



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

# El Sistema Sanitario Español

## Cambios inducidos por la crisis de 2008

Autor

Arturo Mancebo Nieto

Directoras

Dña. Isabel Artero Escartín

Dña. Nuria Domeque Claver

Facultad de Empresa y Gestión Pública / Universidad de Zaragoza

Curso 2013/2014

16/09/2014

**FACULTAD DE EMPRESA Y GESTIÓN PÚBLICA**

**ANEXO III**

**AUTORIZACIÓN:**

**D<sup>a</sup> Isabel Artero Escartín y D<sup>a</sup> Nuria Domeque Claver**, tutoras de **D. Arturo Mancebo Nieto** autorizan la presentación del Trabajo Fin de Grado titulado **“El Sistema Sanitario Español, cambios inducidos por la crisis de 2008”**

**Huesca, a 2 de octubre de 2014**



**Fdo.: Isabel Artero Escartín y Nuria Domeque Claver**  
**Directoras del Trabajo Fin de Grado**

**Huesca, a 2 de octubre de 2014**



**Fdo.: Arturo Mancebo Nieto**

## ÍNDICE

1.	Introducción y justificación .....	7
2.	Evolución del sistema sanitario español .....	9
3.	Transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas .....	15
3.1.	Ley de transferencias de Aragón .....	21
4.	El sistema sanitario actual .....	24
4.1	Organización del Sistema Nacional de Salud .....	28
4.2	Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) .....	29
4.2.1	<i>Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud:</i> ..	30
4.2.2.	<i>Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud:</i> .....	30
4.2.3	<i>Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud:</i> .....	30
4.2.4	<i>Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas:</i> .....	31
4.3	Equipamiento, personal y actividad del Sistema Nacional de Salud .....	31
4.3.1.	<i>Centros de salud</i> .....	31
4.3.2.	<i>Hospitales</i> .....	31
4.4	Personal Sanitario en la Sanidad Pública .....	32
4.4.1.	<i>Personal en centros de salud</i> .....	32
4.4.2	<i>Personal en hospitales</i> .....	32
4.5.	Actividades en Centros de Salud .....	33
4.6	Actividad en hospitales .....	33
5.	Evaluación del gasto sanitario y su relación con la crisis económica del 2008 .....	34
5.1.	El gasto sanitario .....	36
5.1.1.	<i>Evolución del gasto sanitario público a nivel nacional</i> .....	36
5.1.2.	<i>Clasificación económica del gasto sanitario público</i> .....	39
5.1.3.	<i>Clasificación sectorial del gasto sanitario público</i> .....	40
5.2	Gasto sanitario desagregado .....	43

5.2.1. Gasto sanitario en personal .....	43
5.2.2. Gasto en docencia MIR.....	44
5.2.3. Gasto en servicios hospitalarios y especializados .....	45
5.2.4 Gasto en farmacia .....	45
6. Demografía y sanidad.....	46
7. Medidas de reducción del gasto sanitario .....	49
7.1 Restricciones de gasto.....	49
7.1.1 Ruptura de la universalidad en la atención sanitaria.....	50
7.1.2 Reforma farmacéutica.....	52
7.1.4. Reducción de las inversiones .....	54
7.1.5. Medidas en relación con la gestión y la eficiencia .....	54
7.1.6. Medidas en relación con los recursos humanos.....	55
7.1.7. Recursos en relación con la atención primaria.....	56
7.1.8. Recursos en relación con la atención hospitalaria .....	56
7.1.9. Colaboración público-privada .....	56
8. Conclusiones y opinión personal.....	58
9. Bibliografía .....	64

## **El Sistema Sanitario Español** *Cambios inducidos por la crisis de 2008*

- Elaborado por Arturo Mancebo Nieto
- Dirigido por D<sup>a</sup> Isabel Artero Escartín y D<sup>a</sup> Nuria Domeque Claver.
- Depositado para su defensa el XX de Septiembre de 2014.

### **Resumen**

Este trabajo da un repaso por la evolución del sistema sanitario español así como por la composición actual del Sistema Nacional de Salud centrándose tras esto en cómo ha afectado la crisis económica de 2008. Se analiza la composición del gasto público tanto en su clasificación económica como en la sectorial, así como su análisis desagregado. También se tiene en cuenta la influencia de la evolución demográfica de nuestro país en relación con el aumento del gasto sanitario. Por último a lo largo del trabajo hemos analizado diferentes medidas adoptadas por algunas Administraciones o por el Gobierno central para reducir el gasto.

### **Palabras clave**

Sanidad, Provisión pública, Crisis económica



## 1. Introducción y justificación

La elección del tema desarrollado en este trabajo viene motivada por su vinculación con los conceptos y materias impartidos en el Grado de Gestión y Administración Pública de la Universidad de Zaragoza así como también por la creciente controversia que se está generando alrededor del sistema sanitario español en la actualidad.

Desde que empezara la crisis en 2008, todos los ámbitos de la administración pública se han visto afectados, incluido por supuesto el sistema sanitario español. Mi objetivo es aplicar tanto los métodos analíticos económicos como los métodos de gestión aprendidos en mi titulación a la situación actual del sistema sanitario español, haciendo un resumen de la evolución del sistema sanitario y de las reformas tomadas estos últimos años.

El objetivo principal de la política sanitaria es la protección de la salud pero no es este el único, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se consideran objetivos comunes a los distintos Sistemas Sanitarios:

- Equidad: los ciudadanos deben tener acceso a un mínimo de atención sanitaria siempre basado en la necesidad de cuidados y no en la capacidad económica del paciente.
- Eficiencia microeconómica: la calidad de los cuidados y la satisfacción de los pacientes debe ser maximizada al mínimo coste.
- Control macroeconómico del coste: los sistemas sanitarios deben consumir una parte “apropiada” del Producto Interior Bruto (PIB).

En nuestro país la importancia de este tema viene determinada en el artículo 43 del título III de la Constitución Española que recoge en su apartado 1 que, “*Se reconoce el derecho a la protección de la salud*” y en su apartado 2 que, “*Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*” Así pues, los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se regulan por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Aparte de ello, la sanidad pública está considerada como uno de los pilares del Estado del Bienestar y la existencia de un Sistema Nacional de Salud constituye el eje fundamental del sector de los Servicios de Salud.

Son diversos los motivos que hacen necesaria la intervención pública sobre la sanidad. Destacaremos desde el punto de vista económico los más importantes: la existencia de externalidades positivas (beneficio para la sociedad es mayor al que recibe el individuo); razones de equidad, ya que todas las personas, independientemente de su condición económica, social, y de su situación geográfica deberían disfrutar del mismo nivel de protección sanitaria; hay que tener en cuenta también la naturaleza de este bien como bien preferente; así como los problemas de información imperfecta o asimétrica tanto por el lado de la oferta como por el de la demanda, puesto que es imposible predecir a priori el riesgo exacto de un solo individuo a padecer la enfermedad. Esta situación de información imperfecta arroja como consecuencia una situación de selección adversa, donde el paciente no siempre es el que elige el gasto, sino que es el médico con sus pruebas y recetas.

## **2. Evolución del sistema sanitario español**

Conseguir que el acceso a la sanidad sea un servicio público ha sido el reto de la administración de cada época.

El primer intento de poner al día las técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la sociedad lo constituyó el proyecto del Código Sanitario de 1822, el cual intentó sin éxito definir los medios técnicos necesarios para desarrollar este servicio. No es hasta la aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 1855 en la que se establece la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de Gobernación, cuando se consigue una ley que concrete lo entendido en ese momento como los medios técnicos necesarios para desarrollar el servicio de sanidad. Además de ello, esta ley dotó de competencias de salubridad a los ayuntamientos, obligándolos a la contratación de médicos para asistir a los desfavorecidos.

Dicha ley se mantuvo mucho tiempo en vigor, no debido a su efectividad, sino a la imposibilidad de ponerse de acuerdo para elaborar otra. Se tardó 49 años en introducir una modificación. Esta modificación se desarrolló a través del Real Decreto de 12 de enero de 1904 que aprueba la instrucción General de Sanidad, que a pesar de introducir pocas variaciones respecto a la ley de 1855 estableció la base organizacional del servicio de Sanidad. Aparte de ello se transfirieron a los ayuntamientos competencias en salubridad y se les obligó a contratar personal sanitario para la atención a los desfavorecidos.

Durante la Segunda República Española y ante la imposibilidad de aunar todos los órganos y servicios sanitarios bajo un mismo marco se optó por organizar un sistema sanitario que integrase todas estas estructuras dispersas. Se intentó implantar primero en el ámbito de las Administraciones locales, con la Ley de Coordinación Sanitaria del 11 de julio de 1934, y más tarde con un extensísimo número de Comisiones Interministeriales, con el consiguiente problema de coordinar a su vez a los nuevos órganos coordinadores.

La dictadura Franquista en España retrotrajo los avances en materia sanitaria a niveles del siglo anterior, en 1944 se aprueba una ley del mismo perfil que la de 1855, volviendo al centralismo, basado en una Dirección General de Sanidad, como órgano supremo, que

abarcaba la idea de que las responsabilidades públicas en este sector pertenecían a la Administración Pública, ya que era su competencia atender aquellos problemas sanitarios que pudieran afectar a la colectividad considerada como conjunto y además le competía desarrollar una acción de prevención.

Fecha muy importante para entender en qué contexto se desarrolló nuestro sistema sanitario es el año 1942, en el cual mediante Ley de 14 de diciembre se constituye el Seguro Obligatorio de Enfermedad(SOE), bajo el Instituto Nacional de Previsión. Este sistema cubría los riesgos sanitarios a través de una cuota vinculada al trabajo, se desarrolló enormemente debido al proceso de expansión económica de nuestro país desde 1950, especialmente en los sesenta y setenta. El Seguro Obligatorio de Enfermedad posteriormente se reestructuró mediante el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo por el que se aprobó el texto refundido de la Ley de General de la Seguridad Social de 1974, este Decreto homogeneizó el sistema de salud obligatorio para todos los afiliados a la Seguridad Social, vinculando la asistencia sanitaria gratuita a la contribución de cotizaciones por parte de empresas y trabajadores, sobre él se estructuró nuestro actual sistema de Seguridad Social.

Ya en 1977 se crea un Ministerio de Sanidad, con el que se mejoraron algunos de los problemas ya existentes, pero que mantuvo la pluralidad de sistemas sanitarios.

Tras la aprobación de la Constitución Española de 1978 se hace más notable la necesidad de reformular la Ley General de Sanidad, dado que los artículos 43 y 49 establecen el derecho de toda la ciudadanía a la protección a la salud. Además las previsiones del título VIII hace que sea necesaria la introducción de cambios en el plano organizativo, ya que las Comunidades Autónomas (CCAA de ahora en adelante) de todo el Estado han reconocido en sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad.

La incidencia de la instauración de las CCAA en nuestra organización sanitaria es de gran trascendencia. El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución, estableció los principios y criterios que permitieron conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado.

Los artículos 43 y 49 de la Constitución Española, encauzaron el camino para el desarrollo de lo que sería la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (de ahora en adelante LGS).

La principal innovación para dar respuesta a las demandas constitucionales que trajo consigo la LGS de 1986 fue la creación de un Sistema Nacional de Salud (de ahora en adelante SNS). El SNS es concebido como un conjunto de servicios de salud de las CCAA convenientemente coordinados. En su artículo 50, la LGS de 1986 define:

*“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.”*

Por lo tanto, los servicios sanitarios se concentran bajo la responsabilidad de las CCAA que gozarán de los poderes de dirección, en lo básico, y se encontrarán bajo la coordinación del Estado. Se crearán paulatinamente los respectivos Servicios de Salud de las CCAA que adoptarán progresivamente las estructuras para aplicar los procesos de transferencias sanitarias.

Los cambios introducidos por la Ley General de Sanidad de 1986 fueron de vital trascendencia para el sistema sanitario de entonces y para lo que es nuestro sistema sanitario actual. Podemos comprender mejor lo que supusieron los cambios establecidos en el entramado del sistema sanitario Español, prestando especial atención a su estructura. Atendiendo al título III de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad el sistema sanitario español se articula de la siguiente manera. *“Todas estructuras y servicios públicos al servicio de la salud se integrarán en el Sistema Nacional de Salud. Y el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente ley.”*

Las características fundamentales del SNS vienen determinadas en los apartados del artículo 46 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.

*a) La extensión de sus servicios a toda la población.*

*b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.*

*c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.*

*d) La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.*

*e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.*

Por su parte el Capítulo II establece los servicios de salud en las comunidades autónomas.

En el artículo 50.1 y 50.2 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad se establecen los órganos que se constituirán en cada Comunidad Autónoma.

*... No obstante el carácter integrado del Servicio, cada Administración Territorial podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de la misma, al a entrada en vigor de esta ley, aunque, en todo caso, con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.*

Transcurridos 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, la sociedad había cambiado en muchos aspectos; culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Estos cambios plantearon nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, por lo que se desarrolló la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuya exposición de motivos considera nuevos retos “*la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria*”.

Con esta ley se intenta establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el

derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Tal y como extraemos de su exposición de motivos el objetivo principal de esta ley fue *“buscar la colaboración de las Administraciones públicas sanitarias con la finalidad de mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La equidad, la calidad y la participación como objetivos comunes, las actuaciones en los diferentes ámbitos y los instrumentos para llevarlas a cabo constituyen el núcleo básico del Sistema Nacional de Salud y lo que proporciona unos derechos comunes a todos los ciudadanos”*.

Con las transferencias de competencias a las CCAA se descentraliza la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud y con ellos la prestación farmacéutica. Por ese motivo y ya en 2006 se aprueba la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

El objetivo primordial de esta ley según su exposición de motivos se define con el siguiente párrafo: *“El desafío actual es asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado capaz de impulsar el uso racional de los medicamentos y en el que el objetivo central sea que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.”*

En el año 2011 se decide actualizar la LGS de 1986, por ello se aprueba la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública la cual intenta alcanzar las mayores ganancias de salud y para ello requiere que la sociedad se organice de forma que se fomente, proteja y promueva la salud de las personas, tanto en su esfera individual como colectiva, y que ello se haga desde el riguroso conocimiento científico y con la anticipación necesaria.

Para cumplir estos objetivos esta ley determina que *“La organización de la sociedad requiere un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción: 1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, y 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud.”*

Unos meses más tarde, en un periodo en el que la crisis económica causa estragos en nuestro país, el gobierno decide aplicar sus medidas de recortes y restricción de gasto al sector sanitario, para ello se vale de la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Este RD justifica sus medidas alegando que *“la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación.”*

A su vez afirma que *“se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista”*

En todo caso la justificación *per sé* de este real decreto es que sus *medidas “tienen como objetivo fundamental afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, lo que hace necesario que éstas se apliquen con la mayor urgencia posible.”*

Tras repasar brevemente las configuraciones del Sistema Sanitario Español desde 1822 y llegados a este punto es imprescindible ver con más detalle la importancia de las comunidades autónomas en la prestación sanitaria actual. Como ya hemos comentado anteriormente en la última etapa que nos trae hasta la actualidad del sistema sanitario actual, las comunidades autónomas ganaron gran peso e importancia tras el traspaso de competencias. Nos disponemos ahora a explicar más detalladamente este proceso de transferencias.

### **3. Transferencias de competencias a las CCAA**

Las transferencia de competencias a las CCAA fue un proceso largo, que abarcó 20 años, desde la primera transferencia a Cataluña en el año 1981, seguida de Andalucía (1984), País Vasco (1987), Comunidad Valenciana (1987), Galicia (1990), Navarra (1990) y Canarias (1994), a las transferencias a las demás Comunidades Autónomas en el año 2001.

El traspaso de competencias a las comunidades autónomas conllevó que cada una de ellas debía tener su propio Servicio de Salud. La verdadera evolución de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas comienza en 1983 tras la creación del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y finaliza el año 2001 en que se constituye el Servicio Cántabro de Salud. Los Servicios de Salud de País Vasco, Navarra y Madrid son anteriores a la Ley General de Sanidad.

Por su parte y tal y como extraemos de la lectura de León Alfonso S. (2010), el Servicio Andaluz de Salud se constituye casi simultáneamente a la publicación de la Ley, y los restantes lo hacen a continuación (1987 Comunidad Valenciana, 1989 Aragón y Galicia, 1990 Murcia y Cataluña, 1991 La Rioja, 1992 Asturias y Baleares, 1993 Castilla y León y 1994 Canarias). Las transferencias del INSALUD fueron previas al traspaso en tres casos (País Vasco, Navarra y Galicia) ya que este grupo de Comunidades Autónomas tenían inicialmente atribuida esta competencia en sus Estatutos. Se realizó de manera simultánea en dos Comunidades Autónomas (Canarias y Comunidad Valenciana) y lo fue posterior en las otras dos (Andalucía y Cataluña).

De las diez Comunidades del artículo 143, que adquieren simultáneamente en el año 2001 el traspaso de las funciones y servicios del INSALUD, siete Comunidades Autónomas (Aragón, Madrid, Murcia, Asturias, Baleares, Castilla y León y la Rioja) constituyeron sus Servicios de Salud aún antes de la modificación estatutaria que les atribuía competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y sólo tres (Castilla-La Mancha, Cantabria y Extremadura) lo hicieron después. El proceso legislativo de creación de los Servicios de Salud de Cantabria y de Extremadura coincide en el tiempo con el proceso de negociación de los Acuerdos de Traspaso del INSALUD. El caso de Cantabria puede considerarse límite, ya que la Ley 10/2001 que crea el Servicio Cántabro de Salud lleva fecha de 28 de diciembre, mientras que el Real Decreto

1471/2001 que traspasa a la Comunidad aquellas funciones y servicios está fechada el 27 de diciembre.

El instrumento normativo de creación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas ha sido la Ley. Únicamente en Navarra se acudió a un Decreto Foral, el 43/1984, de 16 de mayo, para crear el entonces denominado Servicio Regional de Salud. Entre 1983 y 1993, diez Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco y La Rioja) promulgaron leyes específicamente destinadas a la constitución de sus Servicios de Salud.

En cuanto a la naturaleza jurídica de los servicios de salud éstos adoptan, por lo general, la de un organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica propia y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, adscrito al Departamento de la Administración de la Comunidad Autónoma competente en materia de sanidad. Este es el caso de once Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Navarra y La Rioja).

Otras seis CC.AA. optan por una diferente figura institucional: Asturias, Baleares, Cataluña, Madrid, Murcia y el País Vasco, donde quedan configurados como entes públicos.

**Tabla 1: Transferencias de sanidad a las Comunidades Autónomas.**

<b>Proceso transferencias de asistencia sanitaria gestionada por el INSALUD</b>	
<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Real Decreto</b>
<b>Cataluña</b>	1517/1981, de 8 de julio
<b>Andalucía</b>	400/1984, de 22 febrero
<b>País Vasco</b>	1536/1987, de 6 noviembre
<b>Comunidad Valenciana</b>	1612/1987, de 27 noviembre
<b>Galicia</b>	1679/1990, de 28 diciembre
<b>Navarra</b>	1680/1990, de 28 diciembre
<b>Canarias</b>	446/1994, de 11 de marzo
<b>Asturias</b>	1471/2001, de 27 diciembre
<b>Cantabria</b>	1472/2001, de 27 diciembre
<b>La Rioja</b>	1473/2001, de 27 diciembre
<b>Murcia</b>	1474/2001, de 27 diciembre
<b>Aragón</b>	1475/2001, de 27 diciembre
<b>Castilla La Mancha</b>	1476/2001, de 27 diciembre
<b>Extremadura</b>	1477/2001, de 27 diciembre
<b>Baleares</b>	1478/2001, de 27 diciembre
<b>Madrid</b>	1479/2001, de 27 diciembre
<b>Castilla y León</b>	1480/2001, de 27 diciembre

20 años de proceso de transferencias: 1981-2001

**Objetivos:**  
 Aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano, garantizar la equidad, la calidad y la participación

2003: Aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS

2011: Ley General de Salud Pública

Fuente: Elaboración propia

El objetivo primordial de la descentralización de la sanidad en España era evolucionar en el desarrollo del Estado Autonómico e igualar las competencias entre todas CCAA.

La transferencia de la sanidad a las regiones que conformaban el territorio INSALUD (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja) supuso que a partir de ese momento todas las CCAA gozaran de mayor de igualdad en el acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias. Esta descentralización provocó que la participación de las regiones en el total del gasto público sanitario creciera hasta el 45% frente al 40% que suponía cuando las

competencias eran de la Administración Central y el 15% de los ayuntamientos. Tras las últimas transferencias las comunidades autónomas asumen 140.000 empleados públicos, 83 hospitales y 35.000 camas.

Por supuesto, aunque este hecho sumó en la homogeneización de las Comunidades Autónomas, ni mucho menos supuso la desaparición del total de desigualdades entre estas, ya que existen otras, como el sistema de financiación autonómica (Régimen Común y comunidades de Régimen Foral Concertado Vasco y Convenio Navarro que afectan a las competencias sanitarias autonómicas). García S y Abadía B. (2012).

Administrativamente esta transición se llevó a cabo a través del traspaso de competencias sanitarias a las regiones gestionadas por el INSALUD en las Comisiones Mixtas y con la posterior aprobación en el Consejo de Ministros de los Reales Decretos que permitían a los gobiernos autonómicos gestionar sus servicios de salud desde el 1 de enero del 2002. En el siguiente punto de este trabajo mostraremos el RD por el que se traspasan las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Aragón.

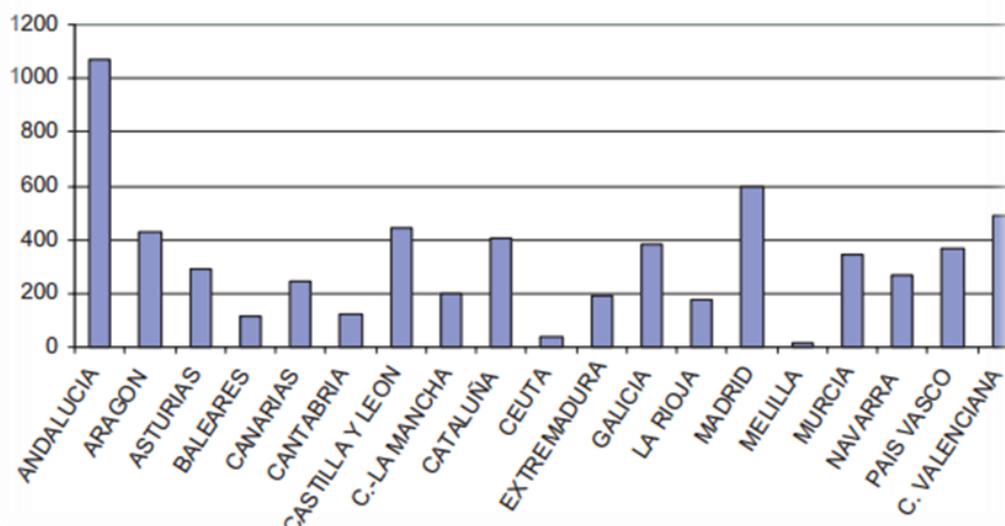
Esta descentralización se llevó a cabo a través de dos reformas fundamentales, una enfocada a los gastos y la otra a los ingresos. Como hemos mencionado antes este traspaso de competencias supuso homogeneización en materia de competencias entre las CCAA pero también, al aprobarse el nuevo sistema de financiación autonómica al mismo tiempo que las transferencias, se integró la financiación de la asistencia sanitaria, con algunas particularidades. La confluencia de las reformas descentralizadoras se establece en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía al vincular la aplicación del nuevo sistema, en su totalidad, a la aceptación de los traspasos sanitarios.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que la financiación de la Sanidad Pública es responsabilidad de Comunidades Autónomas según sus acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de terceros obligados al pago. El modelo general de la financiación introduce la distribución de los recursos destinados a la asistencia sanitaria variables geo-demográficas.

En 2009 al cambiar de nuevo el modelo de financiación autonómica se modifican también las variables y sus pesos para calcular las necesidades de financiación para el gasto sanitario, que ya no se calculan separadamente sino que se incluyen bajo el epígrafe de “Servicios Públicos Fundamentales” (que incluye no sólo sanidad, sino también educación y servicios sociales, y que pondera de la siguiente forma: Población (30%), población protegida equivalente distribuida en 7 grupos de edad (38%), población 0-16 años (20,5%), población mayor de 65 años (8,5%), superficie (1,8%), dispersión (0,6%) e insularidad (0,6%). La corresponsabilidad fiscal del sistema se incrementa mediante la cesión a las CCAA de nuevos impuestos (el IRPF pasó del 33% al 50%, el IVA pasó del 35% al 50% y los Impuestos Especiales como los de hidrocarburos, tabacos y bebidas alcohólicas pasaron de un 40% a un 58%) y la ampliación de la capacidad normativa de los parlamentos regionales sobre los impuestos cedidos previamente.

Este proceso de transferencias supuso la proliferación de producción legislativa autonómica. Los datos, que encontramos en las normas publicadas en los Boletines y Diarios de las CCAA en materia sanitaria, desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre del 2003 denotan un incremento considerable, sobre todo en el año 2002, recién completado el proceso de transferencias se vuelve en 2003 a una producción similar a la de 2001. Por comunidades autónomas se percibe una desigualdad normativa, siendo las que más han reducido en este periodo Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana, y las que menos Baleares, Cantabria y Castilla la Mancha.

**Gráfico 1: Normas totales por CCAA en el periodo comprendido entre 1/1/2001 y 31/12/2003**



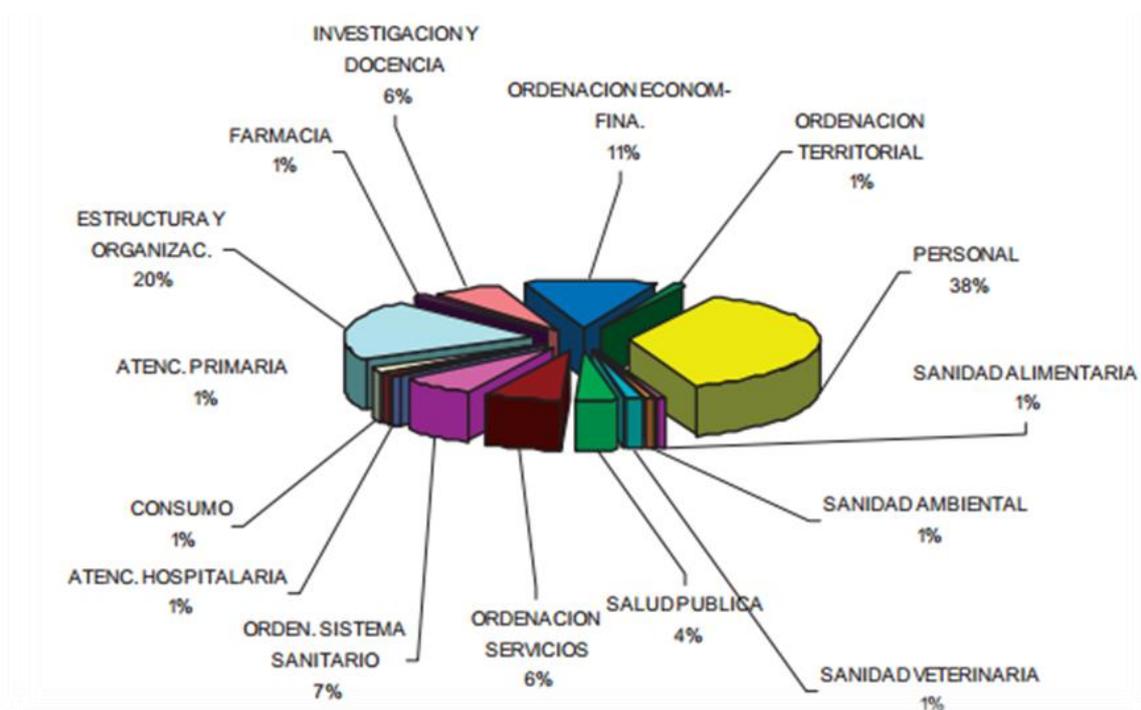
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Si lo analizamos por rango normativo, las Leyes suponen un 5,5%, los Decretos un 13,9%, las Ordenes un 33.5% y otras disposiciones el 47%.

Por contenido es notable la producción de un gran número de normas organizativas, correspondientes a estructura y organización, personal y ordenación económico-financiera. En el área sanitaria, el mayor esfuerzo normativo fue el que recoge la ordenación del sistema y de los servicios sanitarios.

El gráfico 2 nos muestra las disposiciones de las CCAA por materias en el periodo comprendido entre 1/1/2001 hasta 31/12/2003

**Gráfico 2: Disposiciones de las CCAA por materias en el periodo comprendido entre 1/1/2001 hasta 31/12/2003**



Fuente: León Alfonso S.: El gobierno de la sanidad descentralización sanitaria y estructura organizativa. *Centro Estudios Avanzados Ciencias Sociales. Fundación Juan March. Anexo I (2003)*

En el siguiente sub-epígrafe ejemplificaremos una normativa de transferencia con el Real Decreto 1475/ 2001, de 27 de diciembre, sobre el traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, que completó el proceso de asunción de competencias en materia de asistencia sanitaria en Aragón.

### **3.1. Ley de transferencias de Aragón**

La estructuración del sistema sanitario tras la asunción de estas funciones por parte de la Comunidad Autónoma se prevé en la Ley 6/2002 de 15 de abril, de Salud de Aragón, en su artículo 47, establece la regulación general del área de salud.

Para el posterior análisis económico que realizaremos es importante destacar el artículo 29.1 del Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud, que establece la obligatoriedad de los centros y establecimientos públicos a los que se refiere el artículo 3 de la Ley:

#### *Artículo 3 Centros, servicios y establecimientos sanitarios*

*1. El Servicio Aragonés de Salud estará integrado por los siguientes centros, servicios y establecimientos sanitarios:*

*a) Los propios de la Comunidad Autónoma en el momento de promulgación de esta Ley.*

*b) Los transferidos por las Diputaciones Provinciales así como los que se transfieran o adscriban por convenio o por disposición legal por las corporaciones locales de Aragón*

*c) Los transferidos por la Seguridad Social*

*d) Otros que pueda crear o recibir por cualquier título la Comunidad Autónoma.*

*Todos ellos deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control de resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión y establecer una adecuada evaluación de la calidad asistencial con criterios de accesibilidad, equidad y eficiencia.*

Posteriormente a través de la Ley orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, en su artículo 14, se establece “*el derecho de acceso a los servicios públicos y que los poderes públicos garantizarán la existencia de un sistema sanitario.*” Esta ley en su artículo 77, apartado 1, punto 1º, establece que, “*le corresponde a la CCAA la competencia ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de*

*la Seguridad Social* “y, entre las competencias exclusivas que se recogen en el artículo 71, figura en el punto 55<sup>a</sup>, “*Sanidad y salud pública, en especial, la organización, el funcionamiento, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.*”

Como hemos comentado antes el traspaso de competencias sanitarias a las CCAA llevó consigo la dotación presupuestaria de estas y con ello, un nuevo sistema de financiación, en el que las Comunidades Autónomas lucharon para conseguir mayores presupuestos para sus intereses. Aragón impuso una férrea lucha para aumentar su partida presupuestaria consiguiendo al final un aumento de 9000 millones de pesetas más de los que el gobierno quería destinarle, llegando a los 164.668 millones de pesetas. Obtenido del artículo “El ‘sí’ definitivo de Aragón y Cantabria culmina la descentralización sanitaria.” de El País (26 de diciembre 2001).

Si observamos los datos obtenidos de la partida presupuestaria de gastos en salud, consumo y servicios sociales que realiza la comunidad Autónoma en el año 2001 (anterior a la transferencia) podemos ver que arroja una cifra de 38.866 millones de pesetas, lo que en euros equivale a 233,5 millones de euros. Tras la transferencia sanitaria a la Comunidad Autónoma el gasto en sanidad se dispara, alcanzando la misma partida presupuestaria en 2003 una cifra de 1.200 millones de euros.

Para entender la trascendencia económica global de dichas transferencia debemos atender no solo a una CCAA, sino al conjunto de toda ellas. La evolución del gasto sanitario nos muestra la repercusión económica que estas trasferencias han tenido. Como podemos observar en el gráfico 3 de este trabajo el gasto sanitario en relación con el PIB de España crece a un gran ritmo. Si lo dividimos por tramo vemos un aumento muy considerable entre 2003 y 2009, tramo que coincide desde las transferencias de sanidad a las Comunidades Autónomas hasta el comienzo de la crisis.

A través de los datos que podemos obtener en *Global Health Expenditure Database*, (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>) del gasto sanitario español desde 1995. Con estos datos diferenciamos 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%).

Tras los dos primeros epígrafes donde se explica de forma breve la evolución de nuestro sistema sanitario español desde la primera ley de sanidad de 1855 hasta la asunción por todas las comunidades autónomas de los servicios de salud, pasando por la ley de bases de sanidad nacional de 1944, las referencias constitucionales de 1978, o la ley general de sanidad de 1986, entre otras, nos disponemos ahora exponer, como se conforma nuestro sistema sanitario actual.

#### 4. El sistema sanitario actual

Como hemos dicho anteriormente, y para tener una idea más clara de la situación actual, debemos tener en cuenta que nuestra Carta Magna establece en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.

La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recogen en un conjunto de normas con rango de Ley: Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012).

Así pues, debemos diferenciar las competencias estatales en materia de sanidad y las competencias asumidas por las comunidades autónomas. La distribución de competencias en materia sanitaria en España es la de la siguiente tabla:

**Tabla 2. Distribución de competencias entre administraciones públicas.**

Consejo Interterritorial del SNS	Administración del Estado	Bases y coordinación de la sanidad
		Sanidad exterior
		Política del medicamento
		Gestión INGESA
	Comunidades Autónomas	Planificación Sanitaria
		Salud Pública
		Gestión de Servicios de Salud
Corporaciones Locales	Salubridad	
	Colaboración en la gestión de los servicios públicos	

Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978; Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad; y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS.

Hablamos ahora de las competencias del Estado en materias de sanidad, que según extraemos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012*, son competencias del Estado en materia de sanidad:

- Bases y coordinación general de la sanidad.
- Sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.
- Legislación y autorización de medicamentos y productos sanitarios.

Cuando hablamos de las Bases y coordinación de la sanidad nos estamos refiriendo a la elaboración de las normas que establecen las condiciones y requisitos mínimos, con el objetivo de garantizar las mismas condiciones en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Si nos referimos a las actividades de sanidad exterior, hablamos de materias de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colabora con otros países y organismos internacionales.

Respecto a la competencia en legislación y autorización de medicamentos y productos sanitarios, los principios y criterios sustantivos para fomentar el uso racional del medicamento se encuentran en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cuya exposición de motivos dice que lo que se pretende es asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado, de tal manera que se cumpla el objetivo central de que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.

En el caso de las CCAA y al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las CCAA han asumido competencias en materia sanitaria.

En la actualidad cada CCAA cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de

la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

La Administración Central del Estado mantiene, la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Es decir, el objetivo de esta descentralización de los servicios sanitarios se debe a que la asunción de competencias sanitarias por las comunidades autónomas aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza: Equidad, calidad y participación

**Tabla 3. Garantías de la descentralización**

Equidad	Calidad	Participación
<p>Acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y libre de circulación de todos los ciudadanos</p>	<p>De evaluación del beneficio de las actuaciones clínicas incorporando solo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud implicando al sistema sanitario</p>	<p>Ciudadana tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como usuarios del sistema sanitario.</p>

Fuente: Puig-Samper F. (2013) El gasto sanitario en España. *Confederación Sindical de Comisiones Obreras*, 36.

Para llevar a cabo los objetivos de la descentralización sin desigualdades entre comunidades autónomas, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud configura el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los Servicios de Salud entre ellos y con la Administración del Estado.

Actualmente, el CISNS reúne unas características similares a las Conferencias Sectoriales, si bien en este caso -como en el del Consejo de Política Fiscal y Financiera y en el del Consejo General de la Ciencia y la Tecnología- hay una ley estatal que lo regula, en base a la competencia de coordinación sanitaria que ostenta el Estado.

El Sistema Nacional de Salud debe actuar de forma armónica y cohesionada para garantizar el acceso a las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos, la política de sanidad debe estar orientada a la superación de desequilibrios territoriales y sociales.

Hasta el momento, nos hemos referido al Sistema Nacional de Salud, pero se debe aclarar, que esté es el subsistema más importante del sistema sanitario español, pero no el único.

La sanidad española está compuesta por diversos modelos organizativos.

#### **A.- Sistema sanitario público (obligatorio para la mayor parte de la población)**

⇒ El Sistema Nacional de Salud (SNS), es el encargado de gestionar la cobertura sanitaria a cerca del 97% de los ciudadanos (conocido popularmente como la “Seguridad Social”). Se trata de un sistema universalista, financiado mediante impuestos y gratuito en el momento del acceso para todos los ciudadanos, excepto en la prestación farmacéutica y en algunas prestaciones complementarias (asistencia dental y psiquiátrica). Este sistema hasta ahora contaba con producción mayoritariamente pública.

El sistema sanitario público no es homogéneo en su organización y gestión, y se diferencia en varios subsistemas de protección. Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (el antiguo INSALUD) y las Mutualidades.

⇒ Las Mutualidades, constituyen el sistema conocido como “Modelo MUFACE” (mutualidad más importante), y cubre alrededor de 2 millones de personas. Es el método utilizado por colectivos como: funcionarios de la Administración General del Estado (MUFACE); del poder judicial (MUGEJU); y el militar (ISFAS).

#### **B.- El sistema sanitario privado, compuesto por:**

⇒ Compañías de asistencia sanitaria, las más conocidas, por ser las que tienen más afiliados, son ASISA, ADESLAS, DKV o SANITAS. Estas compañías suelen disponer de sus propios centros, además de otros concertados, y tienen su propio cuadro de profesionales independientes y contratados.

⇒ El Seguro de enfermedad, son compañías de reembolso, hasta hace poco tiempo tenía una presencia muy escasa en España, a diferencia de otros países de la OCDE, en el sector privado. Estas compañías están ganando cuota de mercado de forma

muy rápida y dan así facilidades en cuanto a la elección de médico y centro sanitario y la amplia cobertura de ámbito mundial que ofertan.

⇒Centros y profesionales sanitarios en ejercicio libre. En el caso de centros hospitalarios, es frecuente que tengan contratos con el SNS, conocidos por conciertos, para la prestación de servicios concretos, trabajan con financiación pública a los ciudadanos que se les indica. Estos conciertos no deben confundirse con los contratos que establecen las Mutualidades con las Compañías de Seguros sanitarios privadas, establecidos para la organización y gestión de toda la cobertura sanitaria de sus asegurados.

#### **4.1 Organización del Sistema Nacional de Salud**

Al ser pues el Sistema Nacional de Salud el que más parte de la población cubre lo analizaremos más a fondo. El SNS se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada. En la tabla 4 podemos observar las diferencias entre ambas.

- Atención Primaria

En el que sus dispositivos asistenciales principales son los centros de salud, en él se integran, médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo. A esta asistencia cercana al ciudadano se le encomiendan las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

- Atención Especializada

Atención que se presta en centros de especialidades y en hospitales, de manera ambulatoria o de régimen de ingreso, en esta gestión, tras la realización de la asistencia se remite la información al centro de atención primaria, lo que permite que la continuidad de los ciudadanos siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de la residencia y de las circunstancias individuales de autonomía.

**Tabla 4: Diferencias entre atención primaria y atención especializada**

	<b>Atención Primaria</b>	<b>Atención Especializada</b>
<b>Características</b>	Accesibilidad	Complejidad técnica
<b>Actividades</b>	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
<b>Acceso</b>	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
<b>Dispositivo asistencial</b>	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
<b>Régimen de atención</b>	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Puig-Samper F. (2013) El gasto sanitario en España. *Confederación Sindical de Comisiones Obreras*, 36.

#### **4.2 Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS)**

El SNS desarrolla actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras de promoción y mantenimiento de la salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, regula su cartera de servicios básica. Ya en 2012, la reforma sanitaria que establece el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, modificó estos servicios incluyendo las siguientes modalidades:

#### *4.2.1 Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud*

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones en su artículo 2, modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud así como modifica también el artículo 8, referente a la Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y establece que: *La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.*

#### *4.2.2. Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud*

En su artículo 2.tres el Real Decreto Ley 16/2012 modifica la Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud dejándolo tal que así:

*1. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario.*

*2. Esta cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluirá las siguientes prestaciones:*

- a) Prestación farmacéutica.*
- b) Prestación ortoprotésica.*
- c) Prestación con productos dietéticos.*

#### *4.2.3 Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud:*

En su artículo 2.cuatro el Real Decreto Ley 16/2012 modifica la cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud dejándolo tal que así:

1. *La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.*

#### 4.2.4 *Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas:*

En su artículo 2.cinco el Real Decreto Ley 16/2012 modifica la cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas dejándolo tal que así:

*Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo.*

### **4.3 Equipamiento, personal y actividad del Sistema Nacional de Salud**

#### 4.3.1. *Centros de salud*

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud cuenta con más de 3.000 centros de salud y 10.110 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud con el fin de acercar los servicios básicos a la población rural.

#### 4.3.2. *Hospitales*

En España están en funcionamiento alrededor de 800 hospitales con una dotación de más de 160.000 camas instaladas.

Se estima que de cada 10 hospitales 4 son públicos y 6 privados, proporción que se invierte cuando contamos la titularidad de las camas instaladas, de cada 10 camas instaladas 7 son públicas y 3 privadas.

Por finalidad asistencial, de cada 10 hospitales 7 se dedican a la atención de patologías agudas, 1 es un hospital psiquiátrico y 2 tienen por finalidad la asistencia geriátrica y larga

estancia. De cada 10 camas instaladas 8 están en hospitales de agudos, 1 está en un hospital psiquiátrico y 1 en un hospital de geriatría y larga estancia.

Por dependencia funcional y titularidad, la mitad de los hospitales de agudos y el 75% de las camas son de titularidad pública. El 30% de los hospitales psiquiátricos y el 34% de las camas dedicadas a esa finalidad son de titularidad pública, lo mismo que el 30% de los hospitales de geriatría y larga estancia y el 37% de las camas instaladas.

#### **4.4 Personal Sanitario en la Sanidad Pública**

Según datos del Ministerio de Sanidad, el número de trabajadores en la sanidad pública es de alrededor de 272.000 médicos y enfermeras. Los médicos suponen algo más de 114.000, siendo el colectivo de enfermería el más numeroso con 157.000 profesionales.

A estas cifras de personal sanitario, habría que añadir el personal en período de formación postgrado, entre los que destacan los alrededor de 19.000 médicos internos y residentes que están en los hospitales públicos.

##### *4.4.1. Personal en centros de salud*

En los centros de salud y consultorios locales del Sistema Nacional de Salud trabajan más de 35.000 médicos (alrededor de 29.000 médicos de familia y algo más de 6.000 pediatras) y más de 29.000 profesionales de enfermería. La tasa de médicos del primer nivel asistencial por 10.000 habitantes de población asignada es de 7,6 y la de enfermería 6,3.

##### *4.4.2 Personal en hospitales*

En los hospitales y centros de especialidades del Sistema Nacional de Salud prestan servicio algo más de 79.000 médicos (tasa de 17,2 por 10.000 habitantes y más de 128.000 enfermeras (tasa de 27,9 por 10.000 habitantes).

Por grandes grupos de especialidad, del total de los médicos, 5 de cada 10 se dedican a las disciplinas médicas, 3 a disciplinas quirúrgicas, algo más de 1 trabaja en servicios centrales (análisis clínicos, microbiología, radiodiagnóstico...) y alrededor de 1 en urgencias.

#### **4.5. Actividades en Centros de Salud**

La frecuencia general anual por habitante asignado a las consultas médicas del primer nivel asistencial del Sistema Nacional de Salud es de 6,0 por paciente y año, lo que supone que se atienden alrededor de 259 millones de consultas médicas al año en los centros de salud y consultorios. Si contamos también la atención a la urgencia fuera del horario ordinario, el número de consultas llega a 279 millones. Y si a la actividad médica añadimos la de enfermería, el volumen supera los 418 millones de contactos.

#### **4.6 Actividad en hospitales**

Cada año se producen más de 5,2 millones de altas hospitalarias, de las que 4,2 millones (80,7% del total) tienen financiación del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo al año, se producen 82,6 millones de consultas a los diferentes médicos especialistas (87,3% financiadas por el Sistema Nacional de Salud), se atienden 26,2 millones de urgencias (78,6% de financiación pública) y se realizan 4,7 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que 1,3 millones se realizan con cirugía mayor ambulatoria.

Situados ahora en nuestro sistema sanitario actual y después de haber explicado su organización debemos reflejar ahora a quién y cómo cubre nuestro sistema nacional de salud el derecho de asistencia sanitaria. En la actualidad, si queremos tener acceso a los servicios sanitarios públicos necesitamos estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria individual expedida por cada Servicio de Salud. Esta tarjeta identifica al usuario en todo el Sistema Nacional de salud.

Por lo tanto, necesitamos ser asegurados para ostentar los derechos a la protección de la salud y la atención sanitaria con cargos a fondos públicos.

Tras este repaso de nuestro sistema sanitario actual nos disponemos a continuación a evaluar el gasto sanitario y ver como se ha comportado ante la crisis económica de 2008.

## **5. Evaluación del gasto sanitario y su relación con la crisis económica del 2008**

Podríamos decir que nuestro Sistema Nacional de Salud (de ahora en adelante SNS) goza de una cobertura prácticamente universal, financiado por impuestos y con un alto nivel de servicios prestados, es parte vital del estado de bienestar que se está construyendo desde 1978.

Tras la crisis sufrida en 2008, se ha acentuado el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario español, pero no podemos basar todas nuestras dudas de su sostenimiento en la crisis económica.

Según Martín, J.J. y González, M.P. (2011) las crisis financieras vienen parejas a un sistema económico capitalista, entre 1970 y 2008 se han producido en el mundo 447 crisis financieras nacionales y no por ello tras cada una de ellas se ha cuestionado el sector público del país.

En realidad, nuestro SNS obtiene excelentes resultados con un gasto agregado relativamente modesto.

**Tabla 5: Evolución del gasto sanitario como porcentaje del PIB en los países de la UE.**

	<b>1980</b>	<b>1996</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>
<b>Alemania</b>	8,7	10,9	11,7	11,3
<b>Australia</b>	7	8,4	9,1	8,9
<b>Austria</b>	7,6	8,3	11,2	10,8
<b>Bélgica</b>	6,4	8,9	10,7	10,5
<b>Canadá</b>	7,1	9	11,4	11,2
<b>Dinamarca</b>	9,1	8,3	11,5	11,1
<b>España</b>	5,4	7,6	9,6	9,3
<b>EEUU</b>	8,7	13,2	17,7	17,7
<b>Finlandia</b>	6,4	7,6	9,2	9
<b>Francia</b>	7,1	9,5	11,7	11,6
<b>Grecia</b>	6,6	9,6	10,6	9,1
<b>Irlanda</b>	8,4	6,6	9,9	8,9
<b>Islandia</b>	6,2	8,4	9,6	9
<b>Italia</b>	7	7,5	9,5	9,2
<b>Japón</b>	6,5	7	9,5	9,6
<b>Noruega</b>	7	7,9	10	9,3
<b>Nueva Zelanda</b>	5,9	7,2	9,8	10,3
<b>Países Bajos</b>	7,5	8,3	11,9	11,9
<b>Portugal</b>	6,2	8,4	10,8	10,2
<b>Reino unido</b>	5,6	7	9,8	9,4
<b>Suecia</b>	9,1	8,4	10	9,5
<b>Suiza</b>	7,3	10,1	11,4	11

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de OCDE Health Data.

Como podemos observar en la tabla 5, España se mantiene en una media de gasto parecida a la europea, a pesar del aumento del gasto sanitario total respecto al PIB que se venía produciendo en los últimos años.

No por ello podemos decir que nuestro SNS sea perfecto, o casi perfecto, aún persisten desigualdades en salud entre grupos sociales, sin que en las últimas décadas se haya producido un proceso de convergencia total en salud en el conjunto del Estado Español.

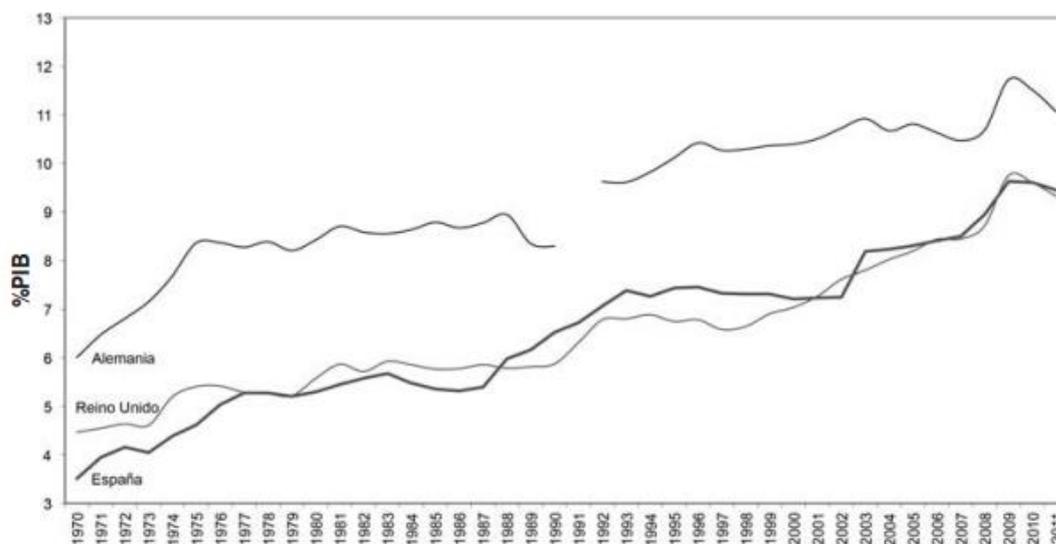
## 5.1. El gasto sanitario

### 5.1.1. Evolución del gasto sanitario público a nivel nacional

El gráfico 3 nos muestra la evolución del gasto sanitario en España comparado con Alemania y Reino Unido en relación con el PIB. Como podemos observar en 1970 el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB se limitaba al 3,5% (según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)). Entre 1974 y 1977 crece hasta ser el 5,3% del PIB, este porcentaje se mantuvo estable durante 10 años. Ya entre 1987 y 1994 es cuando se produce una subida continuada hasta el 7,4% del PIB, cifra que se vuelve a mantener estable hasta 2002, fecha en la que se culmina el proceso de transferencias a las CCAA y se modifica el sistema de financiación.

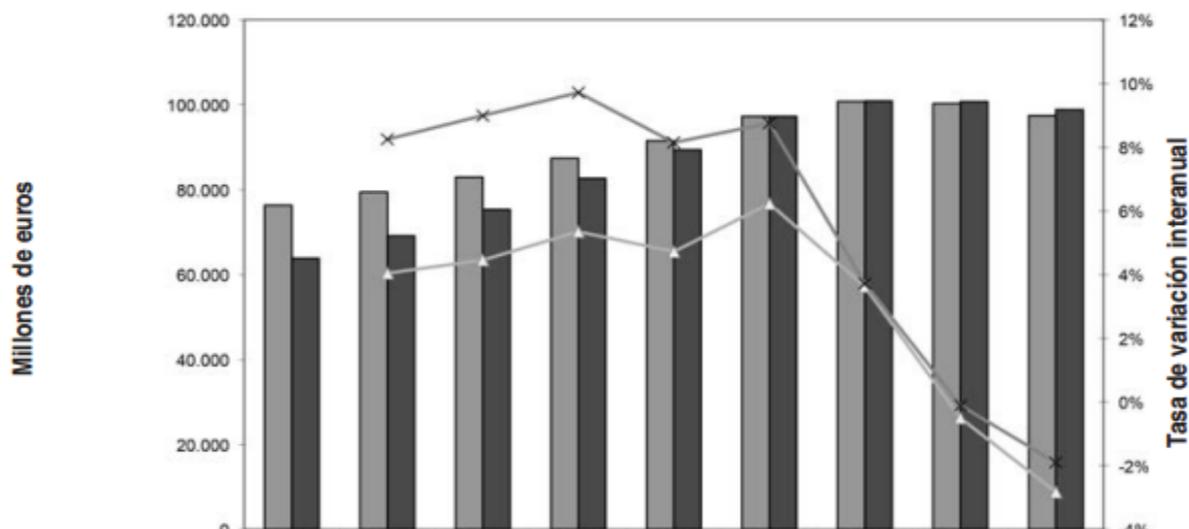
Tras las transferencias en materia de sanidad a las CCAA podemos observar un aumento que alcanza su punto álgido en 2009 con un 9,63%, y que disminuye a 9,30% en 2011, según el último dato publicado por el Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

**Gráfico 3: Gasto sanitario en España, Alemania y UK en relación con el PIB**



Fuente: Puig-Samper F. (2013) El gasto sanitario en España.

**Gráfico 4: Evolución del gasto sanitario total en España**



		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Millones constantes 2008</b>	□	76.346	79.434	82.975	87.417	91.250	97.250	100.775	100.273	97.438
<b>Millones corrientes</b>	■	63.875	69.145	75.365	82.422	89.422	97.250	100.875	100.770	98.860
<b>Interanual m. constantes</b>	△		4,0%	4,5%	5,4%	4,7%	6,2%	3,6%	-0,5%	-2,8%
<b>Interanual m. corrientes</b>	×		8,3%	9,0%	9,7%	8,1%	8,8%	3,7%	-0,1%	-1,9%

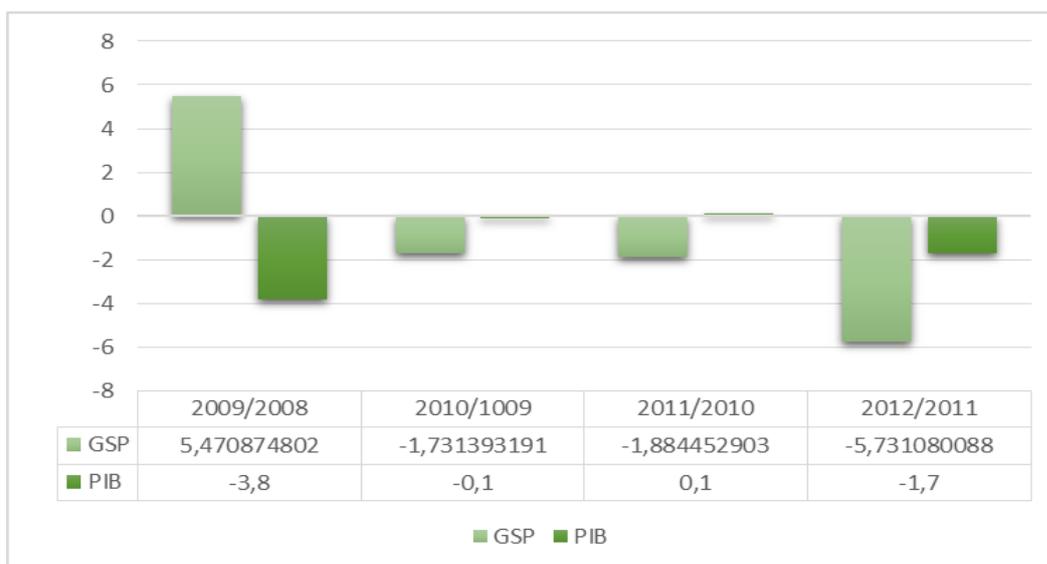
Fuente: Puig-Samper F. (2013) El gasto sanitario en España. *Confederación Sindical de Comisiones Obreras*, 36.

Como observamos en el gráfico 4, entre el año 2003 y 2008 el gasto sanitario total aumentó a un ritmo superior al 4% anual, con un máximo del 6,2% en 2008, en términos reales.

La crisis ha afectado a todos sectores económicos, a causa de ello podemos observar la contención aplicada a partir de 2009 y, sobre todo, en 2010 y 2011 en el gasto sanitario, con una significativa disminución del gasto.

En el gráfico 5 podemos observar el efecto de la crisis económica en el sector sanitario español comparando el PIB con el Gasto Sanitario Público (GSP) desde 2008 a 2012.

**Gráfico 5: Relación entre el GSP y el PIB periodo de 2008/2011**



Fuente: De elaboración propia

El gráfico nos muestra como el PIB se desplomo en 2008/2009 y en ese momento el GSP aún era un gasto “normal” para una economía en periodo de expansión como la que habíamos tenido hasta entonces. En 2009/2010 y ya conscientes de la crisis que atravesábamos el GSP se redujo drásticamente, llegando al -5,7% en 2011/2012.

Como podemos observar en la tabla 6 y en relación con lo explicado anteriormente vemos como el porcentaje sobre el PIB que le supone al GSP tiene tendencia descendiente a partir de 2009, pasando de un 6,7% en 2009 a un 6,2% en 2012, o lo que es lo mismo, pasó de costarnos 70.579 millones de euros a costar 64.150 millones de euros.

**Tabla 6: Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante, España. 2008/2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Millones de euros</b>	66.918	70.579	69.357	68.050	64.150
<b>Porcentaje sobre PIB</b>	6,2%	6,7%	6,6%	6,5%	6,2%
<b>Euros por habitante</b>	1.450	1.510	1.475	1.442	1.357

Fuente: Lillo Fernández de Cuevas, JM y Rodríguez Blas, MC. (2014) Principales resultados. *Estadística de gasto sanitario público*.

### 5.1.2. Clasificación económica del gasto sanitario público

Cuando nos referimos a la clasificación económica del gasto nos estamos refiriendo a su clasificación desagregada, es decir, cuales son las partidas de gasto que conforman el total del desembolso del gasto sanitario público. Para ello, vamos a explicar la tabla 7.

**Tabla 7: Gasto sanitario público consolidado según clasificación económica. Millones de Euros. España. 2008/2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Remuneración de personal</b>	29.186	31.341	30.944	30.364	27.984
<b>Consumo intermedio</b>	13.778	14.817	14.226	15.257	16.035
<b>Consumo de capital fijo</b>	224	274	284	307	293
<b>Conciertos</b>	7.424	7.458	7.547	7.541	7.399
<b>Transferencias corrientes</b>	13.415	14.133	14.211	13.081	11.369
<b>Gasto de capital</b>	2.833	2.556	2.205	1.500	1.071
<b>Total Consolidado</b>	66.858	70.579	69.417	68.050	64.150

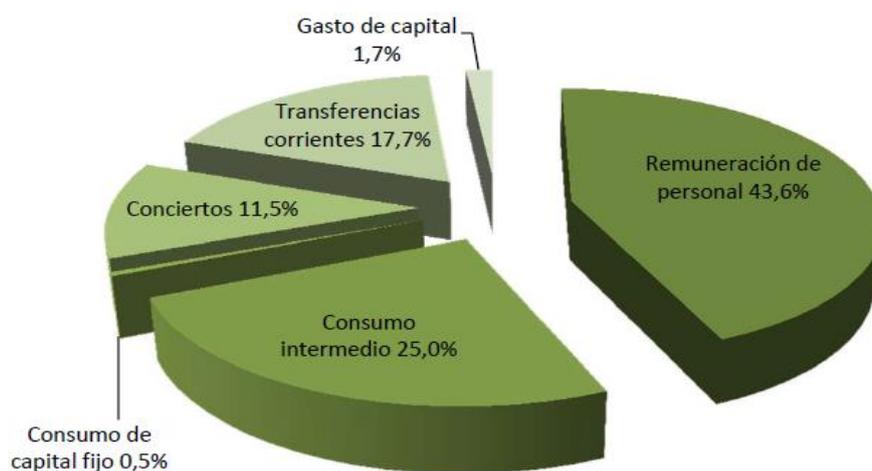
Fuente: Lillo Fernández de Cuevas, JM y Rodríguez Blas, MC.

Aunque la remuneración del personal es la partida que más gasto supone al total consolidado, desde 2009 ha ido descendiendo de su cumbre de 31.341 millones de euros a 27.984. En 2012, las remuneraciones de los trabajadores supusieron el 43,6 por ciento del gasto sanitario público.

En el último año, se observa un descenso del 13,1% en las transferencias corrientes, concepto que recoge principalmente el gasto en recetas médicas.

La reducción de un 11% del gasto en remuneración de personal viene determinada por diversas medidas que trataremos más adelante. El gráfico 6 nos da una idea más nítida de cómo se distribuye el gasto sanitario.

**Gráfico 6: Distribución del gasto sanitario público.**



Fuente: Lillo Fernández de Cuevas, JM y Rodríguez Blas, MC.

### 5.1.3. Clasificación sectorial del gasto sanitario público

Cuando hablamos de clasificación sectorial, queremos referirnos a qué proporción del gasto sanitario pertenece a cada uno de los sistemas administrativos existentes en nuestro país. Tras las transferencias de 2001, fueron las Comunidades Autónomas las responsables de la expansión económica el gasto sanitario público, incrementándose a una tasa media anual cercana al 9%, superior al crecimiento nominal del PIB. La tabla 8 nos muestra como el gasto de las CCAA supone buena parte del total del gasto público consolidado.

**Tabla 8: Gasto sanitario público consolidado según clasificación sectorial. Millones de euros España. 2008/2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Administración Central</b>	930	1.217	906	831	726
<b>Sistema de Seguridad Social</b>	1.820	1.625	1.692	1.610	1.434
<b>Mutualidades de los funcionarios</b>	1.972	2.054	2.076	2.085	2.094
<b>Comunidades Autónomas</b>	60.965	64.387	63.718	62.593	59.092
<b>Ciudades con Estatuto de Autonomía</b>	17	19	17	16	15
<b>Entidades Locales</b>	1.154	1.277	1.008	915	789
<b>Total consolidado</b>	66.858	70.579	69.417	68.050	64.150

Fuente: Lillo Fernández de Cuevas, JM y Rodríguez Blas, MC. (2014) Principales resultados. *Estadística de gasto sanitario público*.

El gráfico 7 nos da una idea más nítida de quien es el responsable del gasto sanitario público consolidado.

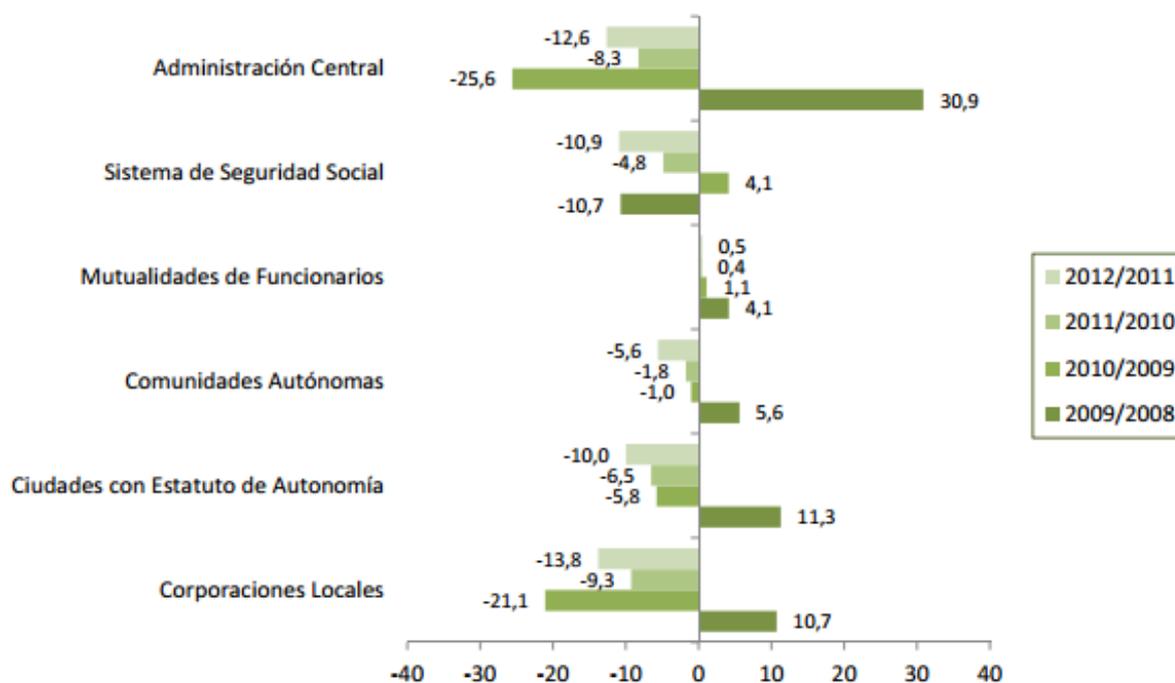
**Gráfico 7: Responsables del gasto sanitario público consolidado.**



Fuente: Lillo Fernández de Cuevas, JM y Rodríguez Blas, MC.

Tras la crisis económica se ha reducido considerablemente la tasa de crecimiento del gasto. Los presupuestos iniciales de las CCAA han disminuido un 4,11% de promedio en el año 2011 en relación al 2010.

**Gráfico 8: Gasto sanitario público consolidado según clasificación sectorial. Tasa de variación interanual (en porcentaje). España, 2008/2012**



Fuente: Lillo Fernández de Cuevas, JM y Rodríguez Blas, MC.

En el gráfico 8 podemos observar cómo, en 2012/ 2011, se redujo el gasto sanitario en todos los sectores, excepto Mutualidades de Funcionarios. Los descensos más importantes se produjeron en las Corporaciones Locales, un 13,8 por ciento, en la Administración Central, un 12,6 por ciento, y en el Sistema de Seguridad Social, un 10,9 por ciento.

Además, es importante reiterar que el cambio brusco que se observa en la serie del gasto del sector Administración Central obedece a 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.

## **5.2 Gasto sanitario desagregado**

Como ya hemos explicado anteriormente, son las CCAA las responsables del 92,1% del gasto total en sanidad, nos disponemos ahora pues a analizar el gasto de las comunidades autónomas por partidas.

### *5.2.1. Gasto sanitario en personal*

Igual que en el ámbito estatal, el sector con mayor peso del gasto sanitario en las comunidades autónomas es la remuneración del personal. Alcanzando su máximo en 2012 con 26.286 millones de euros, lo que representa el 44,5% del gasto del sector.

Como observamos en la tabla 8, la remuneración del personal no es ni mucho menos homogénea, oscila desde el 35,3% de Cataluña al 52,1% de la Comunidad Foral de Navarra.

**Tabla 8: Gasto sanitario público en remuneración del personal por CCAA. Millones de euros y porcentaje sobre el total del GSP consolidado. 2012**

	Millones de euros	Porcentaje
<b>Andalucía</b>	4.365	47,3%
<b>Aragón</b>	995	48,7%
<b>Asturias</b>	743	44,9%
<b>Baleares</b>	632	48,8%
<b>Canarias</b>	1.233	48,9%
<b>Cantabria</b>	376	35,9%
<b>Castilla y León</b>	1.737	50,3%
<b>Castilla La Mancha</b>	1.337	51,2%
<b>Cataluña</b>	3.345	35,3%
<b>C. Valenciana</b>	2.212	36,2%
<b>Extremadura</b>	781	50,2%
<b>Galicia</b>	1.649	46,7%
<b>Madrid</b>	3.482	45,4%
<b>Murcia</b>	991	47,0%
<b>Navarra</b>	479	52,1%
<b>País Vasco</b>	1.732	50,2%
<b>Rioja</b>	198	47,3%
<b>Comunidades Autónomas</b>	26.286	44,5%

Fuente: Lillo Fernández de Cuevas, JM v Rodríguez Blas, MC.

### 5.2.2. Gasto en docencia MIR

Las reducciones han sido generales en todos los campos de la sanidad, por ejemplo en docencia MIR del sector Comunidades Autónomas, que en el año 2012 alcanzó 992 millones de euros, frente a los 1.001 del año anterior, lo que supone un descenso del 0,9 por ciento.

En 2012 la participación del concepto docencia MIR en el total del capítulo I del presupuesto de gastos (remuneración de personal) de cada comunidad autónoma varió entre el 1,5 por ciento de la Región de Murcia y el 5,3 por ciento de la Comunidad de Madrid

### *5.2.3. Gasto en servicios hospitalarios y especializados*

Este tipo de gasto es el de mayor peso en la clasificación funcional del gasto sanitario público. En 2012 en el sector Comunidades Autónomas el gasto en asistencia sanitaria hospitalaria y especializada fue de 36.552 millones de euros, lo que representó el 61,9% del gasto consolidado del sector, y que pese a ello descendió un 2,1 por ciento respecto al año anterior.

La contribución del gasto en servicios hospitalarios y especializados al total del gasto sanitario público consolidado de la comunidad autónoma osciló entre el 55,3 por ciento de Extremadura y el 69,8 por ciento de Cantabria

### *5.2.4 Gasto en farmacia*

Las Comunidades Autónomas gestionaron en 2012 el 95,5 por ciento del total del gasto en farmacia del sistema sanitario español.

En ese mismo año en el sector Comunidades Autónomas el gasto en farmacia fue de 10.225 millones de euros, lo que representó el 17,3% del gasto consolidado del sector, pese a ello bajo un 13,6% respecto al año anterior.

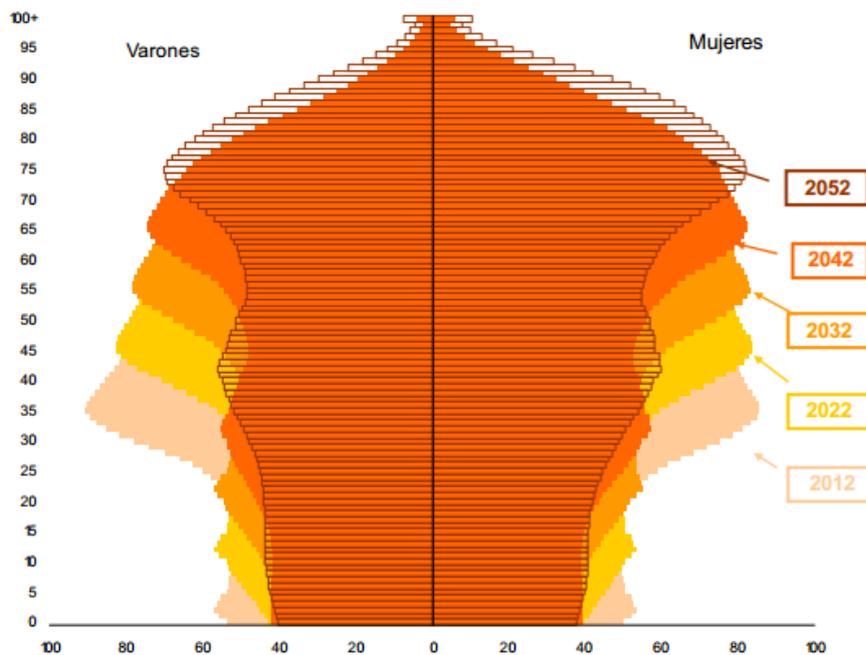
La contribución del gasto farmacéutico al total del gasto sanitario público consolidado de la comunidad autónoma osciló entre el 13,0 por ciento de Cantabria y el 22,3 por ciento de Galicia.

## 6. Demografía y sanidad

En la actualidad, en la práctica totalidad de los países de la OCDE existe un debate sobre la necesidad de contener el incremento del gasto sanitario y sus causas. Una de las principales razones del crecimiento del gasto sanitario es el envejecimiento de la población debido a que, el incremento de la esperanza de vida provoca que suban las necesidades sanitarias y, por tanto, del gasto sanitario.

Que el gasto sanitario tiene relación directa con la población es algo que venimos repitiendo a lo largo de este trabajo. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

**Gráfico 9: Evolución de la pirámide poblacional Española.**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Al observar las previsiones del Instituto Nacional de Estadística (INE) para los próximos años podemos ver en el gráfico 9 claramente como en el año 2012 la franja de edad más amplia se trataba de la comprendida entre una población de entre 30 a 40 años, las

previsiones del INE muestran un proceso de envejecimiento de la población progresivo, los mayores crecimientos de población se concentrarían en las edades avanzadas. Concretamente, en 2052 el grupo de edad de mayores de 64 años se incrementaría en 7,2 millones de personas (un 89%) y pasaría a constituir el 37% de la población total de España. Por el contrario, España perdería 9,9 millones de personas de edades comprendidas entre 16 a 64 años (un 32%) y casi dos millones en el grupo de población de 0 a 15 años (un 26%).

Según las estimaciones realizadas para España, el gasto por persona mayor de 65 años aproximadamente multiplica por casi 3,5 el gasto per cápita del resto de la población. En España el efecto del envejecimiento será especialmente importante a partir del año 2030 cuando se jubilen las generaciones del *baby boom* de los 70.

Sin embargo, no todas las investigaciones reflejan una relación directa entre aumento de la esperanza de vida e incremento del gasto sanitario, un estudio econométrico de Newhouse (1992) muestra que el peso del envejecimiento de la población es reducido en el incremento de gasto total. Porque el gasto sanitario se concentra en una fracción relativamente estable de los últimos años de la vida de un individuo, por lo que el efecto del incremento de la vida media no es tan importante. Con esta metodología en el caso de España, por ejemplo, la OCDE estima que en el horizonte del año 2050, el envejecimiento sólo supondrá un gasto adicional de 0,6 puntos del PIB. Y los demás efectos supondrán entre 1,4 y 2,5 puntos, según como funcionen las políticas de control del gasto sanitario público que se están poniendo en marcha en los últimos 10 años.

Las evidencias denotan que tanto el número de habitantes como la variable edad son factores determinantes cuando se ha de establecer la financiación de los servicios sanitarios, ya que es la población la que demanda los servicios sanitarios y, en principio, cuanto mayor sea la población demandante mayor será el volumen de gasto al que hay que atender puesto que la demanda de bienes y servicios sanitarios no se distribuye de manera uniforme en toda la población. Como hemos dicho antes indudablemente la edad influye, para países industrializados se ha estimado que el coste sanitario de las personas de 65 años y más, es superior al triple del correspondiente al de personas de menos de 65 años (Anderson y Hussey, 2000), es decir que cerca del 50% del gasto total viene motivado por personas mayores (Jacobzone, 2002).

España es el típico ejemplo donde la esperanza de vida es factor destacable del aumento del gasto sanitario, ya que en 2013 la esperanza de vida en nuestro país es de 82,84 años, una cifra mayor a la media de 79,7 de la UE-27. Por sexos la esperanza de vida al nacer de las mujeres y hombres españoles es de 85,61 años y 79,99 años, respectivamente.

Todos estos factores hacen que sea necesario conocer cuál será la estructura por edad de la población de cada comunidad autónoma para establecer unas bases para el posterior desarrollo del presupuesto sanitario.

Sin embargo, los demográficos no son los únicos factores a tener en cuenta, hay que añadir otros como el coste de los tratamientos, la intensidad de la atención o el desarrollo de las nuevas tecnologías médicas.

En resumen, podemos considerar como determinantes del gasto sanitario los siguientes factores:

- Factores de demanda: el tamaño y la estructura de la población, el estado de salud, el nivel económico.
- Factores de oferta: el progreso y estado de la tecnología médica, la organización del sistema institucional, el estado de los recursos humanos y físicos, etc.

## **7. Medidas de reducción del gasto sanitario**

La sostenibilidad del sistema nacional de salud es un punto de debate discutido desde hace ya varios años, pero que se ha visto acentuado tras la crisis económica que atraviesa nuestro país desde 2008. Esta discusión ha generado un gran número de trabajos con diversas teorías sobre el diagnóstico y las soluciones de los problemas presentes y futuros que debe abordar nuestro sistema sanitario. Aunque con diferentes teorías todos coinciden en un punto, un futuro poco halagüeño para uno de los sistemas de salud más envidiados del mundo, nuestro Sistema Nacional de Salud.

A continuación, trataremos de explicar algunas de las medidas más recientes e importantes de los últimos años para el saneamiento y sostenibilidad del sistema sanitario español.

### **7.1 Restricciones de gasto**

Para explicar los objetivos y los pasos que el gobierno ha tomado y que considera necesarios para lograr el tan ansiado ahorro sanitario debemos acudir a: por un lado, los *Programas Nacionales de Reformas de España (PNR)* y, por otro, la *Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2013-2016 (APE)*.

El PNR de España explica las reformas adoptadas en abril de 2012 con el objetivo de “*mejorar su eficiencia, racionalizar el gasto sanitario y garantizar la sostenibilidad de la financiación de la sanidad.*” Para llevar a cabo estas mejoras el ejecutivo tomó las siguientes medidas “*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.*” Y llegó a asegurar que “*con estas medidas el gasto sanitario en 2012 se ha reducido en un 8% respecto al año anterior.*”

Por su parte la Actualización del APE afirma que el ahorro previsto para el periodo 2013-2016 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.

El ejecutivo Español comenzó las reformas y recortes sanitarios en 2012 y estas han continuado en 2013 y 2014, hasta conseguir los 7.267 millones previstos para el periodo 2012-2014 en los Planes Económico Financieros de las CCAA. 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.

Esta reducción del gasto sanitario es llevada a cabo mediante las siguientes acciones:

#### *7.1.1 Ruptura de la universalidad en la atención sanitaria*

Las medidas de restricción del gasto han tenido consecuencias en la ejecución del servicio, uno de ellos y quizás la de mayor importancia es el “fin” de la universalidad de la atención sanitaria. Al sustituir la universalidad por el aseguramiento, medida que se llevó a cabo en 2012, se dejó fuera a diversos colectivos, como inmigrantes, personas que ahora no tienen más remedio que acudir a urgencias, a buscar asociaciones u ONGs que las ayuden, a pagar la asistencia recibida o a buscar un sistema individual de aseguramiento sanitario.

Esta medida es una de las reformas 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*, que reforma 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.

La modificación realizada a través de este real decreto altera lo dispuesto 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.*”

El RD-L 16/2012 reemplaza el sistema universal 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.

Por lo tanto, al tratarse de un margen de ingresos tan amplio, todas las rentas por debajo de 100.000 euros tienen acceso al sistema nacional de salud, era difícil imaginar que parte de la población se quedaría fuera de la asistencia sanitaria. Pues bien, lo que en realidad ha ocurrido no es un descenso significativo de la población asistida, sino un problema práctico para todas las personas que acuden a un centro sanitario habiendo cambiado su situación de aseguramiento (ya sea por quedarse en el paro, por depender de otro familiar, etc.) 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. En la situación actual cuando una persona cambia su condición de empleada a desempleada, de perceptor de prestaciones o subsidios a carecer de ellos, aunque mantiene el derecho a la asistencia sanitaria, debe ir a la oficina de Seguridad Social para volver a reactivar su derecho a esta asistencia. Todo ello con el fin de evitar que le digan en el centro sanitario que mientras no resuelva este problema administrativo no puede ser atendido.

El cambio más significativo producido por el RD-L 16/2012 es la asistencia a inmigrantes, en tanto en cuanto antes bastaba el empadronamiento para conseguir derecho a asistencia sanitaria y ahora esta queda limitada a las situaciones de urgencia, a las mujeres embarazadas y a los menores de dieciocho años. Según el propio Plan Nacional de Reformas esto ha supuesto que 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros “no residentes” en España hayan sido dadas de baja (página 113 del PNR de 2013).

El Real Decreto 576/2013, establece 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. Por lo tanto, las 873.000 personas excluidas pueden recuperar el derecho a la asistencia cuando cumplan estos requisitos y previo pago de la cuota mensual de 60 euros o de 157 euros, dependiendo de si tienen menos o más de 65 años de edad. Estos desembolsos no varían demasiado del precio de un seguro privado y además estos tienen más exigencias como: residencia previa en un caso, periodos de carencia en el otro.

### 7.1.2 *Reforma farmacéutica*

Otra de las medidas acometidas en 2012 y que se encuentran recogidas en el PNR es la de reforma farmacéutica, cuyo objetivo no es otro que la reducción del gasto farmacéutico en nuestro país, las medidas llevadas a cabo para el desempeño de tal tarea fueron; el polémico copago farmacéutico y la exclusión de más de 400 prestaciones farmacéuticas de la financiación pública.

A través del Real Decreto Ley 16/2012 se modificó la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Miranda, V. (2012) explica este nuevo copago farmacéutico como la fijación de nuevos baremos de aportación en función de la renta, hace que los españoles paguen cada año por sus fármacos 551 millones adicionales a los 607 millones que ya pagaban, por lo que la aportación ciudadana asciende hasta los 1.159 millones de euros anuales por medicamentos con cargo al Sistema Nacional de Salud. El dato se desprende del informe "Proyección y consecuencias del RDL 16/2012" presentado por el grupo de distribución farmacéutica Cofares, interesado en conocer el impacto en el sector de la reforma impulsada por el Ministerio de Sanidad. El documento también alerta de un descenso añadido del 1,3% en la facturación que, dice, pone en cuestión la viabilidad del 13% de las oficinas de farmacia.

La aplicación del actual copago farmacéutico en España entró en vigor en julio de 2012 (RD 16/2012, de 20 de abril). Pero su gran polémica ha provocado que no se haya aplicado de igual manera en todas comunidades autónomas, como es el caso de Andalucía, donde a pesar de la interposición de un recurso de inconstitucionalidad contra la norma, los pensionistas no tienen que adelantar el dinero de sus recetas por encima del límite fijado, sino que el sistema informático detecta cuándo se ha llegado al tope de aportación y deja de cobrarles.

Como podemos observar en la Tabla 9, tras el 1 de enero de 2014 se han actualizado los límites máximos que deben pagar los pensionistas y sus beneficiarios por los medicamentos. Se produce un aumento superior (entre el 1,43% y el 1,51%) al del previsto IPC (0,2%) que era el marco fijado por la propia norma.

**Tabla 9: Pago de medicamentos, aportación del usuario.**

<b>PAGO DE MEDICAMENTOS. APORTACIÓN DEL USUARIO (ASEGURADO Y BENEFICIARIOS)</b>			
	<b>Antes de aplicar el RD 16/2012</b>	<b>A partir de 01/07/2012</b>	
		<b>En general</b>	<b>Límite máximo de aportación tratamiento larga duración (€/mes). Enero de 2014</b>
Pensionistas con renta inferior a 18.000€/año.	0 %	10 %	8,26 €
Pensionistas con renta entre 18.000 y 100.000€/año	0 %	10 %	18,59 €
Pensionistas con renta igual o superior a 100.000€/año	0 %	60 %	62,00 €
Personas sin recursos que perciben renta de integración	40 %	0 %	0 €
Personas perceptoras de pensiones no contributivas	0 %	0 %	0%
Afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad	0 %	0 %	0 €
Parados que han perdido el subsidio de desempleo	40 %	0 %	0 €
Personas con tratamientos por accidente de trabajo o enfermedad profesional	0 %	0 %	0 €
Usuarios con tratamientos crónicos para medicamentos pertenecientes a grupos ATC y productos sanitarios de aportación reducida	10 %, con límite de 2,64€	10 %	Límite por receta: 4,26€
Usuarios con renta inferior a 18.000€/año	40 %	40 %	Sin límite
Usuarios con renta entre 18.000€/año y 100.000€/año	40 %	50 %	Sin límite
Usuarios con renta igual o superior a 100.000€/año	40 %	60 %	Sin límite
Mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU	30 %	30 %	Sin límite

Fuente: <http://www.ocu.org/salud/medicamentos/noticias/reforma-sanitaria-copago>

Parece normal la evolución hacia un sistema de aportación en función de la renta, pero el copago genera problemas que deben resolverse. Son varios los problemas que podemos identificar al echar un vistazo a la tabla 9, desde los tramos de renta, que pasan de menos de 18.000 euros a un tramo de entre 18.000 y 100.000, pagando ambos tramos un 10% a pesar de que el límite de pago es diferente, como al mantenimiento de la aportación del 40% a las rentas de menos de 18000 euros.

Según datos del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (MSSSI), el gasto farmacéutico ascendió a 9.769.942.620 euros al cierre del año 2012, un 12,26 por ciento menos que en 2011, y por primera vez desde 2004 la cifra baja de los 10.000 millones.

En cuanto a los datos de diciembre de 2013, el gasto se redujo un 19,78 por ciento respecto al mismo mes del año anterior y el número de recetas también bajó un 18,57 por ciento, el mayor descenso, según el Ministerio, desde que hay registros.

El gasto medio por receta desciende también un 1,48 por ciento respecto a diciembre de 2012, lo que sitúa la variación interanual en un -6,55 por ciento.

En el segundo semestre del año, la factura farmacéutica acumuló descensos de entre el 15 y el 25 por ciento todos los meses, y en comparación con los seis primeros meses el gasto ha caído un 21,55 por ciento de media, según los datos del Ministerio.

#### *7.1.4. Reducción de las inversiones*

Otro de los campos sanitarios afectados por los recortes es el campo de las inversiones. Las reducciones de las inversiones han sido uno de los principales campos en sufrir las consecuencias de la crisis. Si analizamos los presupuestos iniciales del gasto sanitario de las comunidades autónomas veremos que entre 2009 y 2013 el Capítulo VI (inversiones reales) la media de reducción por comunidades autónomas ha sido de un 67,4% de las inversiones totales.

#### *7.1.5. Medidas en relación con la gestión y la eficiencia*

Llevada a cabo a través de una plataforma de compras centralizada y despliegue de la *E-Salud*, del desarrollo a nivel nacional de una historia clínica digital y el impulso de la

receta electrónica. El Plan Nacional de Reformas (2012) supone que a través de estas medidas de eficiencia se podrá ahorrar alrededor de unos 300 millones.

Aunque caótico al principio, la implantación de la receta electrónica ha supuesto una mejora en la rapidez y eficiencia del servicio donde el farmacéutico puede consultar el historial del cliente rápidamente. El PNR anuncia 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.”*

#### 7.1.6. *Medidas en relación con los recursos humanos*

El gasto en recursos humanos, como analizamos en apartado 5.2.1 del presente trabajo, es uno de las partidas con mayor desembolso.

Por ello, es en este campo donde se están realizando las más fuertes restricciones de los presupuestos, disminuyendo plantillas y congelando o reduciendo los salarios.

El Gobierno central como los autonómicos, han orientado su política de recursos humanos a la reducción de las remuneraciones a través de medidas como: 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 días libres variables conseguidos en función de la antigüedad añadidos a las vacaciones (“canosos”); cambiando las reglas de la incapacidad temporal; dejando de abonar la totalidad del salario en los primeros días de baja. Como explica Puig-Samper F. (2013) *“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”*. Freudemberger(1980) en su libro *BurnOut* alertaba de que esto puede ocasionar repercusiones. Estas medidas son lógicas y directas, el incremento de la carga de trabajo y la falta de descanso traerá consigo el famoso *burn-out* de sus trabajadores y con él, el descenso de su productividad.

#### *7.1.7. Recursos en relación con la atención primaria*

Según los datos correspondientes al Sistema de Información de Atención Primaria (SIPA), 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, esta cifra supuso un incremento del 8,1% respecto al año 2006. Si observamos el incremento de la actividad medida por el número de consultas ordinarias, observamos que su número entre 2007 y 2011 se ha incrementado un 16,2%, pasando de 336 millones a 390 millones de consultas anuales.

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.

#### *7.1.8. Recursos en relación con la atención hospitalaria*

En 2012, según los datos del MSSSI (*Datos del Sistema Nacional de Salud, SNS, España 2012 y del Informe Anual del SNS 2011*). El 44,1% de los hospitales (348) y el 68,3% de las camas (111.058) corresponden al sector público. Tras los recortes, podemos observar una disminución del número de camas así como una mayor apuesta por la provisión privada.

#### *7.1.9. Colaboración público-privada*

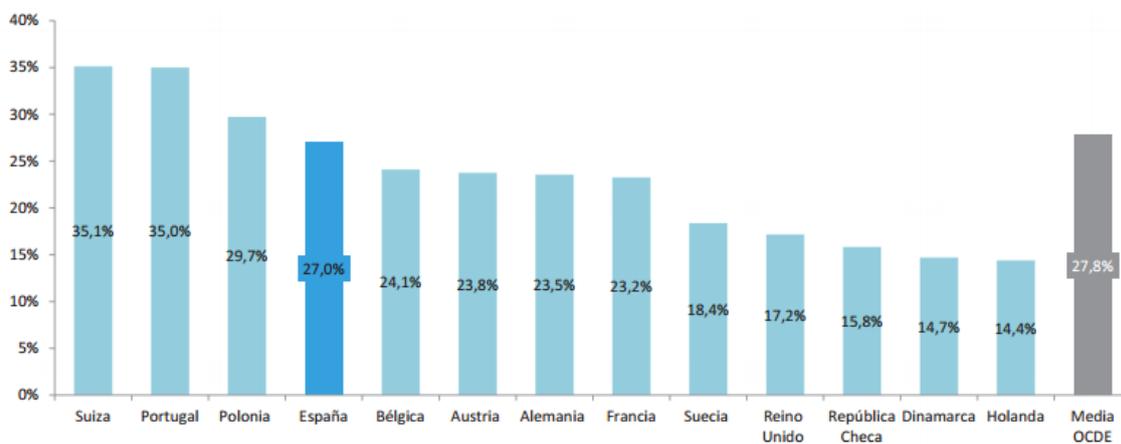
Como acabamos de mencionar anteriormente se está produciendo un desplazamiento de la provisión (o financiación) pública y producción pública a la financiación pública y producción privada, suponiendo esta en 2011 alrededor de 22.855 millones de euros, lo que supone casi un tercio del total del gasto sanitario.

La colaboración público-privada supone que la financiación sigue siendo pública (provisión pública) pero en lugar de desarrollarse por hospitales y personal público se produce por personal y hospitales privados (conciertos de actividad asistencial, convenios de colaboración...)

La mayoría del gasto sanitario pertenece a financiación pública (73%), pero no es nada despreciable el 27% de gasto sanitario que se realiza de gasto privado. Si lo analizamos,

España es el cuarto país europeo que presenta mayor proporción del gasto privado respecto al gasto sanitario total. (Véase gráfico 10)

**Gráfico 10: Gasto sanitario privado en relación al gasto sanitario total en países seleccionados de la OCDE. 2011**



Fuente: OCDE, Health Data 2013. Disponible en

El gasto sanitario privado ha crecido en la última década, pasando del 2,0% del PIB en el año 2000 al 2,5% en 2011. Debido a la crisis económica de 2008 ha presentado niveles históricamente altos, hecho que resulta de la desinversión pública. Esto puede considerarse como que en un contexto de dificultades financieras, la Administración Pública opta por una política de transferencia de costes hacia las familias, a través de los seguros privados.

Del gasto privado “puro”, es decir, del pago directo de una consulta y del gasto con seguro privado, hay una parte importante (de nada menos de 7,6 mil millones de euros, o dicho de otra forma del 11% del gasto sanitario público), que se destina a la financiación de la provisión privada. En su mayor parte, a los conciertos celebrados entre el Sistema Nacional de Salud y proveedores privados (el 62,4% de la provisión hospitalaria privada tiene financiación pública).

Respecto a las CCAA son País Vasco, Navarra y Cantabria las comunidades que cuentan con un gasto sanitario total más elevado. Madrid, Cataluña y País Vasco son las comunidades con mayor gasto sanitario privado. El gasto privado se ha estimado en base a los gastos de las familias con el seguro privado (fuente: Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones, ICEA) y con el gasto en salud determinado en la Encuesta de Presupuestos Familiares, realizada por el INE.

## **8. Conclusiones y opinión personal**

Tras el análisis de la evolución y situación actual del sistema sanitario español que hemos realizado en este trabajo hemos llegado a las siguientes conclusiones personales que aportaremos a continuación.

Está más que claro que el sector sanitario se encuentra en un periodo convulso y de transformación. La etapa de desarrollo vivida desde la entrada en democracia en nuestro país ha sido enorme. El Sistema Nacional de Salud español se desarrolló y amplió de forma exponencial, más acentuadamente aun si cabe con el traspaso de las competencias a las comunidades autónomas. Este desarrollo supuso más personal, más prestaciones en su cartera de servicios, mayor actividad... etc; y todo ello se vio reflejado en el beneficio que se produjo en la sociedad, como la reducción de las listas de espera y unos indicadores de salud comparables con los de nuestro entorno europeo.

En lo que se basa el trabajo es en explicar cómo la crisis económica de 2008 ha obligado al gobierno a adoptar medidas de restricción de gasto y de cómo estas medidas han supuesto una pérdida de acceso y calidad de servicio a nuestro sistema sanitario. Nos encontramos en un tiempo en el que se está destruyendo empleo en el sector sanitario público, se están produciendo exclusiones de prestaciones y medicamentos en el régimen de financiación pública, en el que los indicadores de sanidad pública están disminuyendo y donde las listas de espera en los hospitales se están haciendo interminables. Pero lo más destacable de estos recortes es que con la excusa del ahorro de millones, se está acentuando la pérdida de equidad, es decir, la exclusión a diversos sectores de población a tener derecho a la sanidad.

Hay que recalcar que no solo la crisis ha sido la causante de los problemas del sistema sanitario español, sino que parte de ellos se venían arrastrando de años atrás. Estos problemas estaban latentes y lo que la crisis ha hecho es condicionar su desarrollo y agravar algunos de los problemas ya existentes.

La principal justificación política de cómo hemos llegado a esta situación no es otra que el desajuste presupuestario. El crecimiento del sistema sanitario supuso el crecimiento a su vez del esfuerzo económico para sustentarlo, dejando entrever que este sistema tendría

que cambiar si quería sobrevivir. Lo que está suponiendo enfrentar posturas entre el Estado de Bienestar y la su sostenibilidad financiera.

Como hemos desarrollado a lo largo de este trabajo, el gasto sanitario en España ha ido representando alrededor de un 9% del PIB. Una cantidad que para nada pueden ser menospreciada en una situación como la actual. El crecimiento del gasto no ha sido lineal, sino que ha tenido saltos, relacionados con la toma de decisiones políticas.

Si lo analizamos por fases podemos observar una primera fase de crecimiento, apertura y transición, que se desarrolló hasta constituir la base hospitalaria de lo que ahora es nuestro sistema sanitario. Encontramos una segunda fase tras la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, y una tercera, fundamentada en el proceso de transferencias a las CCAA y el cambio en el sistema de financiación.

En la actualidad nuestros datos reflejan un gasto total y de distribución público-privada similar con los países de nuestro entorno. Así pues, aunque la situación actual entre dentro de la “normalidad europea”, nuestra situación laboral y demográfica en España no refleja un futuro nada halagador, sino todo lo contrario. El incremento del gasto en atención sanitaria, el envejecimiento de la población, el desempleo... todas ellas suman en conjunto el incremento de necesidades sociosanitarias, el problema es que esas necesidades no paran de aumentar en una situación de restricciones económicas. Además de estas causas, la evolución tecnológica en sanidad y el mayor desarrollo profesional aumentando el número de trabajadores, incrementa a su vez la oferta sanitaria y con ello el gasto que conlleva.

La necesidad de mantener el estado de bienestar, de innovar, de aumentar la población asistida de un sistema sanitario público se ve confrontada con una profunda crisis económica que agudiza problemas que eran latentes en el sector. Problemas tales que afectan a la financiación, al buen gobierno y transparencia, al modelo descentralizado de nuestro país, así como al concepto de solidaridad entre CCAA, en definitiva, problemas que debieron ser abordados tiempo atrás.

La consecuencia principal de estas medidas de reducción del gasto la encontramos 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 2009).

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.

Lo que el sistema sanitario necesita es de presupuestos ajustados a las previsiones de gasto real y medidas de mejora de la gestión que permitan asumir las necesidades crecientes con recursos más limitados. No necesitamos un real decreto de medidas de urgente necesidad, sino acuerdos y pactos consensuados que aplaquen problemas futuros que se vislumbren en un futuro cercano, lo que no es aceptable es que las decisiones que se adopten no estén explicadas ni sean razonables desde un doble punto de vista, el económico y el sanitario.

Los términos que más tendrían que haber sonado a lo largo de este trabajo son los de suficiencia financiera, equidad y solidaridad, sostenibilidad, gobernabilidad, y racionalidad y no los de crisis económica, recorte y desigualdad.

A lo largo del trabajo hemos analizado diferentes medidas adoptadas por algunas Administraciones o por el Gobierno central para reducir el gasto. No todas pueden ser valoradas negativamente ni todas tienen el mismo peso.

De las más criticables podemos destacar el copago sanitario, no el sistema en sí, sino la definición de sus tramos y la implantación de un sistema que conlleva el pago por adelantado de los medicamentos, hablando del límite mensual establecido por el que luego les reembolsan a los pensionistas distintas cantidades. A su vez otra decisión comprometida respecto a la “Ética social” de esta reforma es la de dejar fuera de financiación pública a más de 450 prestaciones farmacéuticas, muchas de ellas de

extendido uso entre la población. Otras partes de esta reforma farmacéutica sí que arrojan buenas sensaciones como puede ser la extensión de los genéricos, la adecuación de los envases a la duración de los tratamientos, o la implantación de la receta electrónica.

En cuanto a las medidas en relación con la atención hospitalaria nos encontramos ante una situación de crecimiento del gasto en remuneraciones del sistema sanitario público hasta el año 2010, tanto por el crecimiento de su plantilla como de sus salarios. Así pues este crecimiento se debió también al crecimiento de la actividad sanitaria medida en consultas. En la actualidad, con las medidas restrictivas en contratación y el descenso de los salarios, 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.

Si atendemos a la tendencia, se dice “Ahorrativa” de presentar la colaboración público-privada como un camino hacia el ahorro, 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.

Si sumamos en conjunto el resultado de estas medidas sacamos una idea clara de todo ello: el criterio de universalidad del sistema sanitario Español está en entredicho. La tendencia actual está caminando hacia el aseguramiento y, sobre todo, está dejando sin su derecho a asistencia sanitaria a miles de personas por no tener permiso de residencia.

La norma del 2012 cambia la situación de los inmigrantes en España que hasta el año 2011 gozaban del acceso a la asistencia sanitaria pública todos los españoles residentes en territorio nacional. A su vez cualquier inmigrante empadronado tenía derecho a la asistencia sanitaria. La medida de 2012 rompe el derecho de las personas inmigrantes a la asistencia, expulsando de las tarjetas sanitarias a 873 mil personas. Esta medida a seguido adelante a pesar de que 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. Si bien es cierto que en la mayoría de los países de la Unión

Europa 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 como 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”*).

Al mismo tiempo, se están adoptando decisiones sobre la definición y contenidos de las carteras de servicios que se basa, en sustituir la gratuidad de estos servicios por nuevos sistemas de copago o, sencillamente, eliminarlos de la financiación pública.

Lo que este trabajo critica es la falta de “justicia social” de estas medidas, por ejemplo, en el copago para el transporte sanitario no urgente está claro que su impacto es muy diferente para una persona que de manera ocasional 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.

Personalmente opino que hay que reconocer la efectividad de reducción de coste que han tenido estas medidas, pero también debemos apuntar que esta reducción del gasto se ha llevado por delante gran parte del estado de bienestar que tanto ha costado conseguir. Probablemente, a la hora de elaborar las reformas, se debería haber optado por reformas en el sistema que mejoren su eficiencia y sostenibilidad, y no la consideración de medidas enfocadas a la austeridad y el recorte.

También considero de vital importancia prever y coordinar políticas sanitarias encaminadas a solventar problemas venideros, como las enfermedades crónicas y las pluripatológicas derivadas del envejecimiento de la población, debidos al aumento de la esperanza de vida. Todo ello va a requerir el refuerzo de la atención primaria, su conexión con la hospitalaria y el trabajo compartido con la atención social.

Desde mi punto de vista opino que se debería tener más en cuenta a la hora de tomar decisiones a los profesionales del sector, que muy lejos de ser escuchados se les ha trasladado a una forma de trabajar precaria mediante medidas que hemos mencionado antes como, reducciones de salario, congelación de sus carreras profesionales, aumento de la jornada... que como resultado han motivado conflictos laborales. 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.

Todos los datos nos hacen pensar que el futuro de nuestro sistema sanitario no puede ser igual al pasado, simplemente se debe evolucionar. Se debe emprender un camino de reflexión basado en la experiencia y en el conocimiento que nos permita soportar este tipo de situaciones, debemos intentar conocer qué debe cambiar y qué no, y los motivos para ello; esta crisis nos obliga a aprender a 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.

## 9. Bibliografía

- \* Abellán, J. M. (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA.
- \* Altés, A. G., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., Albarracín, G. P. (2008). Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. *Cuadernos económicos de ICE*, (75), 115-128.
- \* Anderson, G. F., Hussey, P. S. (2000). Population aging: a comparison among industrialized countries. *HealthAffairs (Project Hope)*, 19(3), 191-203.
- \* Banco de datos del Ministerio de Sanidad Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>
- \* Barry, S., Sidel, V. (2009). Crisis económica y Salud Pública. *Medicina Social*. volumen 4, número 2.
- \* Cantanero, D. (2006). Descentralización y financiación autonómica del sistema sanitario español. *Economistas*, 24(108), 201-205.
- \* Círculo de Empresarios. Un sistema sanitario sostenible (II). Madrid 17 de julio de 2012.
- \* Constitución Española, 1978.
- \* Datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp321&file=inebase&L=0>
- \* Datos obtenidos de; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 Madrid; 2012. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
- \* El 'sí' definitivo de Aragón y Cantabria culmina la descentralización sanitaria. El País (26 de diciembre 2001). Recuperado de: [http://elpais.com/elpais/2001/12/26/actualidad/1009358217\\_850215.html](http://elpais.com/elpais/2001/12/26/actualidad/1009358217_850215.html)

- \* García S., Abadía B., Durán A, Hernández C. (2010) HealthSystems in Transition, *Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud*
- \* Jacobzone, S. (2002). Healthy Ageing and the Challenges of New Technologies. Can OECD Social and Healthcare System Provide for the future? *OECD: Healthy Ageing and Biotechnology*.
- \* León, S. (2003). El gobierno de la sanidad, descentralización sanitaria y estructura organizativa. *Centro Estudios Avanzados Ciencias Sociales. Fundación Juan March. Anexo I*
- \* León.S. El gobierno de la Sanidad, descentralización sanitaria y estructura organizativa”. *Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Anexo I*
- \* Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- \* Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- \* Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. (Vigente hasta el 1 de enero de 2009)
- \* Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- \* Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- \* Ley orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón
- \* Lillo, JM., Rodríguez, MC. (2014) Principales resultados. *Estadística de gasto sanitario público*.
- \* Martín, J.J, González, MP. (2011). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. *Ciência Saúde Coletiva, 16(6), 2773-2782*.

- \* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012) Informe anual del Sistema Nacional de Salud, Disponible en [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
- \* Miranda, V. (2012). El coste del copago: Un informe del sector cifra el gasto en medicamentos y el peligro para las farmacias. *El siglo de Europa*, (980), 32-38.
- \* Mogollón, R. H., Segura, V. V. (1989). Apuntes sobre el nuevo sistema sanitario español. *Revista de economía y empresa*, 10(24), 147-158.
- \* Mora, H., Domínguez, L.A. (2010). La psicología cognoscitiva y su relación con las ciencias del cerebro. *Actualidades en Ciencias Cognoscitivas*, 14, 330-337.
- \* Newhouse, J (1992). “Medical care Cost:How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives*, 6(3): 3-21
- \* Plan Nacional de Reformas 2012, 2013, 2014 (PNR) Disponibles en: [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2012\\_spain\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2012_spain_es.pdf)
- \* Puig-Samper F. (2013) El gasto sanitario en España. *Confederación Sindical de Comisiones Obreras*, 36.
- \* Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- \* Sistema Nacional de Salud de España (2010). Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.