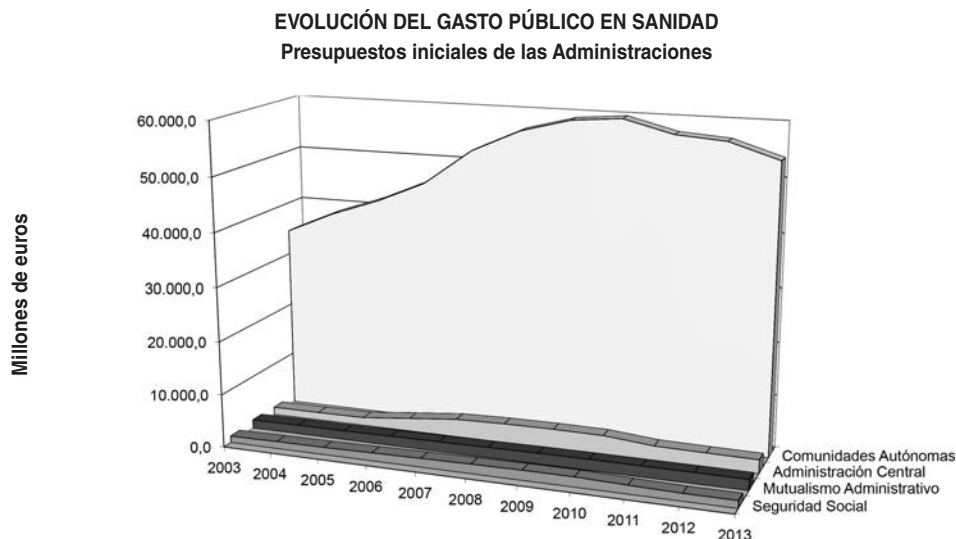
Fuente: Elaboración propia a partir de MSSSI, EGSP y Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. Actualización 2013.

Gráfico 15



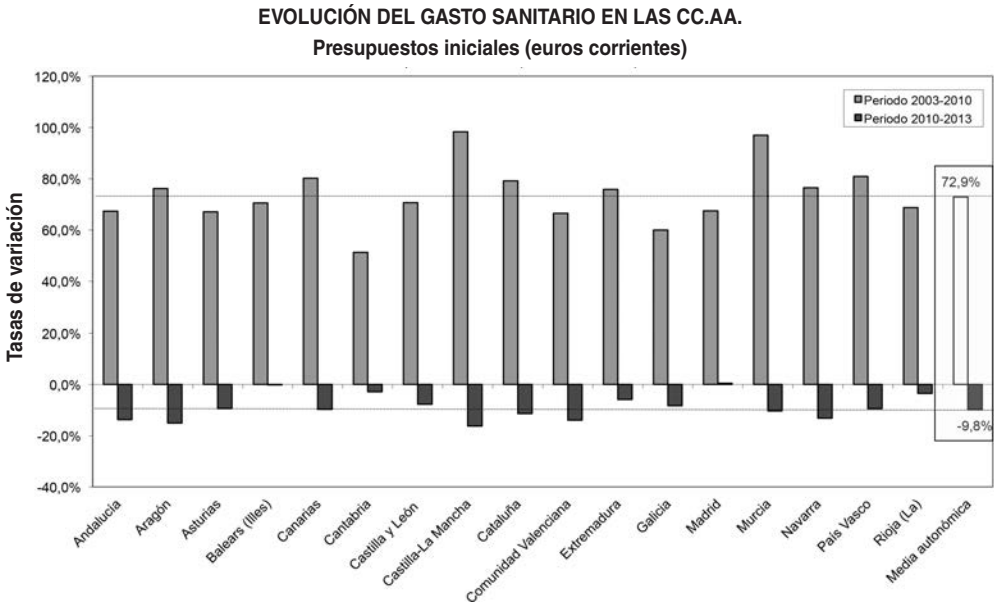
Fuente: Elaboración propia a partir de MSSSI, EGSP y Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. Actualización 2013.

Gráfico 16



Fuente: Elaboración propia a partir de MSSSI, EGSP y Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. Actualización 2013.

Gráfico 17



Fuente: Elaboración propia a partir de MSSSI, Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. Actualización 2013.

Gasto sanitario público por habitante

Tal y como hemos hecho en la comparación internacional, recurriendo al análisis del gasto *per cápita* en sanidad, lo realizaremos para comparar el gasto por persona en cada una de las comunidades autónomas y su evolución desde 2007.

Según los datos del MSSSI, el gasto real por habitante era en 2011 de 1.322 euros de media en las CCAA. Según los presupuestos iniciales recogidos por el mismo organismo, este gasto sería en 2011 de 1.273 euros, diferencia que se debe, tal y como hemos visto, al déficit presupuestario.

Esta media es el resultado, en cualquier caso, de unos datos en una horquilla muy abierta. En el extremo superior se sitúa Asturias con un gasto *per cápita* de 1.484,82 euros en 2012; en el extremo inferior, el País Valenciano con un gasto de 1.110,29 euros.

El gasto *per cápita* entre 2007 y 2012 ha aumentado una media del 3,4% en euros corrientes y según presupuestos iniciales. Sin embargo, debemos hacer la comparación en euros constantes, lo que nos lleva a resultados diferentes.

Tal y como podemos apreciar en el Gráfico 18, al corregir los euros corrientes teniendo en cuenta el deflactor del PIB nos encontramos una reducción media del gasto sanitario *per cápita* del -0,7% entre 2007 y 2012. Tenemos que señalar, en todo caso, que hay una horquilla muy amplia en esta evolución con su extremo negativo máximo en La Rioja (-27,5%) y el máximo positivo en Extremadura (+14,0%).

Por otro lado, mientras que en la comparación entre países hemos podido ver una alta correlación entre gasto sanitario *per cápita* y PIB *per cápita*, esto no es así en el caso de las CCAA en España, donde la correlación es nula.

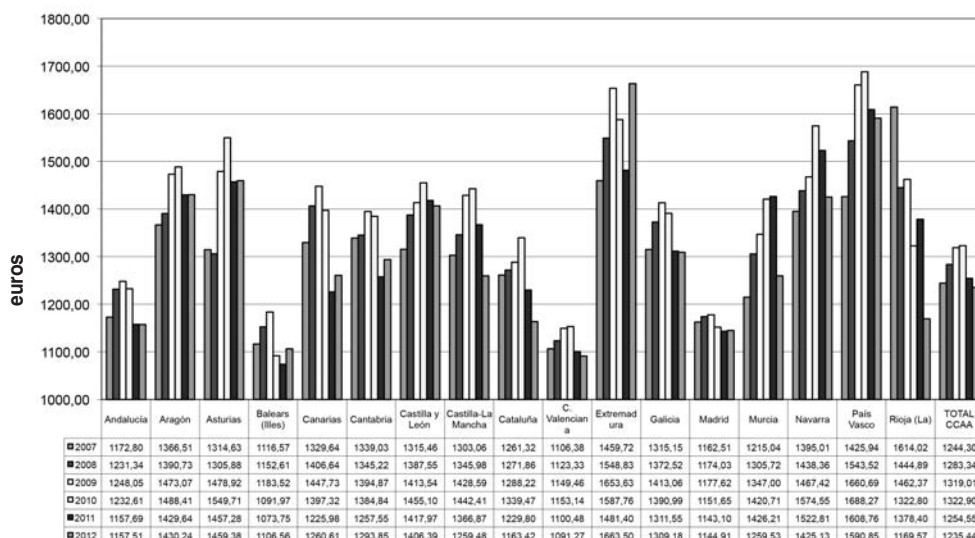
Tal y como podemos ver en el Gráfico 19, Extremadura tiene un gasto sanitario *per cápita* elevado en relación con su PIB *per cápita*. En sentido opuesto, Madrid y Cataluña tienen gastos sanitarios reducidos en relación con su PIB *per cápita*.

Estos datos reflejan el resultado de un sistema de financiación de la sanidad en las CCAA que tiene en cuenta múltiples factores, partiendo siempre de una base inicial establecida sobre el gasto histórico reconocido a cada una de ellas.

La financiación de la sanidad en las CCAA ha pasado por diferentes etapas desde las primeras transferencias. La primera, **de 1981 a 1993: el coste histórico de los servicios sanitarios ha constituido el eje y el punto de partida para proporcionar los medios financieros a las comunidades autónomas que asumieron con mayor prontitud las competencias en esta materia. No obstante, se articuló un período transitorio durante el cual los porcentajes de reparto entre CCAA debían adaptarse paulatinamente al criterio de población protegida.**¹⁰

Gráfico 18

GASTO SANITARIO PER CÁPITA EN EUROS CONSTANTES, BASE 2008



Fuente: elaboración propia con datos del MSSSI. Recursos del Sistema Nacional de Salud. Serie 2007-2013. Presupuestos per-cápita de las CCAA y datos de contabilidad nacional, deflactor del PIB.

¹⁰ Utrilla de la Hoz A. El sistema de financiación autonómica y la sanidad[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012

Gráfico 19



Fuente: elaboración propia con datos del MSSSI. Recursos del Sistema Nacional de Salud. Serie 2007-2013. Presupuestos per-cápita de las CCAA, y datos de contabilidad nacional, deflactor del PIB.

La segunda, **entre 1994 y 1997**, se definía como criterio de reparto el porcentaje de población protegida. Se introdujo un fondo de compensación por pacientes desplazados, se adoptó el criterio de suficiencia dinámica (el índice de crecimiento de la economía era la referencia para el crecimiento del gasto sanitario) y se eliminó la posibilidad de financiación con cargo a créditos ampliables. La tercera etapa se produce **entre 1998 y 2001**, con un acuerdo que mantiene las líneas básicas de la etapa anterior pero aumentando el volumen de recursos a distribuir y creando un fondo finalista de atenciones específicas.

La cuarta, etapa **entre 2002 y 2009**, supuso la integración en el sistema general de financiación autonómica de las competencias transferidas de sanidad y servicios sociales, aumentando así la corresponsabilidad de las CCAA y su margen de actuación. En todo caso, se fijaron unas bases para la financiación de la sanidad: por un lado, estableciendo un mínimo calculado como la financiación sanitaria del año base para el nuevo modelo (1999) evolucionada según el índice de crecimiento de los ingresos tributarios del Estado. En segundo lugar, el criterio de reparto según porcentajes de población protegida se sustituye por un criterio *per cápita* de población protegida (75%) ajustado por la población mayor de 65 años (24,5%) y la insularidad (0,5%); y en tercer lugar, se introdujo un mecanismo de garantía por la suficiencia dinámica, por el cual el Gobierno central garantizaba durante los tres primeros años (aunque luego se extendió hasta 2009) que el gasto sanitario creciera al mismo ritmo que el PIB nominal.

El **modelo actualmente vigente, pactado en 2009** y regulado por la Ley 22/2009, introdujo importantes novedades. Según Alfonso Utrilla, *las modificaciones introducidas afectan a la definición de las reglas básicas del sistema, añadiendo dos principios fundamentales: por un lado, la garantía de un nivel base equivalente de financiación de los servicios públicos fundamentales para que éstos puedan ser prestados en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos, independientemente de la comunidad autónoma en la que residan y, por otro lado, el reforzamiento de la corresponsabilidad de las comunidades autónomas.*

Según el mismo autor, *los recursos regionales asociados al sistema proceden de tres fuentes de ingresos: de la **capacidad tributaria regional**, ampliada por el aumento en la cesión de impuestos compartidos (IRPF, IVA e Impuestos Especiales), de la transferencia neta del **Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales** y de las transferencias del **Fondo de Suficiencia Global** para cubrir la diferencia entre las necesidades de gasto totales en un año de referencia y la suma de la capacidad tributaria de cada comunidad autónoma y las transferencias recibidas del Fondo de Garantía. Se crean también **dos nuevos Fondos de Convergencia Autonómica: el Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación** con recursos adicionales del Estado, con los objetivos de aproximar las comunidades en términos de financiación por habitante ajustado y de favorecer el equilibrio económico territorial.*

Estamos, pues, ante un sistema complejo de financiación sometido a constantes revisiones a lo largo de los años. Lo cierto es que el resultado muestra problemas de equidad. Por ejemplo, en 2010 la media de financiación homogénea por habitante, ajustando población, era de 2.232,52 euros, pero con una horquilla que va desde los 1.837,91 de Baleares hasta los 2.885,92 de Cantabria, sin tener en cuenta Euskadi y Navarra por estar fuera del régimen común.

El sector sanitario se caracteriza por recibir siempre presiones al alza. Hay factores demográficos, más población y de mayor edad; educativos, con una población que demanda mayor atención sanitaria; y tecnológicos, por la mejora de productos farmacéuticos y los avances en técnicas de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, la contradicción entre esta tendencia al alza y los límites al gasto público se ha exacerbado en los últimos tres años, produciendo por vez primera un descenso de los presupuestos iniciales, a pesar de ser estos deficitarios como hemos visto anteriormente.

ESQUEMA FINANCIACIÓN CC.AA. RÉGIMEN COMÚN EN 2010

FONDO DE GARANTÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES (72.935 MILLONES)

Se suman las aportaciones del Estado y el 75% de los recursos tributarios de las CC.AA. El total se redistribuye entre las CC.AA. según el peso relativo de la población ajustada. La transferencia del Fondo de Garantía es igual a la resta entre esta redistribución de los fondos totales y el 75% de los recursos tributarios de cada Comunidad Autónoma, con resultados positivos o negativos según cada caso.

Cálculo de la población ajustada en el año 2010

Población total.....	30,0%
Superficie.....	1,8%
Dispersión.....	0,6%
Insularidad.....	0,6%
Población protegida equivalente 7 grupos.....	38,0%
Población mayor de 65 años.....	8,5%
Población entre 0 y 16 años.....	20,5%

75% de los recursos tributarios CC.AA. (65.438 millones)

- Recursos tributarios no sujetos a liquidación en términos normativos:

Impuesto sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados.
Impuesto sobre sucesiones y donaciones.
Tributos sobre el juego.
Tasas afectas a los servicios transferidos.
Impuesto especial sobre determinados medios de transporte.
Impuesto sobre las ventas minoristas hidrocarburos.

- Recursos tributarios sujetos a liquidación en términos normativos:

IRPF
IVA
Impuestos especiales

Aportaciones del Estado (7.498 millones)

1) **Aportación provisional** del Estado en el año base (2007), 5.655 millones.

2) **Recursos adicionales** que se integran en el sistema de financiación en el año 2010

- En atención al peso relativo de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación, 1.200 millones.

- En atención al peso relativo de la población ajustada en 2009, 1.200 millones.

3) **Cantidades corregidas** multiplicando por la variación de ITE 2007/2010 (0,9308)

FONDO DE SUFICIENCIA GLOBAL (9.037 MILLONES)

El FSG es igual a las Necesidades Globales de Financiación menos la capacidad tributaria de las CC.AA. menos la transferencia del Fondo de Garantía. El resultado se corrige con la variación de los Ingresos Tributarios del Estado, ITE (2007/2010).

Cálculo de las Necesidades Globales de Financiación (105.662 millones)

- Capacidad tributaria.
- Fondo de garantía.
- Valor del FSG en el año base.
- Traspasos previstos.
- Variación en los tipos del IVA.
- Corrección con variación de ITE.
- Recursos adicionales.

Cálculo de la revisión del FSG por la variación en los tipos del IVA

50% de los 2.900 millones recaudados por la modificación de tipos, teniendo en cuenta el peso relativo de la población ajustada y los efectos computables o no en la transferencia del Fondo de Garantía

Ajustes y correcciones del FSG

- Por la financiación de la policía autonómica de Cataluña
- Por la supresión del gravamen del impuesto sobre el patrimonio.

FONDOS DE CONVERGENCIA AUTONÓMICA

FONDO DE COOPERACIÓN (1.905 millones)

Determinación de CC.AA. beneficiarias del Fondo:

- PIB per cápita inferior al 90% de la media (Andalucía, Murcia, Castilla-La Mancha, Canarias, Extremadura).

- Densidad de población inferior al 50% de la media (Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Castilla y León).

- Crecimiento de la población inferior al 90% de la media y densidad de población inferior al resultado de multiplicar 1,25 por la densidad media (Galicia, Asturias, La Rioja, Aragón, Extremadura, Castilla y León).

Primer subfondo (2/3 del total, 1.270 millones))

Reparto según población relativa de cada Comunidad beneficiaria en relación al total de la población de las CC.AA. beneficiarias del Fondo, ponderada por la distancia del PIB per cápita de cada Comunidad respecto de la media.

Segundo subfondo (1/3 del total, 635 millones)

Comunidades con un crecimiento de población inferior al 50% de la media: Galicia, Asturias, Extremadura y Castilla y León.

FONDO DE COMPETITIVIDAD (3.038 millones)

Se tienen en cuenta los recursos financieros proporcionados por el sistema de financiación (capacidad tributaria, transferencia del Fondo de Garantía, FSG). Se restan de estos recursos los que corresponden a competencias no homogéneas, y la financiación homogénea se calcula por habitante según población ajustada. A su vez, se calcula la capacidad fiscal por habitante ajustado.

Primer reparto (2.439 millones): en atención al peso de la población ajustada de las Comunidades Autónomas que no han alcanzado el objetivo del Fondo de Competitividad, con el remanente que queda una vez alcanzado el objetivo del fondo por la Comunidad o Comunidades que lo alcanzan en el primer reparto. Y un **tercer reparto** (69 millones) con el que queda una vez alcanzado el objetivo del fondo por la Comunidad o Comunidades que lo alcanzan en el segundo reparto

Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Restricciones de gasto

El Gobierno ha presentado recientemente dos documentos que aportan algunos datos de interés sobre sus objetivos y los pasos dados hasta ahora para conseguirlos en materia de ahorro sanitario: por un lado, el *Programa Nacional de Reformas de España 2013* (PNR) y, por otro, la *Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2013-2016* (APE).

En este último documento se afirma que el ahorro previsto para el periodo 2012-2014 en los Planes Económico Financieros de las CCAA en materia de sanidad se eleva a 7.267 millones, estimando que ya se han adoptado medidas que suman en 2012 un ahorro equivalente al 59% de dicha cantidad.

Por otro lado, el PNR dice textualmente:

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, en abril de 2012, se adoptaron diversas medidas con el objetivo de mejorar su eficiencia, racionalizar el gasto sanitario y garantizar la sostenibilidad de la financiación de la sanidad. A este objetivo responde la ordenación de la cartera de servicios y de los recursos humanos del sistema, la mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria a través de compras centralizadas, la racionalización de la oferta y demanda farmacéutica, y la definición del concepto de asegurado. Con estas medidas el gasto sanitario en 2012 se ha reducido en un 8% respecto al año anterior.

Más allá de la certeza de un dato, que parece elevado si tenemos en cuenta los aportados por el propio Ministerio de Sanidad respecto a los presupuestos de todas las Administraciones que generan gasto sanitario, lo cierto es que a partir de 2012 se han intensificado las medidas dirigidas a recortar el crecimiento del gasto sanitario. Aunque ya en el año anterior se había comenzado la senda de recortes presupuestarios, el nuevo Gobierno del Partido Popular adoptó en 2012 nuevas medidas con modificaciones estructurales del sector sanitario que no son inocuas para el futuro del mismo.

Estas reducciones continuarán en 2013 y 2014, hasta conseguir los 7.267 millones previstos para el periodo 2012-2014 en los Planes Económico Financieros de las CCAA. El Gobierno afirma en el PNR que en 2013 se adoptarán iniciativas nuevas, siendo el impacto estimado total de 3.134 millones en este año. Por otro lado, se estima una reducción del peso del gasto sanitario público en relación con el PIB hasta el 5,4% en 2016, un paso atrás de una década.

La reducción del gasto sanitario público se produce mediante una combinación de acciones.

Ruptura de la universalidad en la atención sanitaria

La más grave, **expulsando colectivos enteros de la atención sanitaria pública** al sustituir la universalidad por el aseguramiento, tal y como se hizo en 2012. Esto dejó fuera a todas las personas extranjeras sin autorización de residencia, 873.000 personas cuyas tarjetas sanitarias se han dado de baja, que se ven obligadas ahora a acudir a urgencias, a buscar

asociaciones u ONG que las ayuden, a pagar la asistencia recibida o a buscar un sistema individual de aseguramiento sanitario.

Es ésta una de las principales reformas derivadas del Real Decreto-Ley 16/2012, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, al reformar el artículo 3 de la Ley 16/2003, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* y el artículo 12 de la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.

Con esta modificación se altera radicalmente lo previsto en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011, General de Salud Pública, por la que se producía la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública. Hasta entonces se venían produciendo lagunas de cobertura que impedían el acceso al sistema sanitario público de algunos colectivos de población, lo que se intenta corregir con esta Disposición que *extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico*. Esta extensión entraba en vigor a partir del 1 de enero de 2012 para quienes hubieran agotado el subsidio o la prestación por desempleo y se dejaba pendiente de desarrollo reglamentario, con un plazo de seis meses, para el resto de los colectivos *“atendiendo a la evolución de las cuentas públicas”*.

Esta extensión no alteraba el régimen aplicado hasta entonces a los inmigrantes. La Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, regulaba en su artículo 12 el derecho a la asistencia sanitaria asegurando siempre la cobertura de la asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, protegiendo a los menores de 18 años con la misma asistencia sanitaria que los españoles y estableciendo que las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. Además, los extranjeros que se encontraran en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tuvieran su domicilio habitual, tenían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Pues bien, el RD-L 16/2012 rompe esta universalización de la asistencia sanitaria en España y vuelve al concepto de aseguramiento, regulando la definición de asegurado y sus derechos a través del real Decreto 1192/2012. Trabajadores, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social, como perceptores de prestaciones y subsidios por desempleo, o quienes hubieran agotado las mismas y se encuentren en situación de desempleo, tienen la condición de asegurado. Por otro lado, tienen la condición de beneficiarios de una persona asegurada su cónyuge o pareja de hecho, su ex cónyuge o persona separada judicialmente, siempre que tenga derecho a percibir una pensión compensatoria, y los descendientes de la persona asegurada o de su cónyuge siempre que tenga menos de 26 años o, si es mayor, una discapacidad superior al 65%. A todo ello se añade la condición de tener residencia autorizada y efectiva en España.

Esta modificación tiene un doble efecto. Por un lado, los españoles que no tengan los requisitos exigibles para estar asegurados o ser beneficiarios deben demostrar que sus ingresos no superan los cien mil euros anuales y que no tienen cobertura obligatoria de

la prestación sanitaria por otra vía. Posiblemente con este elevado umbral a partir del cual un español queda excluido del sistema sanitario público si no cumple alguna de las condiciones anteriores, el número de personas afectadas sea muy pequeño. Ahora bien, ¿para qué entonces romper el criterio de universalidad de la asistencia sanitaria pública a todos los españoles? No se entiende desde el análisis económico, puesto que su efecto será marginal, ni desde el sanitario, puesto que su volumen no puede ser un factor de distorsión de la asistencia en los centros sanitarios. Cierto es que esta universalidad llegó muy tarde, ya en vísperas de las elecciones generales de 2011, pero era un paso adelante que debería haberse mantenido.

La situación actual está suponiendo, en todo caso, un problema práctico para todas las personas que acuden a un centro sanitario habiendo cambiado su situación desde el punto de vista de la Administración. El reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina. Pues bien, lo que está ocurriendo ahora es que cuando una persona cambia su condición de empleada a desempleada, de perceptor de prestaciones o subsidios a carecer de ellos, aunque normativamente mantiene el derecho a la asistencia sanitaria, se ve obligada a ir a la oficina de Seguridad Social para volver a reactivar su derecho a esta asistencia. Tiene que comunicar a la Administración lo que ésta ya sabe para evitar que le digan en el centro sanitario que mientras no resuelva este problema administrativo no puede ser atendida.

Por otro lado, el RD-L 16/2012 modifica la situación de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, no bastando ya el empadronamiento para conseguir el derecho a la asistencia sanitaria. Ésta queda limitada a las situaciones de urgencia, a las mujeres embarazadas y a los menores de dieciocho años. Pues bien, según el propio PNR esto ha supuesto que 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros “no residentes” en España hayan sido dadas de baja (página 113 del PNR).

Tras la publicación del Real Decreto 576/2013, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, las personas que acrediten al menos un año de residencia en España, estén empadronadas y no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública, podrán firmar un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria. En otras palabras, las 873.000 personas excluidas pueden recuperar el derecho a la asistencia si cumplen los requisitos mencionados y pagan la correspondiente cuota mensual de 60 euros o de 157 euros, dependiendo de si tienen menos o más de 65 años de edad. Unas cantidades similares a las de los seguros privados, aunque variando las exigencias: residencia previa en un caso, periodos de carencia en el otro.

Esta decisión abre un debate en varios frentes. ¿Qué sentido tiene esta medida desde un punto de vista económico, o sanitario, o legal, o ético? Es cierto que en la mayoría de los países de la Unión Europea hay restricciones de acceso al sistema sanitario para personas inmigrantes indocumentadas similares a las establecidas en España a partir de 2012, y que son minoría los países que permiten un acceso completo (Francia, Holanda, Suiza, Portugal). También lo es que estas limitaciones se ajustan a normas internacionales

y europeas (por ejemplo, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000 establece en su artículo 35 que *“toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”*). Sin embargo, los largos años de experiencia en España, incluyendo a todas las personas en la asistencia sanitaria con independencia de su situación de residencia legal o no, y con la única exigencia de estar empadronadas, no han generado problemas en el funcionamiento del sistema.

En nuestra opinión debería mantenerse la situación anterior y proteger a todas las personas. No tiene sentido ni económico ni de salud desplazar su asistencia desde la atención primaria ordinaria a la urgencia. No tiene sentido mantener políticas migratorias que facilitan el acceso a España y, al mismo tiempo, restringir el acceso a servicios públicos esenciales. La asistencia sanitaria en España no es ni ha sido un factor de llamada.

Reforma farmacéutica

El Gobierno procedió en 2012 a adoptar dos medidas que son reseñadas en el PNR como la vía para la reducción del gasto farmacéutico en España: la reformulación del copago farmacéutico y la exclusión de más de 400 presentaciones farmacéuticas de la financiación pública.

El RD-L 16/2012 modificó la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, añadiendo un artículo 94 bis sobre la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica obligatoria. A partir de entonces, quienes tengan rentas superiores a los cien mil euros aportan el 60%, quienes estén entre los dieciocho mil y los cien mil aportan el 50%, quienes estén por debajo de esta cantidad el 40% y los pensionistas un 10%, salvo que tengan rentas superiores a los cien mil euros, con topes mensuales para los pensionistas de ocho, dieciocho o sesenta euros según sea el nivel de renta. También se establece un tope del 10% en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida¹¹, ya existente con anterioridad, con una aportación máxima de 4,13 € en 2012.

Quedan exentos de aportación los afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; las personas perceptoras de rentas de integración social; las personas perceptoras de pensiones no contributivas; los parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación; y las personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

¹¹ Las siglas ATC corresponden al sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, en su versión inglesa. Son medicamentos relacionados con enfermedades crónicas, distribuidos en envases marcados con punto negro.

Tabla 9

COPAGO FARMACÉUTICO	AHORA: RD-L 16/2012			ANTES: RD 1605/2006	
	APORTACIÓN	LÍMITE	CONDICIONES	APORTACIÓN	LÍMITE
ACTIVOS					
Usuarios y beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 € anuales	60%	-		40%	
Asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros	50%	-		40%	
Asegurado activo y sus beneficiarios que no se encuentren incluidos en los apartados anteriores	40%	-		40%	
PENSIONISTAS					
Con renta inferior a 18.000 €	10%	8,14 € al mes	El exceso sobre los límites se devolverá en un plazo máximo de seis meses	0%	
Con renta superior a 18.000 € e inferior a 100.000 €	10%	18,32 € al mes		0%	
Con renta superior a 100.000 €	60%	61,08 € al mes		0%	
EXENTOS DE APORTACIÓN					
Afectados de síndrome tóxico	0%			0%	
Personas con discapacidad	0%			0%	
Personas receptoras de rentas de integración social	0%			40%	
Personas receptoras de pensiones no contributivas	0%			0%	
Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación	0%			40%	
Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional	0%			0%	
MUTUALISTAS					
MUFACE, ISFAS, MGJ	30%			30%	
Medicamentos de aportación reducida	10%	4,20€ por medicamento		10%	2,64 € por medicamento
Productos cuya dispensación al usuario se realice en los centros o servicios asistenciales sanitarios	10%	4,20 € por medicamento		0%	

Fuente: elaboración propia.

Por un lado, prima el criterio de renta disponible sobre el de activo o pensionista a la hora de determinar la participación del beneficiario en el coste de la prestación farmacéutica. Se eleva la aportación de los beneficiarios, tanto la de los activos como la de pensionistas, que pierden la gratuidad mantenida desde 1978. Se incluyen, sin embargo, entre los colectivos excluidos de aportación a los parados que han perdido el derecho a subsidio y a los perceptores de rentas de integración social.

No debería haber ningún problema con este cambio hacia un sistema de aportación en función de la renta, pero el sistema de copago establecido en 2012 genera problemas y dudas que deben resolverse.

Para ver la repercusión personal que este cambio en el copago supone para activos y pensionistas debemos tener en cuenta varias cosas: los tramos de renta, los porcentajes de aportación, los límites mensuales, el número de recetas por persona (mucho mayor entre pensionistas que entre activos) y el precio medio de las mismas. Pues bien, un estudio realizado en mayo de 2013 por COFARES y Antares Consulting¹² estimaba el impacto del nuevo copago en un ahorro anual de 552 millones de euros, de los que 384 millones corresponderían a las nuevas aportaciones de los pensionistas, el 70%. Es cierto que su aportación es sustancialmente menor en porcentaje, salvo los casi 362 mil que tienen rentas superiores a los 100.000 €, y que la mayoría de ellos (el 73%) están en la franja que limita a poco más de 8 € su aportación mensual o están exentos (el 5%). Pero son los pensionistas los que mayor número de recetas consumen y cada una de ellas a un precio medio mayor que las de los activos. Por eso se convierten en los principales aportadores del ahorro farmacéutico derivado del cambio del copago.

¹² Impacto de las medidas de ahorro sobre el sector farmacéutico. Informe. Antares Consulting y Grupo COFARES, mayo de 2013.

Tabla 10

Población según tramos y categorías

Población pensionistas	Número	Aportación	Límite mes	Límite año	Porcentaje	% consumo anual teórico	Aportación estimada
Exentos	447.963	0%			5,04%	3,9%	
< 18.000 €	6.500.000	10%	8 €	96 €	73,20%	56,7%	243.860.739
entre 18.000 y 100.000 €	1.570.000	10%	16 €	192 €	17,68%	13,7%	58.901.748
> 100.000 €	361.873	60%	60 €	720 €	4,08%	3,2%	81.458.416
Total pensionistas	8.879.836				100,00%	77,46%	384.220.903
Población activa	Número	Aportación	Límite mes	Límite año	Porcentaje	% consumo anual teórico	Aportación estimada
Exentos (parados sin subsidio)	2.250.000	0%			9,75%	2,2%	
< 18.000 €	11.660.768	40%			50,54%	11,4%	388.809.263
entre 18.000 y 100.000 €	8.745.576	50%			37,90%	8,5%	328.057.815
> 100.000 €	416.456	60%			1,80%	0,4%	17.357.577
Total activos	23.072.800				100,00%	22,54%	734.224.655

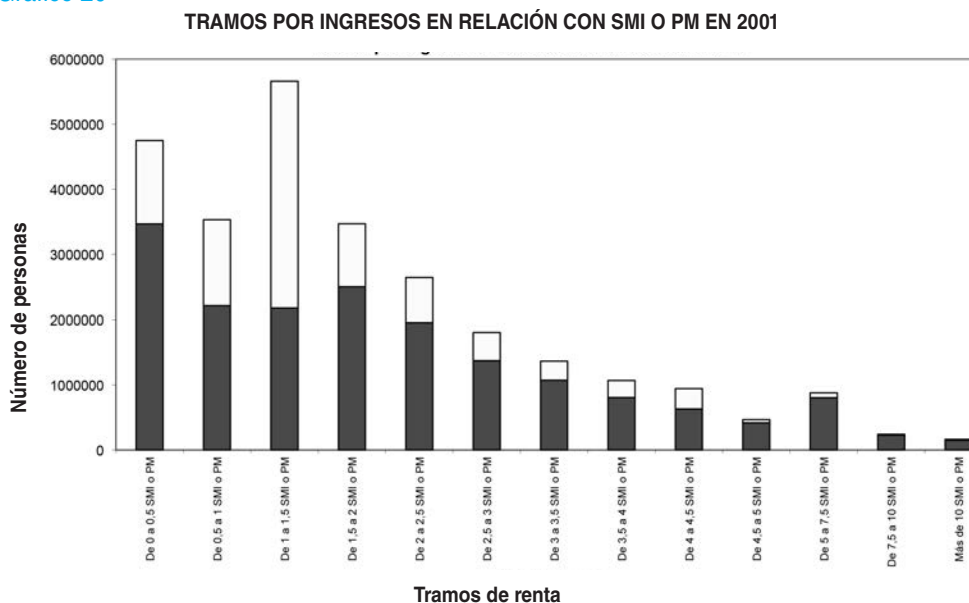
Fuente: Agencia Tributaria

La Tabla 10 nos muestra cómo las personas exentas de aportación, entre pensionistas y activos, sólo representan ahora el 8,4% del total y suponen el 6,1% del total del gasto. El cambio es notable si tenemos en cuenta que hasta abril de 2012 todos los pensionistas estaban exentos y sólo ellos representaban el 27,8% del total, al tiempo que suponían el 77,46% del total del gasto. El estrechamiento de la parte exenta es notable.

Si lo analizamos por tramos de renta veremos que el 56,6% de las aportaciones realizadas corresponden al tramo de rentas inferiores a los 18.000 € anuales, el 34,6% al tramo intermedio y el 8,8% al tramo superior. Unos porcentajes bastante ajustados al reparto por población, salvo en el tramo superior: 56,8%, 32,3% y 2,4%, aunque no parece que vaya este resultado más allá de la curiosidad estadística.

Utilizando los datos de la Agencia Tributaria referidos al año 2011, que subdivide por tramos los salarios y las pensiones en relación con el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) o con la Pensión Mínima (PM), el 64,5% está por debajo del doble del SMI (17.959,2 €) o de la PM (15.971,2 €). En el extremo opuesto, sólo el 0,6% gana más de diez veces el SMI o la PM. En definitiva, la gran mayoría de la población tiene salarios o pensiones por debajo de los 18.000 € anuales.

Gráfico 20



Fuente: Agencia Tributaria

Para ver el esfuerzo relativo que conlleva el copago debemos tener en cuenta no sólo la renta sino el consumo en medicamentos, muy diferente según la edad.

En marzo de 2013 el volumen económico de utilización ascendía, desde abril del año anterior, a 11.578,3 millones de euros, de los que 8.507,7 correspondían a pensionistas y 3.070,6 a activos. De los 878,5 millones de recetas, 624,4 millones eran de pensionistas y 254,1 millones de activos. El precio medio por receta era de 13,63 € en el caso de los pensionistas y de 12,08 € en el caso de los activos¹³.

Teniendo en cuenta que hay algo más de 8.250.000 perceptores de pensiones, podemos estimar el gasto anual en medicamentos por cada uno de ellos en 1.031 € o 86 € al mes. Con el actual sistema de copago nos encontramos con que los esfuerzos relativos son mayores entre las pensiones más bajas. Entre los pensionistas que ganan menos de 18.000 euros anuales el esfuerzo equivale al 1,43% en media ponderada, mientras que entre los que superan esa cantidad el esfuerzo se reduce al 1,03% en media ponderada, teniendo en cuenta el doble límite del 10% por medicamento y el máximo mensual en función de la renta (sin estos límites se elevaría el esfuerzo al 15,1% y al 4,8%, respectivamente).

Por eso en las CCAA que obligan todavía al paciente a adelantar el gasto en farmacia y a esperar su posterior reembolso se produce un efecto disuasorio y discriminatorio en función de la renta. Éste es uno de los principales problemas del sistema de copago introducido en 2012, aunque su impacto económico sea menor. Debería introducirse una obligación de implantar sistemas que automaticen el proceso, apliquen de forma inmediata el límite previsto para cada pensionista y eviten el adelanto del dinero y posterior reembolso.

¹³ Datos del Boletín Estadístico de marzo de 2013 difundido por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos.

En cuanto a la escala actual, hay un desajuste en los esfuerzos relativos según los tramos de renta. No tiene sentido un tramo tan amplio que va desde los 18.000 hasta los 100.000 euros, como tampoco lo tiene que tratemos por igual a quienes están por debajo del SMI o de la pensión mínima de jubilación que a los que están por encima. Incluimos en el siguiente cuadro una posible alternativa construida sobre los parámetros enunciados, que presenta un resultado bien distinto del que está vigente tras la última reforma.

		Propuesta		Situación actual	
		Activos	Pensionistas	Activos	Pensionistas
Tramo 0	Menos de 5.109	0%	0%	40%	10%
Tramo 1	Entre 5.110 y 9.000	20%	0%	40%	10%
Tramo 2	Entre 9.001 y 18.000	30%	5%	40%	10%
Tramo 3	Entre 18.001 y 36.000	45%	10%	50%	10%
Tramo 4	Entre 36.001 y 72.000	50%	10%	50%	10%
Tramo 5	Entre 72.001 y 100.000	55%	10%	50%	10%
Tramo 6	Más de 100.000	60%	60%	60%	60%

El copago no puede convertirse en una barrera en el acceso a los tratamientos. Pasar de 90 millones de recetas en junio de 2012 a 70 millones en 2013 no es un dato que deba pasar desapercibido. Ya hemos visto que influye la desfinanciación de medicamentos y la exclusión de inmigrantes sin permiso de residencia, pero el cambio en el sistema de copago ha sido determinante. ¿Hay un uso más racional de los medicamentos o una dificultad económica provocada por el cambio?

Debemos mencionar, también, la Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario. Es decir, medicamentos de dispensación hospitalaria exentos hasta ahora de aportación, pasan a estar regulados bajo el sistema de copago que afecta a los medicamentos de aportación reducida: un 10% del precio de venta al público del medicamento dispensado con un máximo de 4,20 € por envase.

Es cierto que mientras se reduce el gasto farmacéutico por receta se incrementa el gasto farmacéutico hospitalario de forma significativa. Pero la medida adoptada no parece la más adecuada. No sabemos si se ha hecho un análisis de impacto en función de las rentas y patologías de los pacientes, pero no se conoce. Es cierto que la cantidad es reducida, pero se trata muchas veces de combinados terapéuticos con tratamientos prolongados, lo que puede generar costes anuales importantes entre las personas de rentas bajas. Sin embargo, el copago de estos medicamentos no cumple ninguna función disuasoria (son tratamientos muy controlados y específicos) ni puede tenerla recaudatoria (algunos medicamentos cuestan miles de euros y se recaudarán 4,20 euros por envase), al tiempo que exige la puesta en marcha de nuevos sistemas que permitan el cobro (nuevos costes de administración y gestión en los hospitales, problemas derivados de la diferencia de precios obtenidos por cada hospital, problemas derivados de la adecuación de la presentación de los medicamentos por los laboratorios...).

Por otro lado, el Gobierno decidió por Resolución del 2 de agosto del año pasado ampliar la lista de medicamentos que quedan fuera de la financiación pública. Más de 400 presentaciones farmacéuticas quedaron excluidas bajo el argumento de que generaban un ahorro importante y no producían alteraciones importantes en la protección de la salud al relacionarse con patologías leves.

El problema es que no siempre se logra el objetivo que uno persigue. Las experiencias de otros países y los análisis de algunos expertos en España nos alertan sobre los límites de la desfinanciación de medicamentos.

Uno de los problemas es que los tratamientos se desplacen de los medicamentos excluidos a otros que continúen siendo financiados. Por ejemplo, Enrique Granda señala cómo en la primera desfinanciación de 1993 *“el gasto se disparó, porque no se tuvo en cuenta que la desaparición de remedios modestos y de bajo precio acaba dirigiendo la prescripción hacia moléculas de alta generación más costosas y no siempre tan inocuas como las antiguas”*. En su artículo, ya citado, prevé que también con la desfinanciación de 2012 se producirá un fenómeno similar de posibles desplazamientos *“que son mucho más probables que en desfinanciaciones precedentes, al haber querido dejar fuera determinados medicamentos para síntomas menores para evitar la impopularidad de la medida, pero que abre la puerta a algunos desplazamientos muy claros, como por ejemplo si se eliminan los antitusivos y permanece el paracetamol con codeína y otras asociaciones de analgésicos y antipiréticos con codeína, o el desplazamiento de los antiácidos hacia los antagonistas H-2”*.

No es la única opinión. Distintos artículos publicados por Jaume Puig-Junoy y Juan Oliva¹⁴ insisten en la misma idea: la desfinanciación conlleva procesos de sustitución por otros medicamentos que permanecen financiados. Así se constató en Turquía y en Francia con sus procesos de desfinanciación de medicamentos.

La consultora IMS llega a conclusiones similares¹⁵. Según su informe, aunque pueda producirse cierta disminución del gasto en los primeros meses, *“sin embargo el crecimiento en otros grupos puede reducir e incluso neutralizar el ahorro generado”*. La experiencia de países como Turquía, Francia o Portugal muestra que se pueden generar crecimientos de gasto en terapias alternativas si éstas continúan siendo reembolsadas.

Analizando la desfinanciación de 427 presentaciones farmacéuticas en España, IMS afirma que sólo 180 de los productos desfinanciados registraban ventas en 2012 y que los laboratorios más afectados han sido Novartis, Ferrer y Almirall, aunque si se mide por el impacto en sus ventas totales los más afectados son Allergan (un 29%) y Zambon Group (19%).

Otro de los efectos de la desfinanciación es la caída de las ventas al salir del circuito de prescripción en la sanidad pública y su sustitución por otros medicamentos financiados. IMS analiza cinco medicamentos: Almax, Omacor, Passiflorine, Viscofresh y Rino Ebastel, oscilando las caídas de sus ventas entre el -28% del Passiflorine y el -79% del Omacor.

¹⁴ Por ejemplo, *“¿Es eficiente desfinanciar fármacos?”*, artículo publicado en Correofarmacologico.com el 9 de abril de 2012, firmado por Juan Oliva y Jaume Puig-Junoy.

¹⁵ *El mercado farmacéutico español*, IMS, Gabriel Morelli y Concha Almarza, febrero 2013.

Es previsible, por tanto, que la industria farmacéutica trate de potenciar los medicamentos no desfinanciados en cada grupo ATC (siglas en inglés de la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química), promoviéndolos como alternativa. Tratará, también, de mantener las ventas de los medicamentos desfinanciados mediante su venta libre sin receta en los casos en que sea posible.

Por último, uno de los primeros efectos de la desfinanciación de medicamentos es la subida de su precio en el sistema de venta libre. Ha sucedido en otros países y también en España. Tal y como reconoce el Gobierno, respondiendo a una pregunta del Grupo Socialista¹⁶, de las 417 presentaciones desfinanciadas hay 85 precios notificados¹⁷ y 49 de las presentaciones farmacéuticas desfinanciadas han incrementado su precio. Todas ellas tienen un precio de comercialización por debajo de los 9 €, con un promedio de 3,3 €, pero los precios notificados están un 45% por encima, con un promedio de 4,8 €. Los incrementos oscilan en una horquilla que va desde el 198% de la Cloperastina Normon (3,54 mg/ml suspensión oral, 1 frasco de 120 ml) al 8,5% del Duphalac (solución oral sobres, 10 sobres).

Según el PNR, por aplicación de estas medidas en 2013 la reducción del gasto farmacéutico se estima en 1.400 millones de euros, incluyendo la participación de los usuarios en los medicamentos de dispensación hospitalaria. A estos hay que añadir otros 409 millones calculados como ahorro una vez que se aprueben los nuevos conjuntos de medicamentos y la actualización de los precios de referencia. Sobre esta Orden, tenemos una posición común adoptada en el Consejo Económico y Social, valorando positivamente el sistema de precios de referencia, pero insistiendo en una visión más global coherente con una estrategia a largo plazo de uso racional del medicamento.

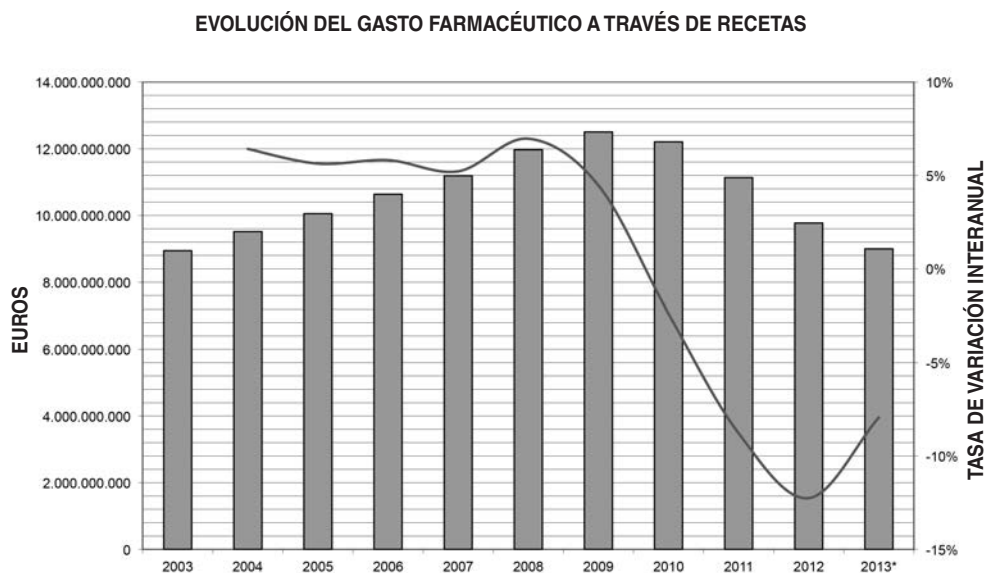
Por último, el PNR prevé la puesta en marcha en mayo de este año de nuevos envases de medicamentos adecuados a la duración del tratamiento.

El último dato registrado, julio de 2013, es de un gasto farmacéutico por receta de 8.996 millones de euros, en una tendencia decreciente desde 2010, tal y como podemos ver en el Gráfico 20. Esta reducción tiene su repercusión, también, en el peso del gasto farmacéutico sobre el total del gasto público. Si en 2003 se alcanzaba el pico más alto de los registrados, con un 22,4%, ya en 2011 se había reducido hasta el 18,1%. Farmaindustria estima que este año 2013 el gasto generado por recetas rondará los 8.600 millones, lo que supondría mantener una reducción del -12% sobre el año anterior, y algunos expertos del sector calculan que el gasto acabará estancándose alrededor de los 8.000 millones de euros, acercando el porcentaje sobre el gasto sanitario público al 16%.

¹⁶ Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie D, nº 257, 18 de abril de 2013, página 223.

¹⁷ Se entiende por régimen de precios notificados la comunicación del precio al MSSSI, de modo que el departamento pueda objetar el mismo por razones de interés público.

Gráfico 21



Fuente: MSSSI, facturación de recetas médicas. El dato de 2013 recoge el periodo entre agosto de 2012 y julio de 2013. Si la comparación se hiciera con el periodo semejante del año anterior, la reducción es del -21,38%.

En CCOO hemos propuesto el incremento de la prescripción de genéricos y principios activos, la centralización de compras en farmacia y alta tecnología y el impulso de los precios de referencia; pero junto a estas medidas hemos propuesto otras de similar importancia: adecuar la presentación de los fármacos a criterios estandarizados y desarrollar sistemas personalizados que ayuden al mejor cumplimiento de los tratamientos, especialmente en pacientes crónicos polimedicados; realizar acciones de educación sanitaria e información sobre el uso adecuado de medicamentos y prevención de la automedicación; revisar la normativa de publicidad y promoción de los medicamentos; promover estrategias de uso racional del medicamento... A lo largo de los últimos años se han adoptado algunas de estas medidas. Sin embargo, estamos viendo ahora que por la profundidad de la crisis y su afectación a los servicios públicos se están tomando decisiones presididas, casi en exclusiva, por la necesidad de contener el gasto olvidando criterios de equidad y de eficacia.

Todo el sistema sanitario tiene un amplio margen de mejora y, sin duda, también para la desinversión. Revisar la adecuación de medicamentos y tratamientos no es, por sí, perjudicial y es conveniente en cualquier sistema sanitario público. También parece prudente introducir criterios de valoración de la eficiencia en la introducción de nuevas tecnologías sanitarias y nuevos productos farmacéuticos. Cada euro gastado de forma inadecuada en algo innecesario se resta de un hipotético gasto útil desde el punto de vista de la salud. Ahora bien, si estas revisiones conllevan impactos negativos en la equidad y la calidad del sistema sanitario se convierten en inadmisibles. ¿Ha sido éste el caso? La precipitación en algunas decisiones y la falta de consenso profesional y social indican que hay problemas serios y que debería revisarse lo hecho hasta aquí.

Nueva cartera de servicios

El RD-L 16/2012 modificó el artículo 8 de la Ley 16/2003, ya mencionada, para subdividir la cartera de servicios en tres niveles. Hasta entonces había una única, en teoría, cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del SNS. La nueva norma establece para la cartera común un nivel básico, otro suplementario y otro de servicios complementarios.

La distinción no es neutra. Todas las actividades incluidas en la cartera común básica están incluidas en la financiación pública. Las del nivel suplementario están sujetas a la aportación del usuario: prestación farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente. *El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación.* Por último, los servicios considerados accesorios estarán sujetos a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

Esta división de niveles ha permitido la elaboración del RD 1506/2012, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica, y de Órdenes, aún en fase de proyecto, relativas al transporte sanitario no urgente y a la aportación del usuario en la prestación con productos dietéticos.

En el PNR se nos dice que estas medidas ya generan un ahorro de 700 millones a los que se sumarán otros 175 millones por aportaciones de los usuarios derivadas de las Órdenes mencionadas. Conocemos, pues, la lógica económica pero desconocemos si se han tenido en cuenta otros factores que modulen el impacto. Por ejemplo, en el copago para el transporte sanitario no urgente parece evidente que su repercusión es muy diferente para una persona que de manera ocasional o en un periodo de corta duración tiene que recurrir a ello, que para otra con una enfermedad crónica o en un proceso de rehabilitación de larga duración. No es sólo el criterio de renta el que debe ser considerado, sino también el de necesidad derivada de la patología atendida.

Hay dos aspectos que se echan en falta en las referencias incluidas en el PNR. Por un lado, la necesidad de evaluar estas medidas y su impacto, no sólo en términos económicos sino de equidad y calidad de las prestaciones, en un plazo razonable. Por otro, la conveniencia de que las inclusiones y exclusiones de la cartera común en sus diferentes niveles se produzcan no sólo por acuerdo en el Consejo Interterritorial, sino con informes previos que evalúen los posibles impactos de cada decisión.

Reducción de la actividad sanitaria

Se está produciendo otra manera de controlar el gasto con severas repercusiones, que consiste en **reducir la actividad** con el consiguiente incremento de las listas y los tiempos de espera. Los intentos de cerrar centros sanitarios han sido más sonados por la fuerte

oposición social, pero de manera más silenciosa se está produciendo el cierre de camas o la reducción horaria de la actividad de unidades y quirófanos. Así, en diciembre de 2012 (último dato publicado) los pacientes en espera estructural¹⁸ eran 571.395.

Tabla 11

LISTAS DE ESPERA				
JUNIO	Total de pacientes en espera estructural	Número de pacientes por 1000 habitantes	Porcentaje de más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
2003	436.228	10,37	8,0	77
2004	421.716	9,78	8,4	74
2005	385.050	10,11	9,5	83
2006	362.762	9,38	7,1	70
2007	376.242	9,55	7,4	74
2008	364.397	9,19	6,8	71
2009	372.468	9,30	5,6	67
2010	392.072	9,83	5,4	65
2011	459.885	11,71	10,0	73
2012*	571.395	12,89	16,5	100

* El año 2012 incluye por vez primera a todas las CC.AA.

Fuente: elaboración propia con datos MSSSI, SISLE-SNS

En 2012 se incorpora la Comunidad de Madrid a los datos globales recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre las listas de espera, lo que explica el salto en el número total de pacientes en espera estructural. Sin embargo, esta incorporación no puede explicar por sí sola los restantes datos, y todos ellos muestran un claro deterioro de la actividad, medida a través de las listas de espera.

Reducción de las inversiones

Otro de los aspectos a destacar de la reducción de presupuestos toca al capítulo de **inversiones**. Las empresas de tecnología sanitaria se quejan de la parálisis en este campo, con retrasos en los pagos, caída en el número de licitaciones y búsqueda de colocación de tecnología como préstamos a cambio de la compra de fungibles. Lo cierto es que analizando los presupuestos iniciales del gasto sanitario de las comunidades autónomas veremos que entre 2009 y 2013 el Capítulo VI (inversiones reales) se ha reducido un -67,4%, con un recorte generalizado en todas ellas con la excepción de La Rioja, que mantiene congeladas estas cantidades. También disminuye el Capítulo VII (transferencias de capital) un -21,1%, a pesar del atípico comportamiento que se ve en Galicia, País Vasco y Madrid con llamativos incrementos.

Sobre este aspecto, conviene advertir tanto de la inconveniencia de una desinversión tecnológica basada sólo en su alto coste, sin tener en cuenta otros factores, como de la producida por una inversión en tecnologías de dudosa utilidad desde el punto de vista de coste-eficacia, más aún teniendo en cuenta que el sector sanitario tiende a la acumulación de tecnología y no a la sustitución de la misma.

¹⁸ La lista de espera estructural se refiere a pacientes en situación de ser intervenidos quirúrgicamente de manera no urgente, pero cuya espera es atribuible a los recursos disponibles y a la organización, según el MSSSI.

En este sentido, no habría que echar en saco roto las múltiples propuestas orientadas a la creación en España de un organismo similar al NICE británico, el National Institute for Health and Care Excellence.

Medidas en relación con la gestión y la eficiencia

El Gobierno ha previsto, también, la puesta en marcha de una plataforma de compras centralizada y despliegue de la E-Salud, desarrollo a nivel nacional de una historia clínica digital y el impulso de la receta electrónica. Todo ello supondría un ahorro de 300 millones.

Nada que objetar a estas medidas. El problema estará en su puesta en marcha al implicar a diferentes Administraciones y tener problemas técnicos todavía no resueltos con la industria farmacéutica y tecnológica, pero deberíamos impulsar sin dudar sistemas que permiten mejorar la fijación de precios, la racionalización del gasto y la eficiencia del conjunto del sector sanitario. Habrá que analizar cómo pueden participar las CCAA y superar las dificultades técnicas, pero es el camino a seguir.

Una prueba de los problemas está en la reciente anulación de las primeras licitaciones previstas para compras centralizadas, tras la estimación parcial de un recurso por el Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales (TACRC).

Se anuncia en el PNR que, con el fin de mejorar la eficiencia en la práctica clínica mediante la participación de los profesionales en la gestión de los recursos, se va a definir un nuevo marco legal para el modelo de gestión clínica en todos los centros del SNS.

Cabe esperar que en la definición de este nuevo marco legal y en su desarrollo haya una adecuada participación de los representantes legales de los trabajadores, con una negociación producida en el ámbito que se considere más pertinente al efecto.

Por otro lado, se afirma que se procederá a la elaboración del modelo sociosanitario con el establecimiento de un conjunto de acciones que optimicen los recursos sanitarios y sociales. Como primera fase, se dice en el PNR, se implantará un procedimiento de seguimiento farmacoterapéutico en el 50% de residentes en residencias sociales.

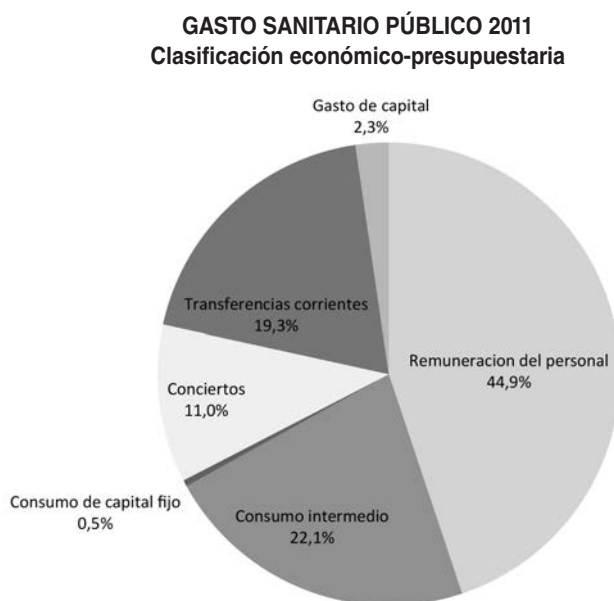
Todo indica que éste es un camino que hay que iniciar. El envejecimiento de la población, con el consiguiente desarrollo de enfermedades crónicas y pluripatologías con medicación variada, exigirá cada vez más líneas de coordinación y cooperación entre el ámbito sanitario y el de los servicios sociales.

Medidas en relación con los recursos humanos

El gasto en remuneraciones del personal en el sector sanitario público fue en 2011 de 30.367,4 millones, de los que la mayoría corresponden a las CCAA, con unas remuneraciones de 28.536,8 millones.

En relación con ello, debemos señalar las fuertes restricciones en el Capítulo I de los presupuestos, **disminuyendo plantillas y congelando o reduciendo los salarios**. La distribución del gasto según la clasificación económico presupuestaria de la EGSP nos muestra que la mayoría de los fondos disponibles, un 45%, se destinan a la remuneración del personal. Esta media obedece al fuerte peso del gasto sanitario de las CCAA, pero no todas las Administraciones se acercan a este punto. En los extremos tenemos por arriba a las corporaciones locales, en las que el 61% del gasto sanitario corresponde a las remuneraciones, y por abajo a las mutualidades de funcionarios, con un 8% explicado por el alto peso de los conciertos en este ámbito.

Gráfico 22



Fuente: Elaboración propia. EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI

Tampoco tiene el mismo peso la remuneración del personal en unas actividades que en otras, más allá de la Administración de la que dependan. Por ejemplo, en los servicios primarios de salud de las CCAA la remuneración del personal llega hasta el 88%, mientras que en los hospitales ronda el 61%. También por esto, pero no sólo, las políticas de recursos humanos y relaciones laborales en el sector sanitario deberían ser claves en los procesos de transformación.

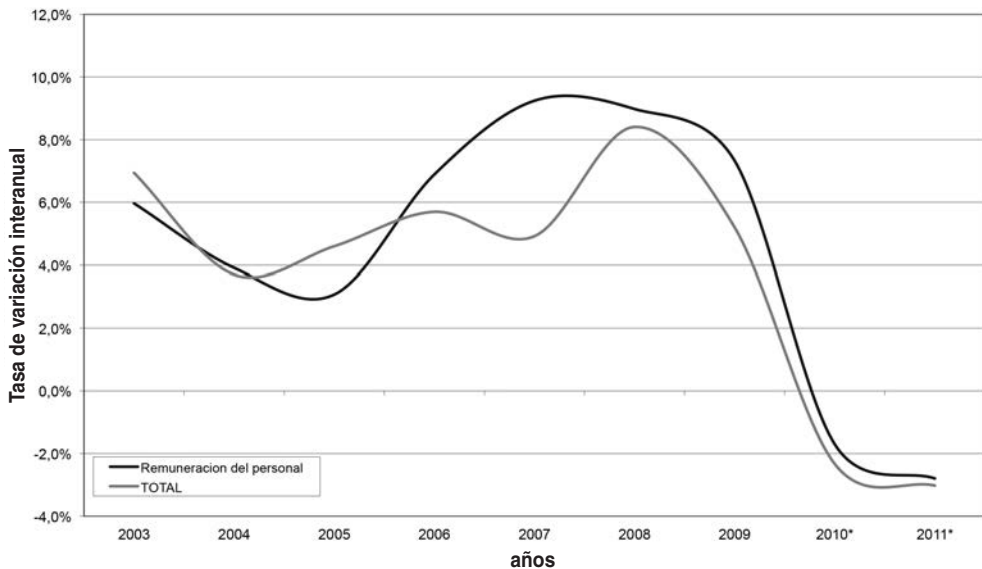
El peso de las remuneraciones es diferente, también, entre las CCAA. Si bien la media entre todas ellas es del 45,8%, la horquilla va desde el 35,6% de Cataluña hasta el 56,9% de Castilla y León. Parte de la explicación puede estar en que el peso de los conciertos en Cataluña llega hasta el 24,1% del total del gasto, mientras que en Castilla y León se limita al 5,1%.

Además del elevado peso relativo de la remuneración, debemos tener en cuenta la evolución de los recursos destinados a este concepto. En millones de euros constantes de 2008, entre 2002 y 2011 las remuneraciones en las CCAA han aumentado un 48,1%. Esto no debemos confundirlo con subida de salarios, ya que en este incremento influye el aumento del número de personas contratadas en el sector público sanitario.

Como podemos ver en el Gráfico 22, el ritmo interanual de crecimiento de las remuneraciones (insistimos en recordar que son el resultado del número de personas que trabajan y de las retribuciones que perciben) ha llegado a ser en términos reales superior al 9% (en 2007 y 2008).

Gráfico 23

EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL TOTAL Y DEL GASTO EN REMUNERACIONES



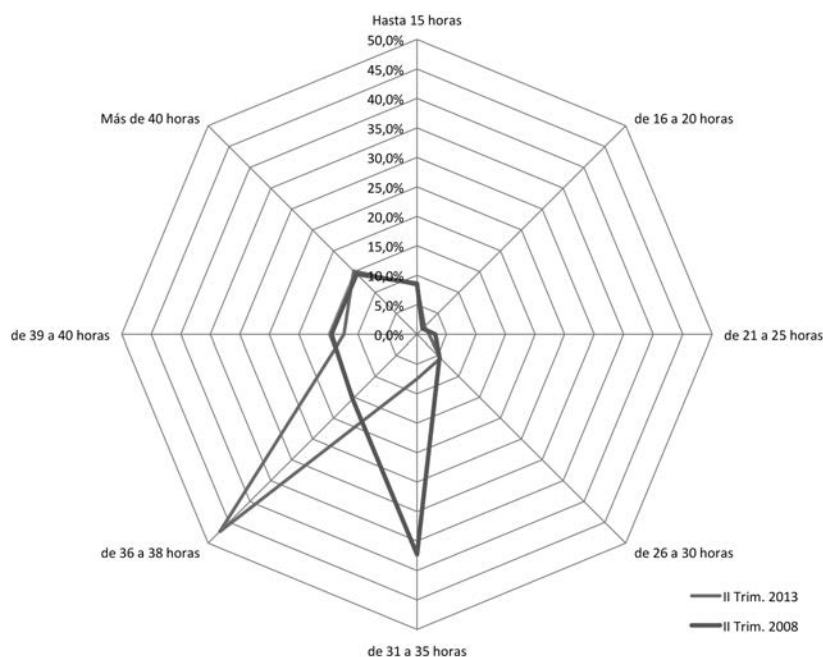
Fuente: Elaboración propia. EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI

Esta evolución creciente del gasto en remuneraciones se ve interrumpida en 2009, disminuyendo su ritmo de crecimiento hasta el 7%, porcentaje todavía elevado, y cambia de signo ya en 2010 con una reducción relativa de un -1,7%, acentuándose en 2011 con una nueva reducción del -2,8% sobre el año anterior. Todas las decisiones adoptadas, tanto por el Gobierno central como por los autonómicos, en los dos últimos años han estado orientadas a esta reducción de las remuneraciones: congelación salarial, eliminación de una paga extra, reducción de jornada y salarios para personal interino en algunos sitios, incremento de la jornada de trabajo (de 35 horas semanales a 37,5; variando el cálculo del cómputo anual de la jornada; eliminando 3 días de libre disposición, moscosos; eliminando “canosos”, días libres variables conseguidos en función de la antigüedad añadidos a las vacaciones), cambiando las reglas de la IT dejando de abonar la totalidad del salario en los primeros días

de baja. Un ejemplo de las consecuencias de estas medidas lo vemos en los hospitales. El cambio de la jornada semanal y de su cómputo anual supone la pérdida de alrededor de 17 días libres al año. Sumando a ellos los moscosos y canosos perdidos, buena parte del personal hospitalario ha perdido entre 20 y 25 días libres anuales. El impacto de esta medida en la contratación de personal interino es directo. Como también lo es el incremento de carga de trabajo y del *burn-out* tan característico entre el personal sanitario.

Los cambios introducidos en la jornada de trabajo se aprecian analizando los microdatos de la EPA elaborada por el INE. Como vemos en el Gráfico 23, entre 2008 y 2013 la jornada ha pasado de estar concentrada en torno a las 35 horas a estarlo alrededor de las 37 horas de trabajo semanal. El 47,2% del personal trabaja ahora entre 36 y 38 horas, disminuye ligeramente el porcentaje de quienes trabajan 25 horas o menos (12,2% en 2013, 13,0% en 2008), y disminuye el porcentaje de quienes trabajan más de 39 horas (27,5% en 2013, y 28,9% en 2008), dato coherente con la supresión de peonadas y programas especiales de reducción de listas de espera.

Gráfico 24



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EPA

Como hemos dicho, el crecimiento de las remuneraciones, en términos constantes, entre 2002 y 2011 en las CCAA ha sido de un 51,1%, distinguiéndose dos etapas: la previa a 2009 y la posterior a este año. Si entre 2002 y 2009 el crecimiento fue de un 57,6%, entre este año y 2011 las remuneraciones en las CCAA, han disminuido un -4,1%. En todo caso, también

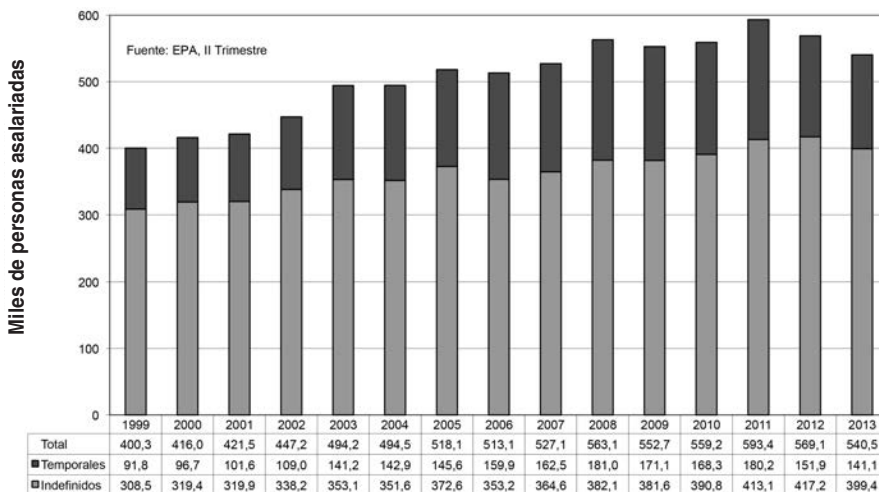
aquí es importante ver la diferente evolución producida en este Capítulo I entre las diferentes Administraciones autonómicas.

Como podemos ver en el Gráfico 24, comparando los segundos trimestres de cada año, en dos años se han perdido casi 53.000 empleos asalariados, un -9%, entre 2011 y 2013. La mayor parte de la reducción se produce en el año 2012, entre el personal temporal y en las comunidades autónomas. Contrasta esta pérdida del 9% del empleo asalariado en el sector sanitario público con el crecimiento que se había generado hasta 2011, un 48,2% desde 1999 basado más en el empleo temporal (96,2%) que en el indefinido (33,9%).

Hasta aquí nos hemos manejado con datos de gasto real en remuneraciones. Sin embargo, comparando el Capítulo I de los presupuestos iniciales del gasto sanitario en las CCAA entre 2010 y 2013 la disminución es de 1.924 millones de euros corrientes, un -7,5%. Los datos negativos más extremos los encontramos en el País Valenciano y en Cataluña, con disminuciones superiores al -13%, y el único caso atípico de crecimiento de este Capítulo lo vemos en Baleares con un incremento del 32%. Ahora bien, debemos tener en cuenta que estamos comparando en este caso presupuestos iniciales, no siempre ajustados al gasto real y, como ya hemos dicho, habitualmente deficitarios.

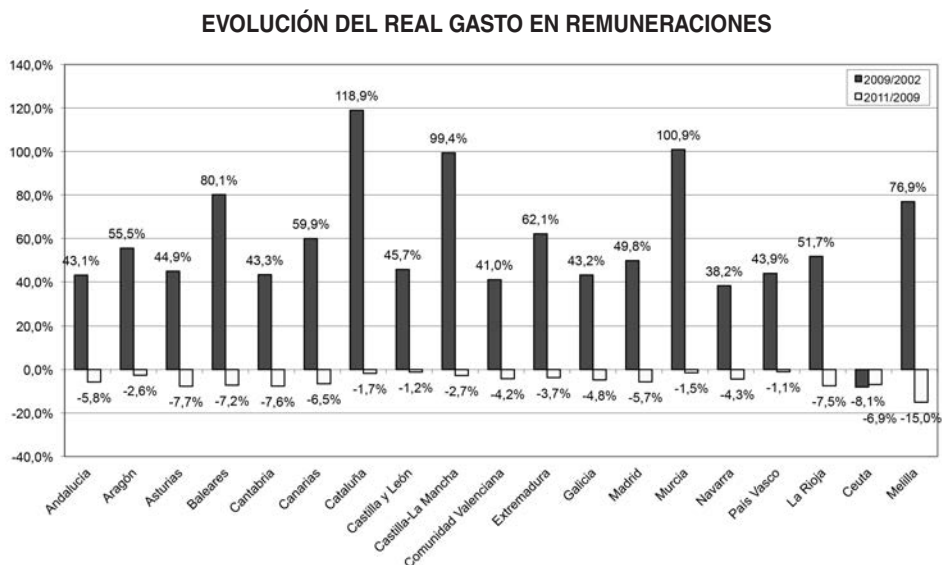
Gráfico 25

EVOLUCIÓN DE ASALARIADOS EN EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EPA, II Trimestre de cada año.

Gráfico 26



Fuente: Elaboración propia. EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI

Como podemos ver en el Gráfico 25, entre 2002 y 2009 hay incrementos notables de remuneración de personal (bien por vía de salarios o bien por vía de incrementos de plantilla) tanto en Cataluña (119%) como en Murcia (101%) o en Castilla-La Mancha (99%). Por el contrario, la Comunidad más contenida en ese periodo de crecimiento ha sido Navarra (38%).

Iniciado el periodo de restricciones en 2010, el recorte mayor se produce en Asturias (-7,7%) y el menor en el País Vasco (-1,1%).

Estas medidas han supuesto una caída de la ocupación en el sector sanitario público de un -2,8% y un ahorro de 1.850 millones en 2012, según los datos recogidos en la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España. Sin embargo, según la EPA, el descenso en la ocupación ha sido mayor.

Según los datos reflejados en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, en 1997 había 323.525 personas trabajando en hospitales públicos del SNS. En 2009 esta cifra se elevaba hasta 446.487, un incremento del 38%. Por otro lado, el Sistema de Información de Atención Primaria nos permite ver la evolución entre 2007 y 2011, periodo en el que hemos pasado de 82.850 personas a 85.868, un incremento del 3,6%. Hablamos, por tanto, de 531.984 personas trabajando en 2009 en el SNS. Estas fuentes no nos permiten ir más allá del año 2009, pero podemos utilizar la EPA para ver lo ocurrido en estos años.

Si durante esta última década han aumentado las plantillas, causa de buena parte del incremento de las remuneraciones, es lógico preguntarse si esto ha conllevado un incremento de la actividad.

Recursos en relación con la atención primaria

En atención primaria contábamos en 2012 con 85.757 personas trabajando como personal sanitario y no sanitario, trabajando en 3.016 centros de salud y 10.087 consultorios locales. Respecto al año 2006¹⁹ esta cifra supone un incremento del 8,1%. El mayor crecimiento se produce entre Médicos de Familia (28.771 en 2012, un 10,0% más que en 2006), seguido de Pediatras (6.411, el 9,6%) y del personal de enfermería (29.266, con un crecimiento del 8,6%). Por el contrario, el personal no sanitario es el que menos crece (21.309, un 4,6%).

Pues bien, si vemos el incremento de la actividad medida por el número de consultas ordinarias, observamos que su número se ha incrementado entre 2007 y 2011 un 16,2%, pasando de 336 millones a 390 millones de consultas anuales. El mayor incremento se produce entre el personal de enfermería (23,6%), seguido de pediatría (22,8%) y medicina de familia (11,3%).

En otras palabras, a pesar del aumento de plantilla el incremento de la actividad ha elevado la carga de trabajo de cada profesional: un 12,1% de media, un 16,3% en pediatría, un 14,8% en enfermería y un 6,1% en medicina de familia.

Recursos en relación con la atención hospitalaria

En atención hospitalaria, según los datos del MSSSI²⁰, tenemos en España 790 hospitales y 162.538 camas instaladas. El 44,1% de los primeros (348), y el 68,3% de las segundas (111.058), corresponden al sector público. El peso de la sanidad pública es mayor en los centros de atención de agudos (el 75,6% de las camas) que en los centros de atención psiquiátrica (33,7% de las camas) o en los centros de atención geriátrica o de larga estancia (36,6% de las camas).

El número de camas por 1.000 habitantes ha disminuido en los últimos años, pero no es éste el mejor indicador de actividad hospitalaria. De hecho, hoy es fundamental contar con servicios de hospital de día (estos han crecido de forma imparable desde 1996) y ver la actividad derivada de la alta tecnología hospitalaria, fundamental hoy en la actividad de cualquier centro de gran tamaño.

En 2009 contábamos en los centros públicos del SNS con un total de 446.487 personas trabajando, de las cuales 331.103 eran sanitarios y 115.384 eran no sanitarios²¹. La estadística publicada por el MSSSI no nos permite ir más allá del año 2009, lo que nos impide ver los años que más han sufrido las restricciones y recortes. Entre 1997 y 2009 el personal crece un 38%, tendencia que continuaba en 2010 de acuerdo con los datos del MSSSI, que reflejan 79.159 personas como personal médico y 128.314 como personal de enfermería.

¹⁹ Los datos corresponden al Sistema de Información de Atención Primaria (SIPA). La comparación con años anteriores sólo llegaría hasta 2004 y no incluye al personal no sanitario, aunque el sistema presente el dato como si fuera el total de profesionales.

²⁰ Datos del Sistema Nacional de Salud, SNS, España 2012 y del Informe Anual del SNS 2011.

²¹ Datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

Tabla 12

	Personal Total	Médicos vinculados	Auxiliares de Enfermería vinculados	Diplomados-as en Enfermería vinculados	Médicos Internos Residentes	Otro personal
1997	323.525	48.867	71.413	87.630	13.279	102.336
1998	326.408	49.559	72.454	88.531	13.221	102.643
1999	332.617	51.309	73.597	90.632	13.211	103.868
2000	336.873	52.208	74.172	92.197	12.823	105.473
2001	341.888	53.434	75.235	94.046	12.276	106.897
2002	353.180	55.965	77.507	96.938	13.436	109.334
2003	365.932	58.953	79.891	100.435	13.738	112.915
2004	379.023	61.958	82.621	103.749	14.545	116.150
2005	388.484	63.308	84.156	106.532	14.921	119.567
2006	403.721	66.017	87.056	110.926	15.811	123.911
2007	422.387	69.742	90.365	116.058	16.252	129.970
2008	438.344	73.446	93.849	120.991	17.187	132.871
2009	446.487	75.997	94.879	124.080	17.760	133.771

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

Dirección de la web: <http://pestadistico.msssi.es>

La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado nos permite también ver la actividad de los centros hospitalarios del SNS hasta 2009. Según estos datos, entre 1997 y 2009 han disminuido el número de camas (-4,2%) y el de estancias (-4,2%), debido seguramente al desarrollo de sistemas de atención que permiten estancias cortas y atención ambulatoria. De hecho, el número de altas crece en ese periodo un 14,1%, los ingresos un 14,4% y las consultas un 34,6%.

En definitiva, estamos ante un innegable crecimiento del gasto en remuneraciones del sistema sanitario público hasta el año 2010, tanto por el crecimiento de su plantilla como de sus salarios. Ahora bien, este incremento es parejo al crecimiento de la actividad sanitaria medida en consultas, ingresos y altas, actos quirúrgicos, partos, etcétera. La necesidad económica de actuar sobre la principal parte del gasto sanitario público choca con la necesidad asistencial de responder al crecimiento de la demanda que se produce en el sector.

Colaboración público-privada

Destaquemos que estamos hablando en todo momento de la financiación, de quién paga la actividad. Pero no siempre esto significa que la provisión de la misma sea de idéntico género que su financiación. Precisamente el Sistema de Cuentas de Salud nos permite ver el desplazamiento económico que se produce desde el sector público al privado.

Según los datos de 2011, este desplazamiento de dinero de financiación pública pero provisión privada se elevaba a 22.855 millones de euros, casi una tercera parte del total del gasto sanitario público. La mayor parte de este desplazamiento de la finan-

ciación pública a la provisión privada, 12.421 millones, se da en el concepto de “minoristas y otros proveedores de productos médicos”, que incluye farmacias, ópticas, ayudas auditivas, otros accesorios médicos u otras ventas de productos farmacéuticos o médicos.

En teoría, este sistema nos permite ver el volumen económico de la subcontratación de actividades sanitarias y su evolución en los últimos años. En 2011 se refleja una financiación pública de provisión privada que se elevaba a 4.491 millones en hospitales, 3.962 millones en proveedores de atención ambulatoria y 1.857 millones en establecimientos de atención medicalizada y residencial.

Tabla 13

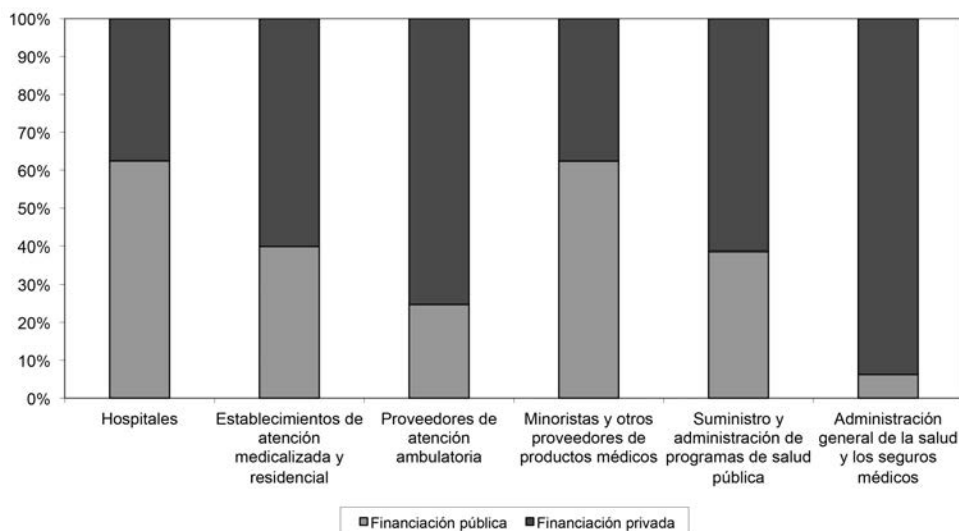
AÑO 2011	FINANCIACIÓN		PROVISIÓN
Hospitales	41.704		41.704
Financiación pública	39.003	Titularidad pública	34.512
Financiación privada	2.701	Titularidad privada	7.192
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	6.324		6.324
Financiación pública	3.522	Titularidad pública	1.665
Financiación privada	2.802	Titularidad privada	4.659
Proveedores de atención ambulatoria	25.790		25.790
Financiación pública	13.723	Titularidad pública	9.762
Financiación privada	12.066	Titularidad privada	16.028
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	19.909		19.909
Financiación pública	12.421	Titularidad pública	0
Financiación privada	7.488	Titularidad privada	19.909
Suministro y administración de programas de salud pública	779		779
Financiación pública	747	Titularidad pública	727
Financiación privada	32	Titularidad privada	52
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.264		3.264
Financiación pública	1.710	Titularidad pública	1.606
Financiación privada	1.554	Titularidad privada	1.657
Otras ramas de actividad (resto de la economía)	1.088	Otras ramas de actividad (resto)	1.088
Resto del mundo	1	Resto del mundo	1
GASTO TOTAL	98.860		98.860

Fuente: elaboración propia a partir del Sistema de Cuentas de Salud, MSSSI.

Así presentados los datos pueden parecer irrelevantes, pero situados en su contexto observaremos mejor su importancia. Veamos, por ejemplo, el **sector hospitalario**. De acuerdo con el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto en hospitales en 2011 en España era de 41.704 millones, de los que 39.003 correspondían a financiación pública y 2.701 millones a financiación privada. Sin embargo, desde el punto de vista de la provisión el sector público generaba una actividad por 34.512 millones y el sector privado por 7.192 millones.

Gráfico 27

PROVISIÓN PRIVADA EN SANIDAD EN 2011



Fuente: elaboración propia a partir del Sistema de Cuentas de Salud, MSSSI.

En otras palabras, 4.491 millones (el 11,5%) de la financiación pública de la actividad hospitalaria se deriva a la provisión privada. Y lo que es más llamativo, el 62,4% de la provisión hospitalaria privada tiene financiación pública, tal y como vemos en el Gráfico 26.

El gasto en **atención ambulatoria** se elevaba en 2011 a 25.790 millones, de los que 13.723 son de financiación pública y 12.066 de financiación privada. Desde el punto de vista de la provisión, 9.762 millones corresponden al sector público y 16.028 al sector privado. Es decir, que 3.962 millones (el 28,9%) de la financiación pública se destinan a la provisión privada y que el 24,7% de la provisión ambulatoria tiene financiación pública.

En ambos casos, hospitales y atención ambulatoria, en el periodo comprendido entre 2003 y 2011 (ver Gráfico 27) se ha incrementado la financiación pública de la provisión privada, tanto en términos absolutos como relativos. En el primer caso hemos pasado del 61,5% al 62,4%, mientras que en el segundo lo hemos hecho desde el 19,2% al 24,7%. En los establecimientos de atención medicalizada y residencial esta dependencia de los recursos públicos pasa del 32,1% al 39,9%, aunque registrando una fuerte caída en 2011.

Pese a que los propios Gobiernos autonómicos presentan la colaboración público privada como un camino hacia el ahorro, ya se ha escrito hasta la saciedad que esta es una afirmación sin base sólida alguna. Es cierto que los modelos buscados por algunas Administraciones como las iniciativas PFI (Private Finance Initiative, iniciativa de financiación privada), las PPP (Public-Private Partnership, partenariado público-privado) buscan diluir en el tiempo el impacto en el déficit público de las inversiones realizadas e introducir sistemas de gestión

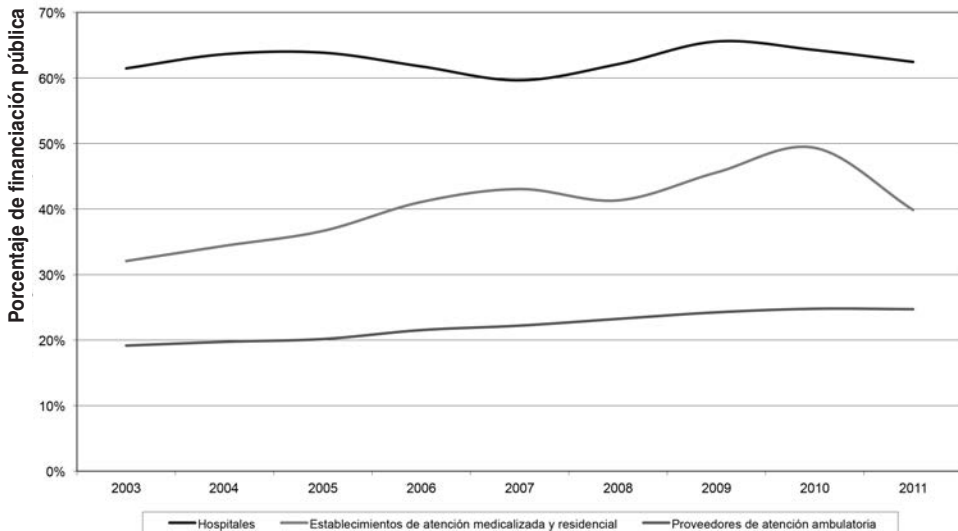
en teoría más flexibles, pero no hay evidencia alguna de que los resultados obtenidos correspondan con los expresados públicamente.

Junto a estas iniciativas se está impulsando el modelo de las EBA (Entidades de Base Asociativa), desarrollado inicialmente en Cataluña, basado en la autogestión profesional.

Como uno de nuestros objetivos es hacer un análisis específico de esta materia en otro trabajo, no entraremos aquí en más detalle.

Gráfico 28

PROVISIÓN PRIVADA Y DEPENDENCIA DE FINANCIACIÓN PÚBLICA



Fuente: elaboración propia a partir del Sistema de Cuentas de Salud, MSSSI.

CONCLUSIONES

El sector sanitario vive un periodo convulso, sin duda. Tras una etapa de desarrollo y ampliación del Sistema Nacional de Salud –con más personal trabajando en el mismo, más prestaciones incluidas en su cartera de servicios, un mayor nivel de actividad que se tradujo, también, en una reducción de las listas de espera, y unos indicadores de salud comparables con los de nuestro entorno más inmediato–, vivimos ahora un proceso de contracción con destrucción de empleo en el sector sanitario público, exclusiones de prestaciones y medicamentos de la financiación pública, reducción de la actividad e incremento de las listas de espera. Es previsible, por tanto, que este camino incida negativamente en los indicadores de salud y, sobre todo, en la equidad.

A veces debatimos como si nos fuera la vida en ello, pero en el caso de la salud y del sistema sanitario la afirmación está justificada. Pocos temas habrá más sensibles en un debate público, sin que se excluya del mismo ninguna persona. Esto es lo que parecen olvidar algunos cuando adoptan decisiones carentes de explicación, sin debate público, sin consenso social, aunque afecten a nuestra salud y provoquen evidentes desigualdades sociales. Para ser sinceros, la explicación sí existe: *“esta medida permite el ahorro de millones de euros”*. Explicación innegable en casi todas las ocasiones, pero insuficiente.

Enfrentamos una crisis económica sin precedentes, que obliga a preguntarse en todos los ámbitos de la acción pública por la conveniencia de mantener o corregir los esfuerzos colectivos para mantener prestaciones y líneas de actuación. Sin duda, en la respuesta es clave la política. Por ejemplo, la contraposición entre Estado de bienestar o sociedad cooperativa como respuestas a las necesidades sociales, la responsabilidad colectiva o la responsabilidad individual como bases para la acción, también en lo que afecta a la salud.

Pero la crisis económica no puede ocultar los propios problemas del sistema sanitario, conocidos y previos al estallido de la crisis, y la confrontación política no tapa la transversalidad de algunas de las cuestiones en debate. Hoy se han agudizado, por su cronificación, por el mero paso del tiempo sin haberlos resuelto y por el impacto de la crisis económica, pero no pueden ser achacados en exclusiva a esta última. Dicho de otra forma, la crisis en el sector sanitario es previa y propia, aunque para muchos no fuera más que un problema latente.

Sobre esta crisis propia del ámbito sanitario actúa la profunda crisis económica actual, condicionando su desarrollo y agravando algunos de los problemas ya existentes. Lo cierto es que nadie puede esperar que el futuro sea igual al pasado, simplemente no lo será. Pero tampoco deberíamos perdernos en la añoranza. Lo que tenemos que emprender es un camino de reflexión basado en el conocimiento que nos permita abordar la situación, saber qué debe cambiar y qué no, y los motivos para ello; saber cómo debemos actuar para que el sistema sanitario siga siendo un factor fundamental de corrección de desigualdades, al tiempo que esencial para mejorar nuestros niveles de salud y la calidad de nuestra vida.

En esta línea de reflexión hay que enmarcar el presente trabajo. Si todo nos lo explican como el fruto de una necesidad de ajuste presupuestario, veamos qué está ocurriendo con el gasto sanitario y los presupuestos de los Servicios Públicos de Salud. Cierto es que adentrándose en este análisis pueden verse las múltiples derivadas del asunto, pero hemos decidido avanzar paso a paso y limitarnos aquí a lo anunciado, el gasto sanitario en España. Más adelante abordaremos otros trabajos que nos irán permitiendo conocer con mayor detalle la realidad del sector y acompañar nuestro análisis de propuestas de mejora.

Tal y como se refleja en la primera parte de este trabajo, el gasto sanitario en España alcanzó en el año 2011 un total de 98.860 millones de euros, cantidad que representaba ese año el 9,30% del PIB. Un volumen y peso relativo que no pueden ser minusvalorados en una situación como la actual. Ha sido un crecimiento poco lineal, con saltos significativos que más han tenido que ver con las decisiones políticas que con otros aspectos: una primera fase de evolución en los años de apertura y transición, hasta construir la base mínima hospitalaria de nuestro sistema sanitario actual; una segunda fase impulsada tras la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986; y una tercera basada en la culminación del proceso de

transferencias a las CCAA y el cambio en el sistema de financiación.

Este avance ha llegado ahora a un punto en el que nuestros datos de gasto total y su distribución entre lo público y lo privado son comparables a los de países de nuestro entorno, más aún teniendo en cuenta nuestro nivel de renta. Tampoco es desdeñable que este esfuerzo colectivo se haya traducido en unos indicadores de salud muy apreciables, aunque no sólo debidos a los avances en el campo sanitario sino a la educación y a unos hábitos más saludables.

Al mismo tiempo, la situación social, laboral y demográfica en España empuja hacia el incremento del gasto en la atención sanitaria, la atención a las personas con dependencia y el desarrollo de los servicios sociales. El envejecimiento de la población y el desempleo se conforman como dos fuertes palancas de incremento de las necesidades sociosanitarias, y lo hacen justo en un momento de fuertes restricciones económicas. De igual manera, la evolución tecnológica en sanidad y el mayor desarrollo profesional, con un mayor número de personas trabajando en el sector y con niveles de formación y conocimiento más elevados, incrementan la oferta sanitaria y el gasto que ello conlleva.

Frente a estos avances en la construcción de un sistema sanitario público y los impulsores del crecimiento del gasto sanitario, actúa en sentido contrario una profunda crisis económica que agudiza los problemas ya existentes en el sector. Problemas que afectan a la financiación, a los sistemas de gestión, a la actividad de los profesionales sanitarios y no sanitarios del sistema, al buen gobierno y la transparencia, al desarrollo de un modelo descentralizado con tensiones no resueltas...

Problemas que, en cualquier caso, deberían haber sido abordados se ven hoy profundizados. La economía marca límites y la política tendencias, y todo ello provoca una crisis más aguda de lo necesario en el sector sanitario.

La consecuencia más severa la tenemos en las desigualdades sociales. En esta crisis económica, como en otras anteriores, distintos expertos están poniendo la atención en todo el mundo en aspectos como la nutrición (por escasez o por deterioro de la calidad); las condiciones de vida de la población sin hogar (en la calle o hacinados en una vivienda); el desempleo (pérdida de autoestima, pobreza relativa, aislamiento social); la drogadicción; la depresión y otros problemas de salud mental; el deterioro de la salud infantil; la violencia; los problemas de salud ambiental y laboral; la injusticia social y violación de derechos humanos; el acceso a los servicios médicos de calidad; y el posible incremento de la mortalidad derivado de estos factores (ver "Crisis económica y salud pública", de Barry S. Levy y Victor W. Sidel).

En definitiva, si bien en la salud inciden con más intensidad factores ajenos al sistema sanitario, éste es determinante en la capacidad de respuesta ante los problemas y como factor corrector de las desigualdades sociales de origen. Su deterioro implica el agravamiento de las desigualdades.

Ahora bien, ni podemos sostener incrementos nominales del 14% ni podemos admitir decrementos del 10%. Lo primero es insostenible, lo segundo se traduce en insuficiencia financiera del sistema. Necesitamos presupuestos ajustados a las previsiones de gasto real

y medidas de mejora de la gestión que nos permitan responder a necesidades crecientes con recursos más limitados de lo deseable.

Necesitamos más acuerdos y pactos, y menos decisiones inexplicables y apresuradas. No es viable una posición inmovilista que pretenda que la falta de acción es la mejor defensa del sector sanitario; como no es aceptable que las decisiones que se adopten no estén explicadas ni sean razonables desde un doble punto de vista, el económico y el sanitario.

La vara de medir la debemos buscar en los principios señalados en la introducción a este primer trabajo: suficiencia financiera, equidad y solidaridad, sostenibilidad, gobernabilidad, y racionalidad.

Hemos visto diferentes medidas adoptadas por algunas Administraciones o por el Gobierno central para reducir el gasto²². No todas pueden ser valoradas negativamente ni todas tienen el mismo peso. Por ejemplo, más allá de ajustes siempre posibles, nuestras objeciones a la revisión del copago farmacéutico, no son a que esté orientada a pagar en función de la renta más que en función de una definición administrativa (¿está mal que pague quien percibe una pensión máxima y no lo haga un parado sin prestaciones?), sino a la definición de sus tramos y a la implantación de un sistema que conlleva el pago adelantado del coste de los medicamentos, más allá del límite mensual establecido, por los pensionistas para su posterior reembolso. Tampoco podemos objetar una política de mayor control del gasto farmacéutico que se base en cuestiones largamente demandadas como los precios de referencia, la extensión de los genéricos, la adecuación de los envases a la duración de los tratamientos, o la implantación de la receta electrónica. Sin embargo, sí es discutible la decisión de dejar fuera de la financiación pública más de 450 presentaciones farmacéuticas, muchas de ellas de extendido uso entre la población, sin haber dado suficientes explicaciones sobre los motivos de esta decisión, más allá de los puramente económicos.

Hay, en todo caso, una decisión inaceptable sin matices: la ruptura del criterio de universalidad de la asistencia sanitaria volviendo al aseguramiento y, sobre todo, dejando fuera del sistema a miles de personas por no tener permiso de residencia en nuestro país. Ha sido la primera de las decisiones adoptadas en 2012 por el nuevo Gobierno del Partido Popular, en el marco de las medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad y la mejora de la calidad y seguridad de las prestaciones. A pesar de la afirmación, dicha medida no es lógica ni en términos económicos ni en términos de protección de la salud y garantías de asistencia sanitaria.

Hasta el año 2011 nos hemos encontrado con problemas, limitados en número pero a veces muy significativos, de cobertura de asistencia sanitaria. Esto quedaba resuelto en octubre de ese año extendiendo el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, y dando un plazo de seis meses para el desarrollo reglamentario de la extensión. Por otro lado, cualquier inmigrante empadronado tenía derecho a la asistencia sanitaria. Todo esto es lo que salta por los aires en la nueva norma de 2012, volviendo de nuevo a la situación anterior en cuanto a los españoles se refiere y quebrando el derecho de las personas inmigrantes a la asistencia, expulsando de las tarjetas

²² En este sentido, conviene la lectura del documento *"Análisis del presupuesto sanitario 2013. Un año desmontando la sanidad pública"*, elaborado por la Federación Estatal de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO.

sanitarias a 873 mil personas. La experiencia de otros países nos dice que esto no reduce el gasto global, pero sí genera problemas de salud entre un colectivo ya de por sí débil en los esquemas de protección.

Cualquier política sanitaria que tuviera en cuenta la equidad del sistema sanitario debería corregir este profundo error. Pero también desde el punto de vista de la sostenibilidad debería ser reconsiderado.

Junto a esta dura medida, se están adoptando decisiones sobre la definición y contenidos de las carteras de servicios que hacen que estos pierdan la gratuidad mediante nuevos sistemas de copago o, sencillamente, desaparezcan de la financiación pública. ¿Tiene lógica? Puede, pero no lo sabemos. Es decir, conocemos la lógica económica pero no si, además de ésta, se han considerado otros factores. Por ejemplo, en el copago para el transporte sanitario no urgente parece evidente que su impacto es muy diferente para una persona que de manera ocasional o en un periodo de corta duración tiene que recurrir a este servicio, que para otra con una enfermedad crónica o en un proceso de rehabilitación de larga duración. No es sólo el criterio de renta el que debe ser considerado, sino también el de necesidad derivada de la patología atendida.

Posiblemente tuviera más interés, desde el punto de vista de reformas en el sistema que mejoren su eficiencia y sostenibilidad, la consideración de otras medidas de sobra conocidas. El sector sanitario mueve mucho dinero, ya lo hemos dicho, y grandes empresas tecnológicas y farmacéuticas impulsan inversiones en nuevos productos no siempre bien evaluados antes de su introducción en la financiación pública. Al igual que en otros países de nuestro entorno, deberíamos proceder a desinversiones en aquellos procesos considerados ineficaces y garantizar que la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (dependiente del Instituto de Salud Carlos III) asegure desde distintos parámetros la conveniencia de incluir o no nuevos procesos tecnológicos. También tiene importancia la puesta en marcha de procesos de compras centralizadas que, gestionadas con inteligencia, pueden reducir costes sin perjudicar la calidad.

No hemos entrado a valorar, en este documento, otro aspecto que tendrá cada día mayor importancia, la coordinación entre diferentes niveles y tipos de asistencia. Aumentan las enfermedades crónicas y las pluripatologías derivadas del envejecimiento de la población, aumenta la esperanza de vida y ya medimos los años de vida ajustados por la calidad. Todo ello va a requerir el refuerzo de la atención primaria, su conexión con la hospitalaria y el trabajo compartido con la atención social.

Por último, convendría que alguien tomara nota de que la gestión del conocimiento y la implicación directa de los profesionales del sector son claves en el funcionamiento del mismo. Hasta hoy, la mayoría de las medidas se han adoptado de espaldas a ellos. Antes hemos mencionado algunas de las medidas: reducciones de salario, congelación de sus carreras profesionales, aumento de la jornada... Todo ello ha motivado conflictos laborales, sin duda, pero de limitado alcance. Sin embargo, cuando las decisiones se han percibido como vías de desmantelamiento del sector público sanitario, aunque fuera parcialmente, el conflicto ha subido de intensidad. La búsqueda de acuerdos es fundamental. Sin duda un **Pacto por la Sanidad** ayudaría, pero hablamos también de acuerdos en todos los niveles de gestión y decisión clínica.

Necesitamos un sistema sanitario sostenible. Esto posiblemente implique la revisión de sus criterios de financiación; la mejora de los sistemas de compras con procesos centralizados que faciliten la consecución de precios razonables; la promoción de medidas de uso racional de los medicamentos; la creación de una Agencia de Evaluación similar al NICE británico, que permita actuar con criterios de coste-eficacia tanto para las decisiones de introducción de tecnologías como de desinversión tecnológica; la promoción de la prevención en salud; el impulso de la atención primaria; la coordinación e integración entre los diferentes niveles del sistema; el fomento de la coordinación interadministrativa, y la mejora de los sistemas de información y de rendición de cuentas.

Además, la suficiencia del sistema implica una mejor coordinación para la determinación de las carteras de servicios de todas las CCAA, una adecuada gestión de las listas de espera, una mayor capacidad de resolución por los profesionales de la atención primaria, la revisión de los sistemas de financiación pública de las prestaciones y de la participación en ellos a través del copago, protegiendo a los sectores más débiles.

La equidad conlleva la corrección de desigualdades, en parte producidas por el actual sistema de financiación de la sanidad pública, promoviendo la coordinación y políticas comunes en todo el SNS en desarrollo de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Un sistema racional, basado en la información, y con un gran protagonismo de los profesionales, revisando el actual sistema de relación entre especialidades, regulando los conflictos de interés de profesionales y directos del SNS, profesionalizando la función directiva y de gestión.

En definitiva, un sistema basado en reglas de buen gobierno, lo que conlleva la revisión del actual papel del Consejo Interterritorial y de los diferentes órganos institucionales, así como su aplicación en todos los niveles del sistema.

CUADERNOS

de información sindical

