

“Una evaluación de la situación actual en España: sanidad”

Jornada “Los retos del Estado Social ante las nuevas desigualdades”

Zaragoza, 5 de octubre de 2016

Instituto de Políticas y Bienes Públicos (CSIC)

javier.moreno@cchs.csic.es

Esquema de la presentación

- Institucionalización incompleta del SNS.
- Naturaleza y entidad de los recortes del gasto sanitario público.
- Otras reformas en el ámbito sanitario enmarcadas en la crisis.
- Retos y sostenibilidad futura del SNS (no solo económica).

Institucionalización incompleta del SNS

- Sistema Nacional de Salud (SNS) establecido por la Ley General de Sanidad de 1986 a partir de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y amalgamando componentes de otras administraciones locales.
- Descentralización comenzó incluso antes de su institucionalización.
- Universalización gradual e incompleta (hasta 2011).
- Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003 (escasamente aplicada) trataba de introducir mecanismos de coordinación y cooperación entre Sistemas Regionales de Salud.
- Falta de concreción institucional e incompleta transformación en sistema universalista financiado a través de impuestos y desconectado del sistema de aseguramiento social (“*path dependency*”).

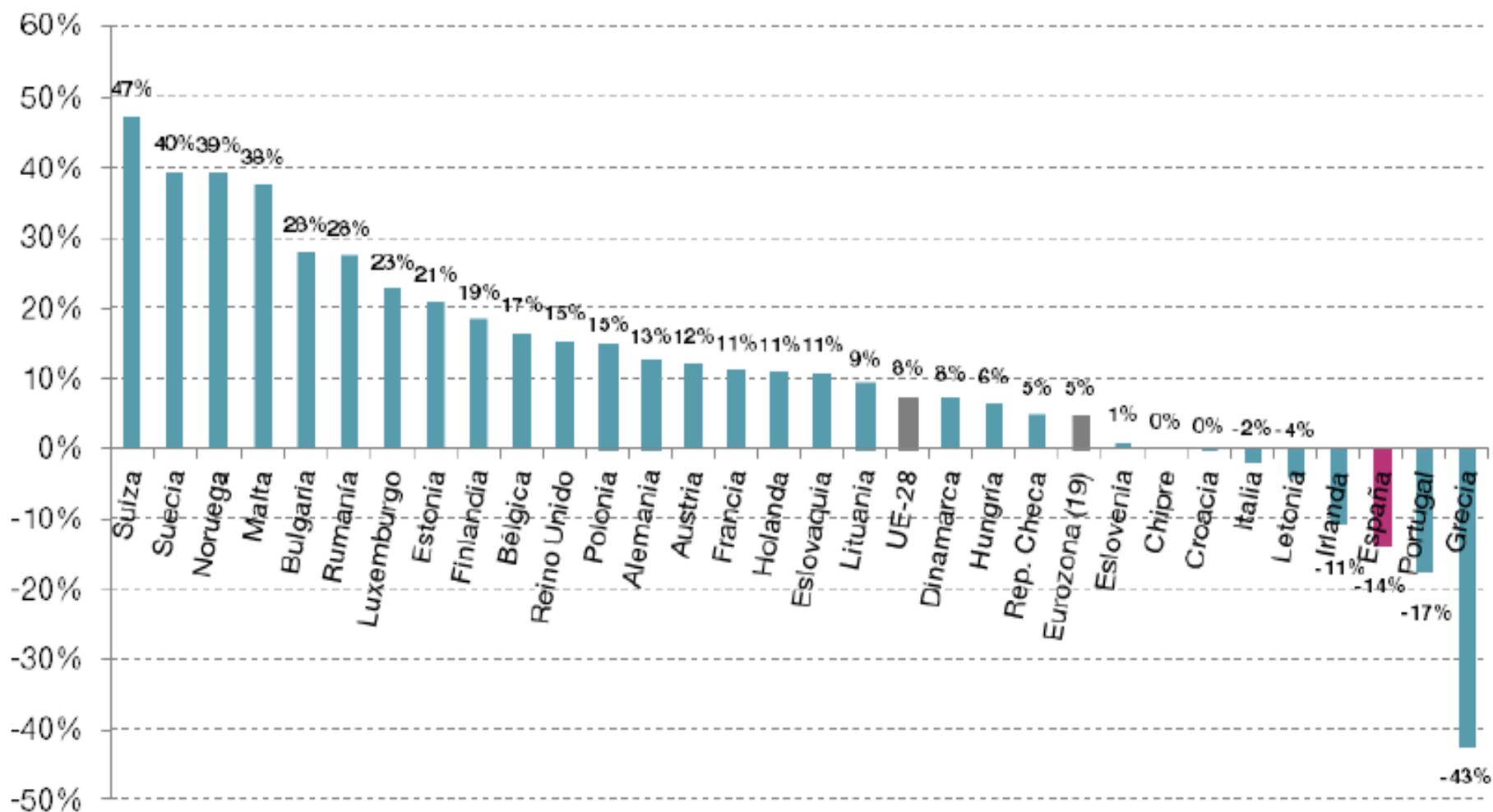
Indicadores Socio-sanitarios básicos pre-crisis (2010)

	Cobertura sanitaria %	Gasto sanitario total % PIB***	Gasto público como % del gasto sanitario	Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario	Consultas médicas anuales per cápita	Esperanza de vida al nacer (años)	Mortalidad infantil (1.000 nacim.)
Alemania	100	11,6	76,9	14,9	8,2	80,3	3,5
Bélgica	99,5	10,5	75,1	16,2	7,6*	80	3,4
Francia	99,9	11,6	77,9	16,1	6,9	81	3,9
España	99,2	9,6	73,6	18,9	7,5	81,8	3,3
Italia	100	9,3	77,9	18,2	7**	81,8	3,7
Suecia	100	9,6	81,5	12,5	2,9	81,4	2,5
Reino Unido	100	9,6	84,1	11,6	5	80,4	4,6
EEUU	81,3	17,6	47,7	12,0	3,9	78,2	6,8

Crisis económica, consolidación fiscal y SNS

- Tras treinta años de aumentos constantes, el gasto sanitario público anual disminuyó un 14% entre 2009-2014 (unos 9.000 m€ anuales).
- Esto se tradujo en un descenso del 6,75% al 6,08% del PIB.
- Gasto per cápita bajó de 1.577 a 1.348 €.
- Reducción gasto en farmacia 3.000 M€/año (35% del total recorte gasto sanitario público). En términos generales, necesario, dado el creciente volumen de recursos absorbidos y la ineficiencias existentes en este ámbito.
- Tecnología y mantenimiento (24% del total recorte gasto sanitario público).

Variación Gasto Sanitario Público 2009-2013



Fuente: Eurostat

Gasto sanitario público per cápita por CCAA

	<u>2010</u>
Baleares	1066
Madrid	1108
Valencia	1123
Andalucía	1180
Canarias	1295
Cataluña	1299
Galicia	1333
Murcia	1334
C. la Mancha	1346
Cantabria	1347
Castilla León	1360
Aragón	1419
La Rioja	1444
Asturias	1507
Extremadura	1509
Navarra	1543
País Vasco	1623

	<u>2014</u>
Andalucía	980
Baleares	1048
Murcia	1079
Valencia	1079
Madrid	1087
Cataluña	1091
Aragón	1120
C. la Mancha	1123
Extremadura	1179
Galicia	1227
Canarias	1229
La Rioja	1242
Castilla León	1267
Cantabria	1333
Asturias	1383
Navarra	1398
País Vasco	1541

- Gasto sanitario público se recuperó ligeramente en 2015 (3.500 M€), pero el Programa de Estabilidad 2016-2019 prevé que éste crezca menos que la economía durante los próximos años.
- Eso supone que el gasto público sanitario debería seguir bajando respecto al PIB, hasta representar el 5,74% en 2019.
- Problema de la deuda sanitaria acumulada por la CCAA.

Evolución gasto sanitario 2009-15 y previsiones Programa de Estabilidad 2016-2019

	Gasto Sanitario Público	% sobre PIB	% sobre Gasto Público Total	Gasto por Habitante
2009	72,9	6,75	14,3	1.568
2010	72,5	6,7	14,1	1.536
2011	69,2	6,47	13,9	1.464
2012	64,6	6,20	12,8	1.370
2013	63,1	6,12	13,3	1.349
2014	63,3	6,08	13,5	1.357
2015	66,7	6,17	13,6	1.443
2016	66	5,95	14	1.422
2017	68,4	5,89	14,3	1.474
2018	70,2	5,81	14,3	1.512
2019	72,4	5,74	14,3	1.559

Precarización laboral del personal sanitario

- Reducción de efectivos (superior al 10%).
- Incremento de la carga de trabajo (y cierre de plantas y servicios hospitalarios).
- Congelación de retribuciones.
- Reciente sentencia del Tribunal de Justicia de la UE ha puesto el foco sobre la precariedad contractual de los profesionales sanitarios en España (30% de temporalidad en 2015, con grandes variaciones entre CCAA).

Calidad prestaciones sanitarias

- Deterioro de la satisfacción ciudadana con el funcionamiento del SNS, vinculado fundamentalmente a listas de espera.
- Incremento aseguramiento sanitario privado complementario entre grupos más acomodados de la población (de 8,8 M en 2010, a 9,2 M asegurados en 2014), más visible en aquellas CCAA que han recortado más el gasto sanitario.

Listas de espera SNS 2009-2014

SNS. LISTAS DE ESPERA 2009-2014.

A junio de cada año.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pacientes. Miles	374	389	417	537	583	552
Días de Espera	63	61	64	76	101	90
+de 6 meses en %	5	5,3	5,7	9,4	13,7	10,6
Entradas en lista. Miles	729	709	644	910	913	1098

Fuente : Ministerio de Sanidad SS e I.

A partir de junio de 2012 incluye a todas las CCAA.

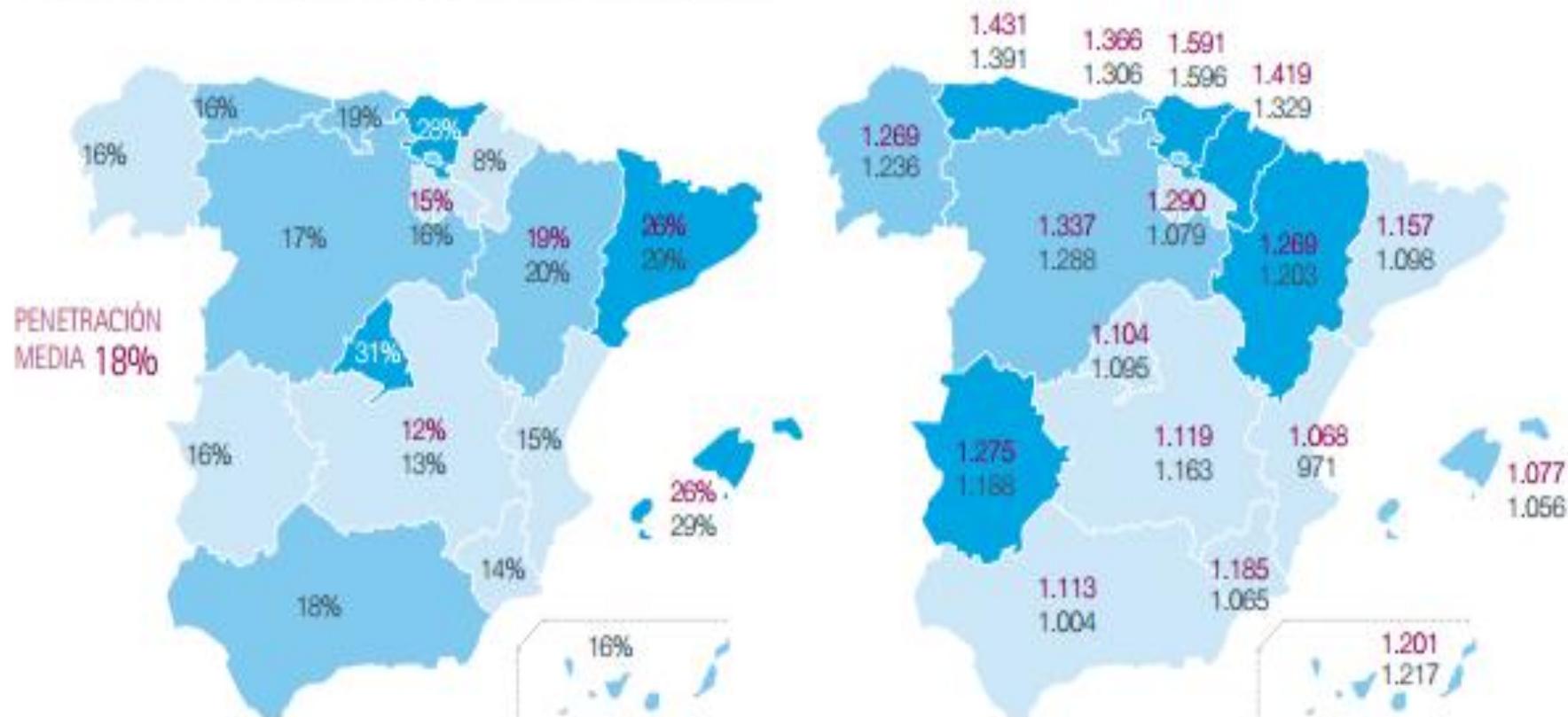
Percepción de evolución de listas de espera en 2014 (Pérez Duran, 2016)

Table 2 *Waiting list performance by social class*

Type of insurance	Year	Upper class/upper middle-class	New middle class	Traditional middle class	Working class—skilled workers	Working class—unskilled workers	Total
Has improved	2009	18.9	19.1	21.4	21.8	21.2	20.6
	2014	7.6	7.3	9.1	7.8	7.9	7.8
Has become worse	2009	15.3	14.1	10.7	12.5	13.3	13.1
	2014	43.7	41.5	36.1	38.2	32.8	38.9
Has remained the same	2009	49.3	54.3	49.6	50.9	50.2	51.0
	2014	31.7	35.4	38.3	41.1	43.2	38.0

Source: Sociological Research Centre (CIS)

Las CCAA que disminuyen el gasto público, presentan un incremento de la penetración de la sanidad privada.



XXX DATOS AÑO 2012

XXX DATOS AÑO 2013

Nota: en el caso de aquellas CCAA que solo muestran un dato, este es coincidente en ambos años.

Presupuesto per cápita: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, presupuestos de las comunidades autónomas 2013 e INE, Padrón municipal 2013

Fuente: Penetración del seguro privado: ICEA, El seguro de salud: Estadística año 2013, Informe nº 1.323, marzo 2014.

Otras reformas en el ámbito sanitario

- Reintroducción del concepto de “asegurado” (RD16/2012) (pese a que desde 1999 el 100% de la financiación del sistema procede de los presupuestos generales del Estado), amenaza la filosofía del modelo del SNS.
- Ley General de Salud Pública (33/2011) pretendía cerrar intersticios por los que determinados colectivos quedaban excluidos del SNS, alcanzando la universalidad efectiva. RD16/2012 supone un retroceso en la universalidad de la cobertura (inmigrantes indocumentados, desempleados que abandonen el país, etc.).
- Se abre la puerta a una redefinición futura de la cartera de servicios (mediante la definición de una cartera básica que debería ser complementada con aseguramiento privado).
- Incremento de copagos (particularmente en farmacia): efectos sobre la igualdad y la equidad del SNS.
- Problemas con creciente presencia de actores privados en la provisión de servicios sanitarios (captura del regulador, puertas giratorias, confusión intereses públicos y privados, etc.) (ej.: Cataluña, Madrid, Valencia).

Retos para la política sanitaria futura

- Lógicamente, cambios sociodemográficos (envejecimiento, inmigración, etc.) y de perfiles de la demanda sanitaria (cronicidad, co-morbilidad, etc.).
- Garantizar igualdad (acceso).
- Avanzar hacia la equidad (lucha contra desigualdades en salud y atención a necesidades diferenciadas).
- Abordar escalada gasto sanitario a través de intervención simultánea sobre la demanda (integración socio-sanitaria, etc.) y la oferta sanitaria (control número profesionales, etc.).
- Tomar en consideración efectos regresivos del creciente papel de la financiación privada (copagos, dualización del sistema, etc.).
- Redefinición profesiones sanitarias (infra- y supra-especialización médicas, enfermería especializada, etc.).
- Resistir las “sirenas” tecnológicas no coste-efectivas.
- Aprovechar ventajas derivadas de tecnologías de la información (coordinación, formación, monitorización enfermos crónicos, etc.).

Sostenibilidad política y social (además de económica)

- Importancia de mantenimiento de un consenso (entre partidos) acerca de aspectos básicos del modelo sanitario.
- Discurso de individualización ante riesgos sociales y de ineficiencia de mecanismos colectivos tiene implicaciones sociopolíticas (actitudes hacia impuestos y hacia intervención del Estado en el ámbito del bienestar).
- Legitimidad social (ciudadana) como factor clave para la sostenibilidad futura del SNS.
- Estigmatización de lo público supone un creciente recurso a la provisión de servicios y aseguramiento privado.
- Desarrollo equilibrios de “gobernanza multinivel” que prevengan estrategias de “evitación de la culpa”.
- Prestar atención a la evolución de la desigualdad social y económica y su impacto sobre segmentos más desfavorecidos de la población (particularmente visible en el plano de la salud: salud mental, enfermedades crónicas, obesidad, etc.).

Francisco Javier Moreno Fuentes
Instituto de Políticas y Bienes Públicos
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
javier.moreno@cchs.csic.es



INSTITUTO DE POLÍTICAS Y BIENES PÚBLICOS

