

# Descentralización sanitaria en España. Diferencias en acceso, disponibilidad y estado de salud

## EL MEDICO INTERACTIVO.

Noviembre de 2012 - David Cantarero Prieto y Patricia Moreno Mencía. Departamento de Economía. Universidad de Cantabria

**El objetivo de este trabajo consiste en revisar sucintamente el sistema sanitario español y analizar su situación desde una perspectiva económica. Se trata así, en primer lugar, de describir las principales características en la prestación de este servicio, comparando su modo de provisión con otros países para pasar luego a reseñar las diferencias autonómicas existentes tanto en gasto y financiación como en diversas variables relacionadas con la oferta de servicios sanitarios (acceso y utilización). El artículo finaliza con un breve análisis de la situación actual de los principales indicadores de salud**

## Introducción

La crisis económica y financiera ha aumentado la incertidumbre acerca de la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario en el marco del Estado de Bienestar. La prestación sanitaria seguía un modelo de provisión de Seguridad Social hasta 1986, financiándose con cotizaciones sociales que cubrían a los trabajadores así como a sus familiares. A partir de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, se pasa a un Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado por impuestos y que pivota sobre una prestación universal. Pero a las dificultades de financiación que atraviesan las comunidades se une la falta de coordinación necesaria para su correcto funcionamiento en pro de una cierta inequidad entre las regiones del SNS. Como consecuencia de todo esto, aparecen cada vez más las diferencias entre dichas regiones que no responden a factores claramente identificados en término de eficiencia (Cantarero, 2011).

## La Sanidad en España

La evolución del gasto sanitario viene marcada por una serie de determinantes que influyen directamente sobre el mismo, uno de los cuales es el envejecimiento poblacional. Así, el incremento de la proporción de población anciana, en muchos casos dependiente, requiere de más asistencia y por tanto eleva el gasto sanitario. En el contexto internacional, según la OECD Health Data, Estados Unidos es el país con mayor gasto sanitario (17,6 por ciento de su PIB en 2010 y 8.223 dólares per cápita en términos de paridades del poder de compra). Mientras que nosotros tuvimos en 2009 un gasto sanitario del 9,6 por ciento del PIB y 3.076 dólares per cápita en términos de paridades del poder de compra (por debajo de la media de la OECD). Por otro lado, la diferencia en el gasto sanitario público sobre el total de gasto sanitario muestra una evolución creciente en Estados Unidos hasta situarse en 2010 en el 48,2 por ciento, en el caso español, este porcentaje se situó en el 73,6 por ciento en el año 2009. (Urbanos, 2004). Mientras que, como es lógico, también cada país tiene un grado de descentralización diferente determinado por su tipo de modelo sanitario empleado (de seguro social o sistema nacional de salud) y ciertos determinantes políticos. En el caso español, se da además la circunstancia de que las competencias sanitarias son a nivel autonómico.

Son precisamente dichas Comunidades Autónomas las que financian la atención sanitaria con cargo a los presupuestos generales, lo cual se ha mantenido tras la última reforma de la Ley 22/2009, de 18 de Diciembre, por la que se regula el régimen de financiación de las CCAA de régimen común y las ciudades con Estatuto de Autonomía<sup>1</sup>, aunque con diferencias significativas entre ellas que aumentan con el tiempo<sup>2</sup>. Asimismo, el sistema actual de financiación en que se incluye la Sanidad incluye una participación de las CCAA en los tributos compartidos hasta el 50 por ciento en el caso del IRPF y el IVA y del 58 por ciento en el caso de los impuestos especiales. Además existen varios fondos específicos como el Fondo de Garantía de Servicios Públicos fundamentales (80 por ciento de los recursos del sistema); y El Fondo de Suficiencia Global (16,5 por ciento de los recursos totales de sistema); y dos fondos de Convergencia que son El Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación que suponen el 3,5 por ciento de los recursos del sistema. (Borraz y Cantalapiedra, 2010).

En cuanto a importancia, en 2011 las Comunidades Autónomas destinaron algo más de 57.408 millones de euros a los presupuestos sanitarios. El País Vasco fue la autonomía que más invirtió en términos per cápita en Sanidad en 2011 con 1.640,99 euros por persona, seguida de Navarra (1.548,11). Por otro lado, las que menos destinaron por habitante fueron Baleares (1.088,01) y Valencia (1.113,70) siendo la media española de 1.273,09 euros.

### Diferencias territoriales en utilización, acceso e indicadores de salud

Un mayor gasto en Sanidad no es siempre mejor. La razón es que la idoneidad del nivel de gasto sanitario debería hacerse en comparación con otros indicadores de salud en pro de conocer que países o qué comunidades son las más eficientes comparando así sus resultados en salud con su gasto. La utilización de los servicios puede diferir entre territorios, y es evidente que la misma influye en el gasto y financiación, aun cuando existan patrones similares de morbi-mortalidad.

En el Gráfico 1 se contrasta la relación entre gasto sanitario por persona y tasas de mortalidad por cada 100.000 habitantes por CCAA, observándose que País Vasco y Extremadura son dos de las tres comunidades que más gastan y no viéndose reflejado en términos de una menor mortalidad, estando así por encima de otras que gastan menos como La Rioja, Madrid o Castilla y León. En el caso de Extremadura su tasa de mortalidad se sitúa por encima de la media nacional, siendo la tercera Comunidad con mayor gasto per cápita.

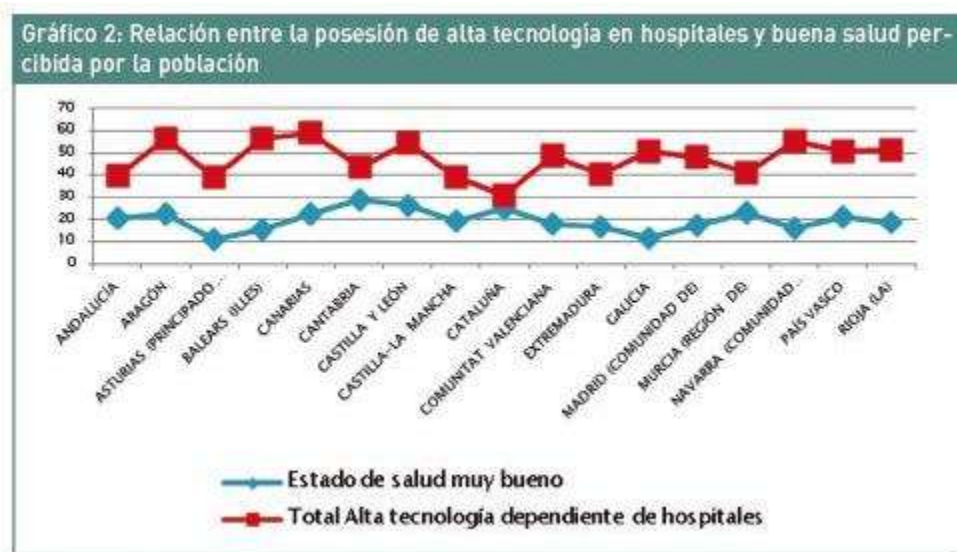
Gráfico 1: Relación entre el gasto sanitario por persona protegida (euros corrientes) y la tasa de mortalidad por CCAA. Año 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En lo que respecta a la tecnología, que ha evolucionado significativamente en los últimos años propiciando avances en el ámbito sanitario de gran impacto, existen asimismo bastantes diferencias territoriales. La inversión en la misma tiene efectos positivos sobre la calidad y la eficiencia de la Sanidad si bien es cierto, la adquisición o actualización de la misma supone un elevado gasto público que debe valorarse cautelosamente en términos de coste de oportunidad frente a otros recursos sanitarios. (Ver Gráfico 2)

En este sentido, las comunidades con más alta tecnología dependiente de hospitales no corresponden exactamente con aquellas con mejor salud autopercebida por sus habitantes. Así, Cantabria y Castilla y León serían las que mayor proporción de población con buena salud tendrían sin tener a su vez gran cantidad de alta tecnología en sus hospitales.



Fuente: Elaboración propia a través de datos del Ministerio de Sanidad y Política Social.

## Reformas en la prestación sanitaria

En el momento presente y acorde a todo lo planteado anteriormente se hace necesario pensar en reformas estructurales en el sistema sanitario. Entre las principales que se pueden plantear sobre la prestación sanitaria destacan:

- Mayor déficit o endeudamiento; Algo quizás impensable en el momento actual, en el que España es uno de los países con más déficit de la Unión Europea tan solo por detrás de Grecia e Irlanda y tiene obviamente que rebajarlo, no ampliarlo.
- Copagos o impuestos específicos para Sanidad, especialmente de tipo finalista (Ejemplo, Impuesto sobre la venta minorista de hidrocarburos).
- Fomentar la Colaboración Público-Privada (CPP).
- Alterar las "cestas impositivas" de las Comunidades Autónomas.

A continuación pasamos a comentar algunas de estas medidas que se están planteando en la actualidad o ya se han implantado para generar más ingresos o contener los gastos.

Así, el descenso de la recaudación impositiva junto con la deuda en la Sanidad pública española y los problemas de financiación de las CCAA en el contexto actual han puesto sobre la palestra de nuevo el debate del copago sanitario, que se emplea actualmente en la compra de medicamentos. La novedad que se introduce con la reforma (RD 16/2012, de

medidas urgentes para garantizar el sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones) ha consistido en el cambio de porcentaje a pagar (50 por ciento para los ciudadanos de renta media mientras que antes era del 40 por ciento), así como que los parados que hayan agotado su prestación por desempleo no tendrán que pagar, también los pensionistas comenzaran a participar en un 10 por ciento hasta ciertos límites. Además, 425 medicamentos han dejado de tener financiación pública y Cataluña ha sido la primera Comunidad en apelar desde junio de 2012 la tasa por receta pasando a costar 1 euro.

El copago puede suponer una medida atractiva para las autoridades, y más en tiempos de crisis como los actuales, para contribuir a la financiación y sostenibilidad de la Sanidad. Sin embargo, resulta aún necesario un estudio pormenorizado de los costes y beneficios del mismo, pues aparte de sus fines recaudatorios y disminución de la demanda abusiva de Sanidad puede retornar a largo plazo en un incremento del gasto a causa del empeoramiento de salud de los más desfavorecidos y más inequidad.

También el Real Decreto Ley 16/2012 incluye además el cambio en la condición de asegurado que parece diferir de la idea de universalidad. Así como que se está evaluando adaptar la Cartera de Servicios a las nuevas circunstancias. Dicha cartera recoge las técnicas, tecnologías o procedimientos que facilitan todas las CCAA. Pudiendo éstas elaborar sus propias carteras de servicios que, como mínimo, deberán incluir la común del Sistema Nacional de Salud. La cartera de servicios se fragmenta así en 3 modalidades:

1. Básica: Servicios básicos (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y transporte sanitario urgente), cubierta al 100 por ciento con financiación pública.
2. Suplementaria: Se realiza mediante dispensación ambulatoria (prótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente) y está sujeta a copago por parte del usuario.
3. Accesorias: Actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideren esenciales, la cual está sujeta a aportación por parte del usuario.

Es cierto que aún no se ha definido exactamente qué servicios pertenecen a cada una de las carteras. Hasta ahora se ha tenido en cuenta el objetivo de fomentar el uso de nuevas tecnologías en el sistema sanitario, así como implantar la tarjeta sanitaria común compatible para todas las CCAA y la historia clínica digital accesible. Así como la implantación de una Plataforma de Compras Centralizada, para generar ahorro (ya ha comenzado a funcionar en el caso de las vacunas). Pretendiendo extenderla al conjunto de la Sanidad, tanto para medicamentos hospitalarios, como para tecnología médica.

Finalmente, la participación de capital privado en la atención sanitaria no es algo novedoso y puede ayudar en la financiación de la misma. Históricamente, el capital privado ha participado de dos formas; por un lado a través de los conciertos y, por otro, a partir de la participación de aseguradoras privadas en el sistema sanitario de los funcionarios del estado. Es a partir de 1997 cuando empiezan a darse pasos en una nueva dirección que se concreta en 2000 con la aparición de nuevas fórmulas de gestión, como las Fundaciones Públicas Sanitarias (FPS), las Empresas Públicas Sanitarias (EPS) y los Consorcios Públicos Sanitarios (CPS). Asimismo, la gestión indirecta de servicios sanitarios públicos por medio de Convenios, Conciertos, Convenio Singular, Consorcio, Entidades de Base Asociativa (EBA) y Concesiones Administrativas (ALZIRA) se consolidan como una opción para incrementar la eficiencia aunque no existan aún demasiados estudios que evalúen económicamente tal supuesto incremento de eficiencia.

## **Conclusiones**

Queda patente en esta revisión, que mayor gasto no implica siempre mejores resultados en salud. Hemos descrito como aquellas Comunidades con mayor gasto en Sanidad no eran las que mejores datos de oferta sanitaria tienen ni tampoco las que aportan mejores indicadores de salud de la población. Por ello, el uso adecuado de los recursos influye en los resultados y que no es todo gastar sino cómo gastar de manera eficiente para obtener los mejores resultados (mejores indicadores de salud).

La evaluación económica de las decisiones, la búsqueda de la eficiencia y el uso responsable de los recursos pueden aportar así mejores resultados que un gasto desmesurado. Por eso, sería deseable que los sistemas de asignación de recursos se basasen en una información transparente y objetiva así como revisar continuamente los resultados con la finalidad de ser coste-efectivos y equitativos

## **Notas**

1 En Julio de 2009 se llevó a cabo una reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas con el fin de fomentar la equidad, la suficiencia financiera y la estabilidad presupuestaria al mismo tiempo que mejorar la dinámica y la estabilidad del sistema.

2 Pues el coeficiente de variación pasa de 0,09 en 2008 a 0,136 en 2012.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. BORRAZ, S. Y CANTALAPIEDRA, C. (2010) "Aproximaciones al nuevo modelo de financiación autonómica: un marco de incertidumbre. Estudios de Economía Aplicada, 28 (1), 31-59.
2. CANTARERO, D. y URBANOS, R. (2003) "Políticas sectoriales de gasto público: Sanidad", En SALINAS, J. y ÁLVAREZ, S. eds. El gasto público en la democracia. Estudios en el XXV aniversario de la Constitución Española de 1978. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales. "Descentralización y financiación del gasto sanitario en España y en la experiencia comparada" 122.
3. CANTARERO, D. (2011) "Descentralización y financiación del gasto sanitario en España y en la experiencia comparada", en Cómo reformar las Administraciones Territoriales. Círculo de Empresarios, XXVII Edición del Libro marrón, 97-125.
4. URBANOS, R. (2004) Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario, Papeles de Trabajo 19/2004. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.