“El impacto de la crisis en Sanidad y atención a la Dependencia”

Curso de Verano Universidad de Zaragoza

“Los retos del estado del bienestar ante las nuevas desigualdades”

Jaca, 20 y 21 de Julio 2017

Francisco Javier Moreno Fuentes
Instituto de Políticas y Bienes Públicos (CSIC)
javier.moreno@cchs.csic.es

INSTITUTO DE POLÍTICAS Y BIENES PÚBLICOS

Esquema de la presentación

- Crisis como fenómeno disruptor del funcionamiento de la sanidad y de atención a la dependencia.
- SNS:
  - Creación (1986) y problemas estructurales del SNS.
  - Impacto de las medidas adoptadas durante la crisis.
  - Retos y sostenibilidad futura del SNS.
- Dependencia:
  - Ley de Dependencia (2006).
  - Impacto de las medidas adoptadas durante la crisis.
  - Retos y sostenibilidad futura de la atención a la dependencia.

“Nuevos” vs. “Viejos” Riesgos Sociales

- “Viejos” Riesgos Sociales asociados a eventos clave del ciclo vital (**enfermedad**, vejez, discapacidad) y objetivos socialmente compartidos de justicia (educación, reducción de exclusión social).
- Sociedades post-industriales experimentan “Nuevos” Riesgos Sociales asociados a:
  - **Transformaciones socio-demográficas**:
    - Envejecimiento.
    - Cambios en las relaciones de género.
    - Transformaciones en las estructuras familiares.
  - Transformaciones en el mercado de trabajo:
    - Desempleo, sub-empleo y/o precariedad.
    - Trabajadores pobres.
  - Crecimiento de las desigualdades socio-económicas:
    - Incremento de la pobreza y la exclusión social.
  - Cuestionamiento de la sostenibilidad social, económica y política del Estado de bienestar.

Sistema Nacional de Salud (SNS)

- SNS establecido por la LGS 1986 a partir de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y amalgamando componentes de otras administraciones locales (beneficencia).
- Funcionó razonablemente bien. Reconocido internacionalmente como uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo (muy buena relación coste-efectividad), acumuló un elevado nivel de satisfacción ciudadana.
- Descentralización comenzó incluso antes de su institucionalización, marcando profundamente su carácter y funcionamiento.

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

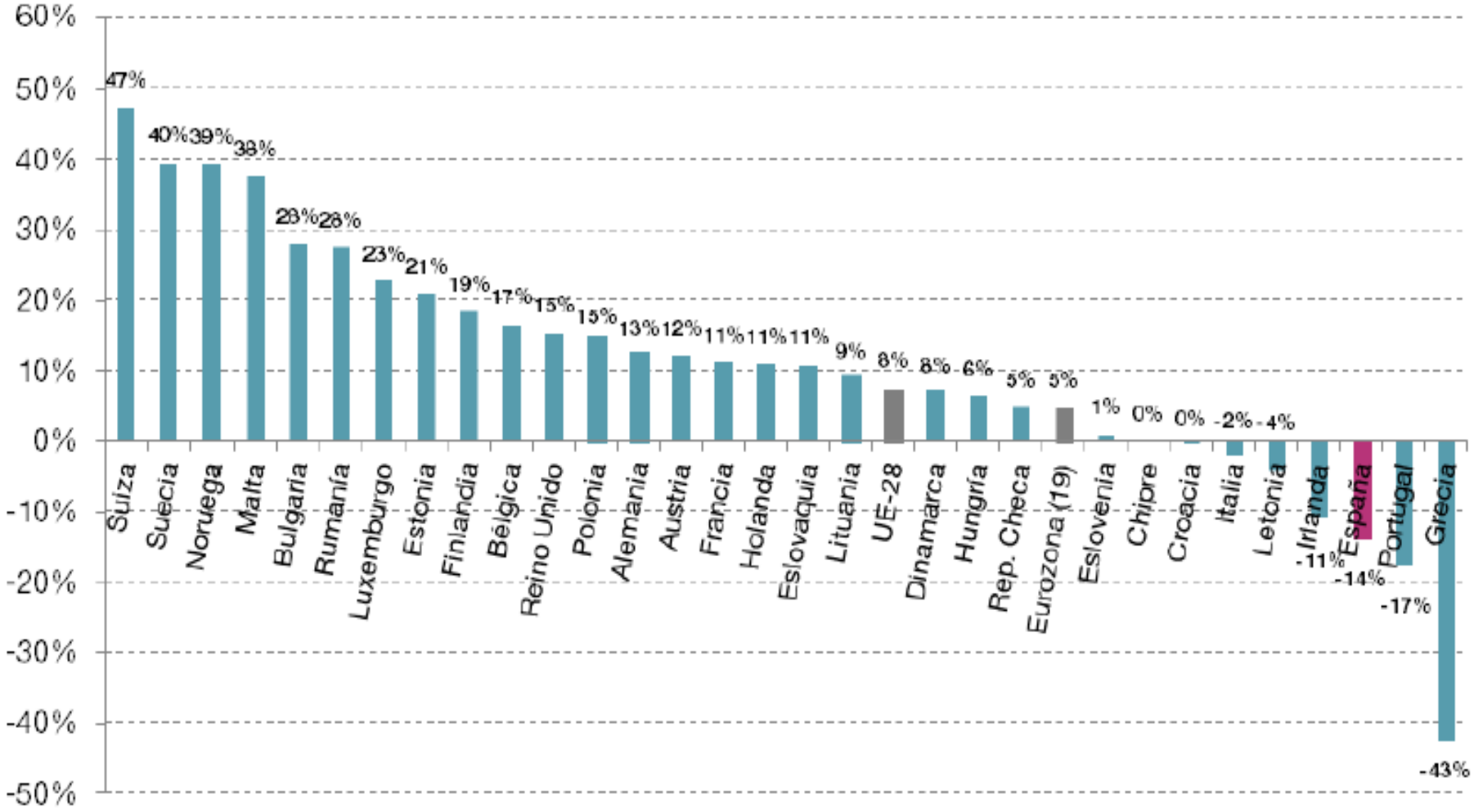
Institucionalización incompleta del SNS

- Muestra fisuras y problemas estructurales de diseño (en particular en la gestión de la gobernanza multinivel) previos a la crisis, derivados de su desarrollo a partir de la “dependencia de la senda”.
- En conjunto, falta de concreción institucional del propio SNS (institucionalmente, prácticamente no existe y se confunde con el Ministerio de Sanidad).
- Ley de Cohesión y Calidad del SNS 2003 trataba de mejorar la coordinación y cooperación entre Sistemas Regionales de Salud (SRS), introduciendo mecanismos y pautas de funcionamiento más propios de un estado federal.
- Escasamente aplicada por falta de visión/voluntad política de dirección precisa en la que avanzar.
- La crisis como “analizador” de esos problemas.
- Precisa de una redefinición, clarificación y actualización de sus estructuras para recuperarse plenamente de las consecuencias de la crisis (que no ha sido solo económica).

Impacto de la “consolidación fiscal”

- Tras treinta años de aumentos constantes, el gasto sanitario público anual disminuyó un 14% entre 2009-2014 (unos 9.000 m€ anuales).
- 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 del recorte en el gasto sanitario público). En términos generales, necesario (dado el creciente volumen de recursos absorbidos y la ineficiencias existentes en este ámbito).
- Tecnología y mantenimiento seriamente afectados (24% del total recorte gasto sanitario público).

Variación Gasto Sanitario Público 2009-2013



Fuente: Eurostat

Gasto sanitario público per cápita por CCAA

	2010
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

	2014
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

Evolución gasto sanitario 2009-15 y previsiones del 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

- Gasto sanitario público se recuperó ligeramente en 2015 (3.500 M€), pero el Programa de Estabilidad ante la UE (2016-2019) prevé que crezca menos que la economía durante los próximos años.
- Para ello, gasto público sanitario debería seguir bajando como proporción del PIB, hasta representar el 5,74% en 2019.
- Problema de la deuda sanitaria acumulada por las CCAA, como consecuencia de la insuficiente financiación del sistema.

Universalización cuestionada

- Incompleta transformación del SNS en sistema universalista financiado a través de impuestos y desconectado del sistema de aseguramiento social (ejemplo claro de "*path dependency*").
- Ley General de Salud Pública (33/2011) pretendía cerrar intersticios por los que determinados colectivos quedaban excluidos del SNS, alcanzando la universalidad efectiva.
- Reintroducción del concepto de "asegurado" RD16/2012 (pese a que 100% de la financiación procede de presupuestos generales del Estado desde 1999), amenaza la filosofía del modelo del SNS.
- Retroceso en la universalidad de la cobertura (inmigrantes indocumentados, desempleados que abandonen el país, "rentistas", etc.).
- Se abre la puerta a una redefinición futura de la cartera de servicios (mediante definición de cartera básica que deba ser complementada con aseguramiento privado).
- Incremento de copagos (particularmente en farmacia): efectos sobre la igualdad y la equidad del SNS.

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

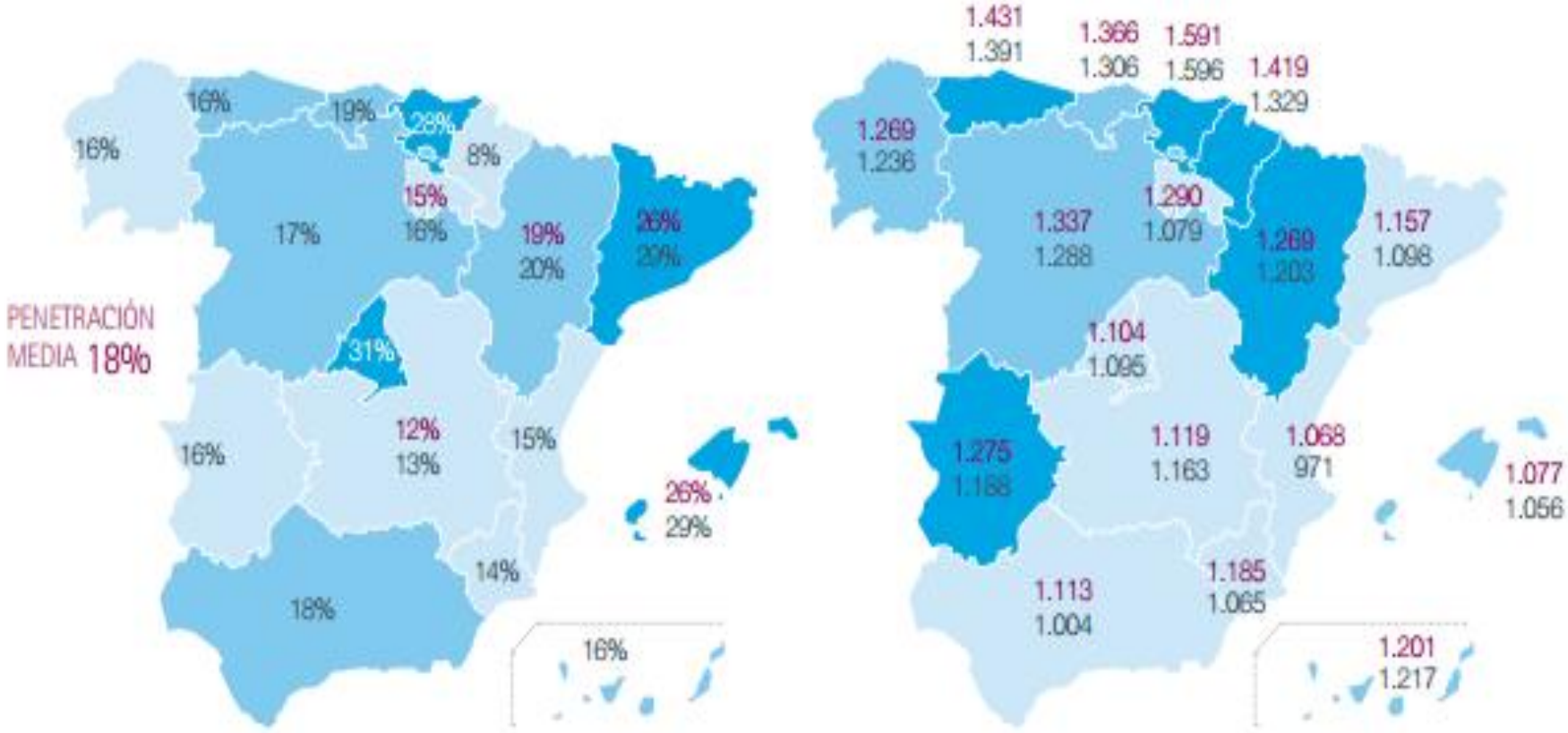
Type of insurance	Year	Upper class/upper middle-class	New middle class	Traditional middle class	Working class—skilled workers	Working class—unskilled workers	Total
Has improved	2009	18.9	19.1	21.4	21.8	21.2	20.6
	2014	7.6	7.3	9.1	7.8	7.9	7.8
Has become worse	2009	15.3	14.1	10.7	12.5	13.3	13.1
	2014	43.7	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)

Tensionamiento estructural del SNS

- Incremento del aseguramiento sanitario privado entre grupos más acomodados (de 8,8 M en 2010, a 9,2 M en 2014), más visible en CCAA que han recortado más.
- Precarización laboral del personal sanitario:
  - Reducción de efectivos (superior al 10%).
  - Incremento de carga de trabajo (cierre de plantas y servicios).
  - Congelación de retribuciones (emigración).
  - Sentencias del Tribunal de Justicia de la UE octubre 2016 pusieron el foco en precariedad contractual de profesionales sanitarios (30% de temporalidad en 2015, con grandes variaciones entre CCAA).
- Potenciales problemas derivados de creciente presencia de actores privados en la provisión de servicios sanitarios (captura del regulador, puertas giratorias, etc.) (ej.: Cataluña, Madrid, Valencia).

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

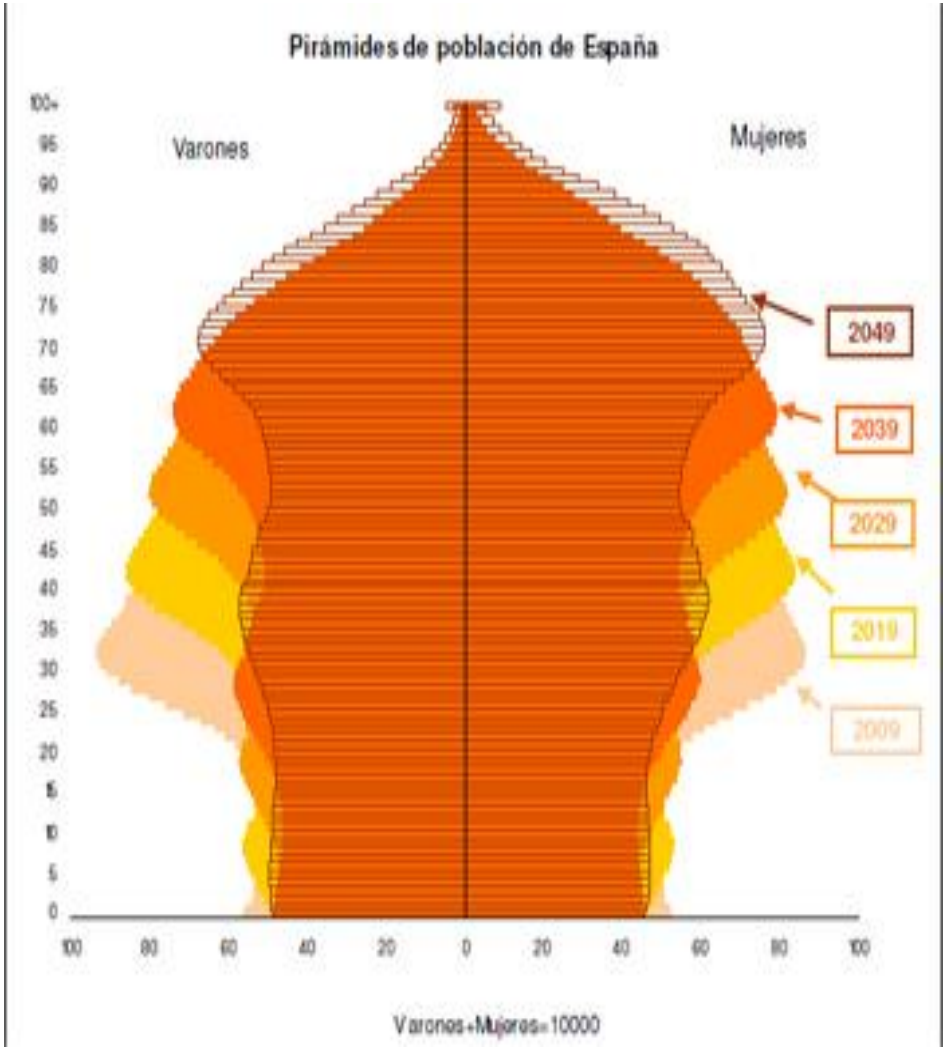
Fuente: Penetración del seguro privado: ICEA, El seguro de salud: Estadística año 2013, Informe nº 1.323, marzo 2014.

Retos para la política sanitaria futura

- Lógicamente, cambios socio-demográficos (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 (medicina basada en la evidencia).
- Aprovechar ventajas derivadas de tecnologías de la información (coordinación, formación, monitorización enfermos crónicos, etc.).

Evolución socio-demográfica y CLD

- Envejecimiento poblacional:
  - Incremento de la esperanza de vida (bueno).
  - Bajas tasas de natalidad (no tan bueno).
- Incremento de las necesidades de Cuidados de Larga Duración (CLD) (además de incrementar el coste de las pensiones y de la sanidad).



Ratios de dependencia 2000-2050

	+ 65/ 20-64		+ 80/+ 65	
	2000	**2050**	**2000**	**2050**
Alemania	26.6	53.2	21.1	37.5
Austria	25.2	58.2	22.7	42.7
Bélgica	28.1	49.5	21.5	39.7
Dinamarca	24.2	40.3	26.8	37.4
España	**27.1**	**65.7**	**21.8**	**33.2**
Finlandia	25.9	50.6	22.0	35.2
Francia	27.2	50.8	22.2	37.5
Países Bajos	21.9	44.9	23.3	37.3
Italia	28.8	66.8	21.0	37.1
Irlanda	19.7	45.7	23.1	27.1
Portugal	26.7	50.9	19.1	30.7
Reino Unido	26.6	45.3	25.0	37.3
Suecia	29.4	46.3	28.0	35.7
OECD media	**23.8**	**49.9**	**22.4**	**35.1**

Envejecimento y CLD

- Importantes implicaciones del envejecimiento en sociedades post-industriales:
  - Económicas (pautas de consumo, stock inmobiliario, etc.).
  - Políticas (sociedades mas conservadoras y temerosas).
  - Sociales: dependencia.

- Dependencia: “Estado en el que las personas, por razones relacionadas con la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual, precisan de ayuda y/o asistencia significativa para desarrollar actividades rutinarias de la vida diaria” (Consejo de Europa).

- ¿Cual es el papel de... en la financiación y provisión de CLD?
  - Familia.
  - Estado.
  - Mercado.
  - Sociedad civil.
  - Mujeres y hombres.

Programas incluidos en CLD

- Cuidados institucionales:
  - Hospitales de larga duración.
  - Residencias geriátricas.
  - Apartamentos tutelados.
- Cuidados en la comunidad:
  - Centros de día.
  - Tele-asistencia.
  - Cuidadores personales (limpieza, aseo personal, acompañamiento).
  - Comida a domicilio.

- Políticas de atención a la dependencia reproducen las características básicas de Regímenes de bienestar:
  - Nivel de cobertura.
  - Servicios vs. transferencias monetarias.
  - Papel de los cuidados informales.
- Persisten importantes diferencias en percepciones de responsabilidad familiar:
  - División norte-sur en sociedades europeas.
  - Obligaciones legales de cuidar:
    - Responsabilidad pública (Escandinavia, Holanda).
    - Ninguna responsabilidad (pública o privada) explícita (Reino Unido, Irlanda).
    - Responsabilidad familiar (Centro-Oeste y Sur de Europa).

Pautas de interacción de mayores con sus familiares

	Noruega	Reino Unido	Alemania	España
Residen en misma casa	7	16	10	**38**
Ven todas semanas	71	80	61	**93**
Se siente próximo	69	80	51	**70**
Reciben ayuda	70	75	81	**75**
Da ayuda	56	54	52	**50**

Percepción de obligación familiar

	Noruega	Reino Unido	Alemania	España
Debe habitar próximo	29	31	40	**57**
Debe depender	58	41	55	**60**
Debe sacrificar	41	47	36	**44**
Índice suma	76	74	68	**83**

Población que recibe CLD (OECD, 2013)

	Residencias	Domicilio	Total
Países bajos	6,4	12,7	19,1
Dinamarca	4,3	12,4	16,7
Suecia	4,9	11,4	16,3
Alemania	3,9	7,8	11,7
Francia	4,3	6,9	11,2
España	**1,7**	**5,5**	**7,2**
Italia		4,1	4,1
Eslovenia	5,0	1,7	6,7

Características tradicionales del sistema de CLD en España

-CLD de carácter residual, centrados casi exclusivamente en la familia (mujeres).

- Algunos programas de transferencia de rentas de carácter contributivo (Seguridad Social), para trabajadores y sus familiares en situación de dependencia.

- Municipios y CCAA responsables de los programas de CLD existentes, vinculados a Servicios Sociales.

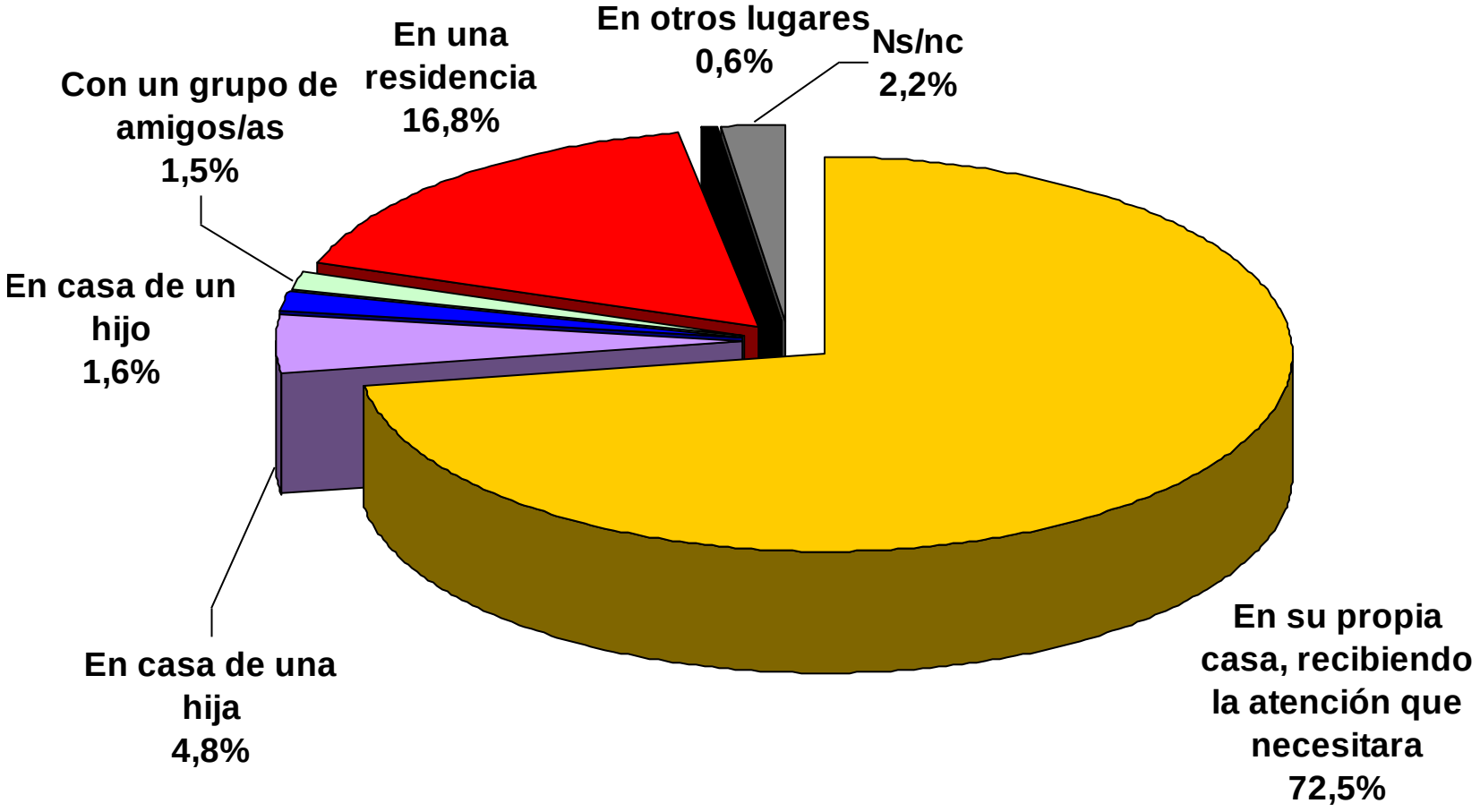
- Debilidad de estos Servicios Sociales con programas focalizados, basados en comprobación de rentas y dirigidos a los colectivos más vulnerables (pese a discursos que plantean su carácter universal)

-Extrema heterogeneidad en cobertura y naturaleza de servicios proporcionados.

- Falta de profesionalización en la provisión de cuidado.

- Rol significativo de iniciativa privada (con frecuencia sin ánimo de lucro), focalizada en atención residencial.

Preferéncias residenciales en caso de precisar CLD



Fuente: CIS

Coste de oportunidad de cuidados familiares

ACTIVIDADES O RELACIONES QUE HA TENIDO QUE REDUCIR SUSTANCIALMENTE O SUPRIMIR EL CUIDADOR PRINCIPAL QUE VIVE EN EL HOGAR DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
1. Ninguna porque éste es su trabajo	1,1
2. Su trabajo remunerado o estudios	17,0
3. Su trabajo doméstico	28,3
4. Su vida familiar	26,6
5. Sus actividades de ocio y relaciones sociales	53,0
6. Otras actividades habituales	27,7
7. Ninguna en especial	35,0

Fuente: Elaboración, en base a INE, EDDES 1999, de Gregorio Rodríguez Cabrero, "La población dependiente española y sus cuidadores", en Demetrio Casado, dir., *Respuestas a la dependencia*, CCS, Madrid, p. 67.

Transformación en las estructuras familiares

- Familia en transición:
  - Incremento de divorcios y cohabitación.
  - Aumento de nacimientos fuera del matrimonio.
  - Evolución de las expectativas respecto a la familia.
- Rápida evolución hacia economías post-industriales (desde finales de los 1990s):
  - Desarrollo del sector servicios.
  - Lento pero constante cambio en los roles de género.
- Incremento de la participación laboral femenina:
  - Conciliación de esferas familiar y profesional.
  - Reparto de tareas domésticas (pese a persistencia de la “doble jornada” femenina).
  - Efectos sobre la tasa de fecundidad.
  - Desarrollo de mercado informal de cuidados empleando mano de obra inmigrante (con frecuencia indocumentada y en la economía sumergida).

Participación femenina en mercado de trabajo, edades 20-64 (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
UE-28	65,5	66,2	66,9	67,1	67,6	68,1	68,4	68,7	69,5	69,9
Dinamarca	77,8	77,6	78,2	77,7	78,0	78,2	77,6	77,8	77,7	77,8
Alemania	68,8	70,7	72,3	73,0	73,4	74,1	74,4	75,3	75,4	76,1
Irlanda	62,6	64,8	65,8	67,1	67,0	66,9	66,4	66,3	66,3	67,2
Grecia	58,1	58,4	59,2	59,0	59,2	60,6	61,6	61,7	62,6	62,8
España	**60,2**	**61,5**	**63,9**	**65,2**	**67,0**	**68,9**	**70,1**	**71,3**	**72,4**	**72,9**
Francia	70,0	70,4	70,3	70,6	70,8	71,3	71,4	71,4	72,0	72,3
Italia	53,4	53,6	54,1	54,0	55,1	54,6	54,6	55,0	57,0	57,2
Países Bajos	69,9	70,9	71,8	73,0	74,2	75,0	73,8	74,3	75,4	75,8
Portugal	71,3	72,5	73,0	73,5	73,7	73,8	74,8	74,5	74,8	74,8
Finlandia	76,8	76,7	77,2	77,5	77,7	77,5	76,6	76,7	77,2	77,1
Suecia	80,0	80,8	80,7	81,4	81,5	81,2	81,0	82,0	82,3	82,9
Reino Unido	70,6	71,0	71,5	71,4	71,9	72,1	72,2	72,5	73,1	74,0
Noruega	77,5	77,3	77,9	79,1	80,1	79,6	79,0	79,2	79,1	79,4

Ley de Dependencia 2006

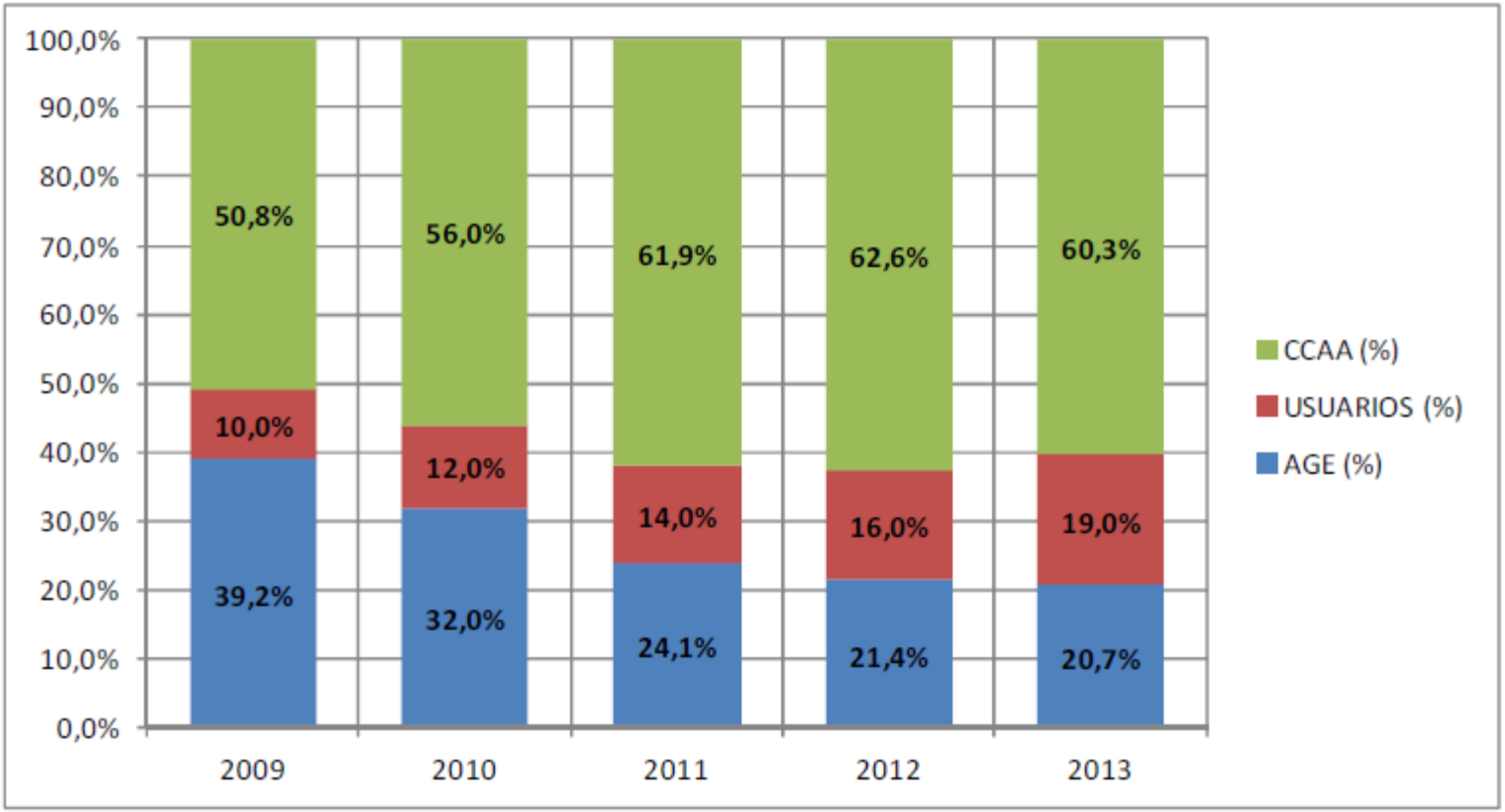
- Ley 39/2006 sobre “Promoción de Autonomía Personal y cuidados a personas dependientes” entró en vigor en enero de 2007. Instituyó el SAAD (Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia), sistema universal de cobertura pública de cuidados de larga duración.
- Consenso político básico para responder a una creciente movilización de organizaciones de la sociedad civil.
- Principales objetivos:
  - Extensión de la cobertura pública del cuidado.
  - Ampliación de la red pública de servicios sociales.
  - Creación de empleo en servicios sociales personales.
  - Mejorar la gobernanza (Estado, CCAA y municipios).
  - Promover la cooperación entre servicios sociales y sanitarios.

- Afectada por recursos financieros limitados, tensiones entre niveles de gobierno, y por implementación territorial extremamente desigual desde sus inicios.
- Amplia cobertura “garantizada”, pero con un grado relativamente bajo de protección.
- Responsabilidad de financiación distribuida entre los diferentes niveles de gobierno y beneficiarios (individuos y familias).
- Gestión del SAAD descentralizada y prestación de servicios mixta (creciente competencia entre los sectores comercial y sin ánimo de lucro).
- Teóricamente debía proporcionar una combinación de servicios y transferencias monetarias: Inicialmente las transferencias adquirieron mayor importancia (más barato y fácil de gestionar), aunque los servicios han ido ganando peso.
- Inicialmente asumió el coste de las cotizaciones sociales de los cuidadores.

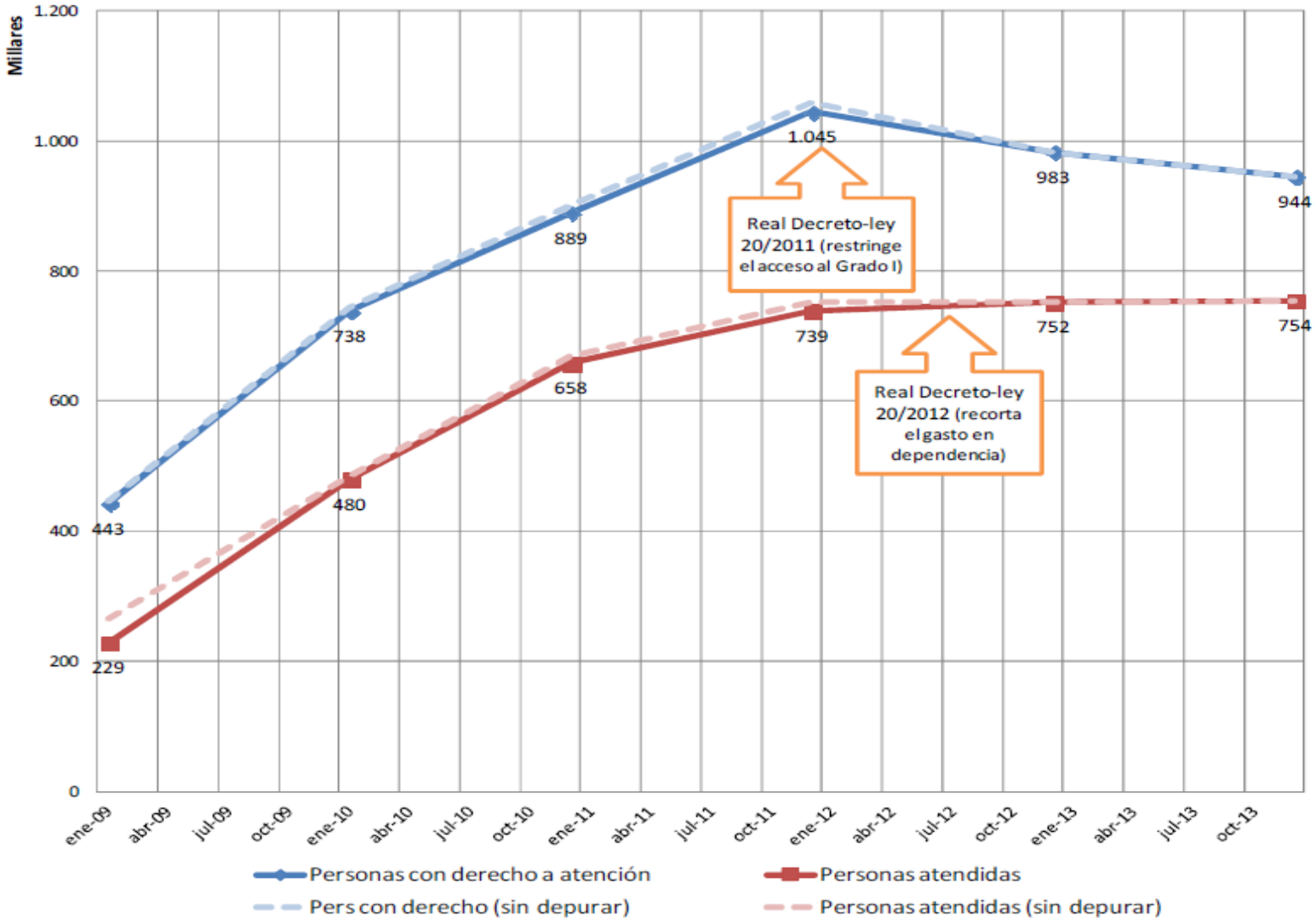
Reformas en SAAD tras la crisis

- En julio de 2012 se introdujeron recortes significativos en la implementación de la Ley de Dependencia:
  - Reducción de la contribución financiera del gobierno central en más del 20%.
  - Atraso en el calendario de despliegue del SAAD (inicialmente previsto para 2015).
  - Reducción de las transferencias monetarias para cuidados en el seno de las familias (15%).
  - Cancelación del pago de las cotizaciones sociales de los cuidadores familiares.
  - Incremento de los co-pagos.
  - Papel creciente para el sector privado en la prestación de servicios.
  - Revisión de las evaluaciones de grado de dependencia grave (Grado III), con objeto de reducir el coste de la atención (transferencia monetaria se reduce de 387 a 268 € mes).

Evolución de financiación del SAAD



Evolución de personas con derecho a atención y personas atendidas desde enero de 2009 (estadística oficial SISAAD corregida) unidad: miles de personas



Sostenibilidad (política y social además de económica) del SNS y del SAAD

- Importancia de mantenimiento de un consenso (entre partidos) acerca de aspectos básicos del modelo socio-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 Estado de Bienestar.
- 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.).

Durante la crisis los recortes presupuestarios se concentraron en los programas de carácter universal y no contributivo (SNS y SAAD, junto a educación).

Los programas contributivos absorben buena parte de los recursos dedicados a gasto social pese a que:

- No proporcionan un nivel adecuado de protección a los grupos más desfavorecidos ni a los más expuestos por tendencias de creciente dualización y precarización.
- Tienen escaso carácter redistributivo.
- Refuerzan percepción de que la protección social está vinculada a contribuciones previas (y no a derechos sociales de ciudadanía).

Recortes del Estado de Bienestar tienen claros ganadores y perdedores:

- Recalibración necesaria para avanzar hacia un modelo de “inversión social”, con mayor atención en infancia, juventud, educación y activación laboral.
- Reorientación hacia los NRS.

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