

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**Reducción del gasto sanitario como consecuencia de  
la crisis económica: su influencia en la salud de la  
población**

**Alumno: Moreno Rodríguez, Daniela Beatriz**

**Tutor: Soriano Cano, Francisco**

*Miguel Hernández*  
**Máster Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2019-2020**

*LEANDRO y CRISPÍN que salen por la segunda izquierda.*  
*LEANDRO. -Gran ciudad ha de ser ésta, Crispín; en todo se advierte su  
señorío y riqueza.*  
*CRISPIN. -Dos ciudades hay. ¡Quisiera el Cielo que en la mejor hayamos  
dado!*  
*LEANDRO. - ¿Dos ciudades dices, Crispín? Ya entiendo, antigua y nueva,  
una de cada parte del río.*  
*CRISPÍN. - ¿Qué importa el río ni la vejez ni la novedad? Digo dos ciudades  
como en toda ciudad del mundo: una para el que llega con dinero, y otra  
para el que llega como nosotros.*

**Los intereses creados**

**Jacinto Benavente**

*Miguel Hernández*

## ÍNDICE

<b>1. Resumen</b> .....	2
<b>2. Abstract</b> .....	3
<b>3. Introducción</b> .....	4
<b>4. El sistema nacional de salud español</b> .....	6
4.1 Orígenes y delimitación conceptual .....	6
4.2 Los derechos sociales .....	8
4.3 El Sistema Nacional de Salud español .....	9
<b>5. La crisis económica y sus consecuencias para el sector sanitario</b> .....	9
5.1. Evolución del gasto sanitario en España .....	9
5.2 El efecto de la crisis económica en la salud de la población. Desigualdades en salud .....	12
<b>6. Medidas restrictivas del gasto público sanitario</b> .....	16
6.1 ¿Es sostenible el sistema sanitario actual? .....	16
6.2 Análisis de las principales medidas de contención del gasto sanitario	17
<b>7. Conclusiones</b> .....	19
<b>8. Referencias bibliográficas</b> .....	20

*Miguel Hernández*

## 1. Resumen

Este estudio pretende analizar los orígenes del Estado de Bienestar y cómo surge al amparo de éste el sistema de provisión social del que gozamos actualmente. Asimismo, abordaremos el concepto de derechos sociales y la razón por la que el derecho a la salud se encuadra en dicha categoría. La deuda que arrastra el Sistema Nacional de Salud es una de las prioridades del panorama político. Sin embargo, las medidas adoptadas por la administración estatal se centran principalmente en contener el gasto público sanitario a través de políticas restrictivas de acceso a la asistencia sanitaria, aumento de la aportación por parte de los usuarios articulado mediante el copago, disminución de la partida en los presupuestos para la remuneración de personal entre otras medidas que trataremos a lo largo de todo el estudio. Posiblemente esa no sea la vía que lleve a la contención del gasto sin la merma de la calidad asistencial y a la quiebra de la sostenibilidad de un sistema cuyas bases peligran. Un peligro que radica en la adopción de acciones extremadamente cortoplacistas que conlleva a atender necesidades que quizás no eran tan urgentes a favor de las verdaderamente importantes: la salud de la población. En un contexto de recesión como el que ha vivido España, se ha producido un empobrecimiento de la población que ha provocado el aumento en las desigualdades de renta y, por ende la aparición de desigualdades en salud. Son esas condiciones las que crean un potencial aumento del gasto y la utilización de técnicas de dudoso coste-beneficio clínico.

**Palabras clave:** Estado de Bienestar, derechos sociales, políticas sociales, crisis económica, austeridad, desigualdades en salud.

## 2. Abstract

This paper aims to analyze the origins of the Welfare State and how the social provision system that we currently enjoy emerges under it. Likewise, we will address the concept of social rights and the reason why the right to health falls into that category. The debt carried by the National Health System is one of the priorities of the political panorama. However, the measures adopted by the state administration are mainly focused on containing public health spending through restrictive policies on access to health care, an increase in the contribution by users articulated through co-payment, a decrease in the amount in the budgets for the remuneration of personnel among other measures that we will deal with throughout the study. Possibly this is not the way to contain spending without reducing the quality of care and the bankruptcy of the sustainability of a system whose foundations are in danger. A danger that lies in the adoption of extremely short-term actions that leads to meeting needs that perhaps were not so urgent in favor of the truly important: the health care of the population. In a context of recession such as the one that Spain has experienced, there has been an impoverishment of the population that has led to an increase in income inequalities and, therefore, the appearance of health inequalities. It is these conditions that create a potential increase in costs and the use of techniques of doubtful clinical cost-benefit.

**Keywords:** Welfare State, social rights, social policies, economic crisis, austerity, health inequalities.

### 3. Introducción

El Sistema Nacional de Salud es un modelo de provisión social que surge del Estado de Bienestar en el período de postguerra en el siglo XX a raíz del Informe Beveridge.

El derecho a la salud nació como un derecho social sin importancia, siendo de naturaleza prestacional ya que es el encargado de satisfacer las necesidades de bienes y servicios básicos de los ciudadanos.

El Sistema de Salud español se basa en el modelo Beveridge o de provisión universal, que está basado en el principio de gratuidad y solidaridad, y su financiación corre a cargo de los impuestos generales.

Con respecto a la evolución del gasto sanitario, en primer lugar, analizaremos los datos del último año disponible, esto es, 2016. Hemos de destacar la adopción de medidas restrictivas poco eficientes que han provocado un aumento del gasto. A ello hemos de sumarle, la gestión, casi temeraria por parte de la administración. Además, el desplome que sufrió el PIB a raíz de la crisis económica en el año 2009 y que no se recuperó hasta el 2014. Hasta dicho año, no se aumentó de nuevo el gasto público.

Más aún, la crisis mermó la salud de la población principalmente en tres vertientes:

*Miguel Hernández*

1. A pesar de que la esperanza de vida es más alta, las personas mayores de 65 años tienen una calidad de vida peor en comparación con otras generaciones.
2. Aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.
3. Aumento de enfermedades mentales, desnutrición y obesidad.

El sistema sanitario actual no será sostenible si no se adoptan cambios estructurales en el sistema, a través de la priorización de las necesidades, la desinversión en tecnología sanitaria y en aparatos, medicamentos, dispositivos o procedimientos con escaso valor clínico, bajo o nulo coste efectividad o pese a aquellos que son efectivos no resultan eficientes.

Para finalizar, es crucial el fomento de la prevención de la salud a través de programas articulados. El fin es evitar los riesgos derivados de comportamientos individuales que comporten un peligro de padecer enfermedades crónicas en los ciudadanos y que, además, pongan en peligro la sostenibilidad de un sistema que hace aguas por todas partes.

Por tanto, este Trabajo Fin de Máster pretende ser un documento introductorio al complejo mundo del Sistema Nacional de Salud y, concretamente, del gasto sanitario.

De este modo, la materia se va a dividir en tres apartados. Durante el primero, se analizará el Sistema Nacional de Salud en general. Posteriormente nos adentraremos en cómo la crisis económica ha influido en el gasto sanitario, para, después, pasar a las medidas restrictivas del gasto público sanitario.

Se evaluarán en un último apartado las conclusiones, incluyendo en este el comentario desde la óptica personal.



*Miguel Hernández*

## 4. El sistema nacional de salud español

### 4.1 Orígenes y delimitación conceptual

La creación de los primeros servicios sanitarios coincide con la mitad del siglo XX, en un período histórico especialmente convulso como consecuencia de la crisis económica que surgió a raíz del crack de 1929 y del período de postguerra.

Es en ese contexto, a partir de 1929 con la crisis económica más grave del siglo XX y con la tensión social como marco, cuando aparece el Estado de Bienestar (Welfare State) keynesiano, cuyo fundamento se cimentará como modelo político y que *“concibe la política social como una expansión de los derechos sociales o una materialización de los derechos políticos y democráticos”* (Barroso, Castro, 2010) a raíz de la II Guerra Mundial.

El Estado de Bienestar nace como un instrumento estatal para paliar los fallos del mercado, ya que los continuos movimientos cíclicos en la economía y la mala distribución de la riqueza provocaron un, mayor si cabe, empobrecimiento de la población que se traducía en desigualdades sociales y en salud como consecuencia del establecimiento de políticas sociales tendentes a la contención del gasto. Las desigualdades en salud son, sin lugar a dudas, el resultado natural de las políticas de austeridad. Tema que trataremos con mayor profundidad en el próximo capítulo.

En este sentido, el Estado de Bienestar se puede definir como: *“el encargado de llevar a cabo una serie de medidas que permitan a los ciudadanos de una nación el acceso a un mínimo de servicios que hagan posible su supervivencia, dentro del modelo de economía de mercado”* (Barroso, Castro, 2010), con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos ya sea que se aplique a los trabajadores o a la población en general.

El fundamento del Estado de Bienestar, y más concretamente lo que se conocería posteriormente como el modelo Beveridge, lo encontramos en el informe de W. Beveridge destinado al Gobierno Británico el 20 de



noviembre de 1942, y cuya defensa se centraba fundamentalmente en la creación de un sistema de protección universal de la seguridad social basado en el principio de universalidad y gratuidad. Su fin último se basa en la creación de un método que paliara las dificultades más graves de la población y que, al mismo tiempo, pudiera satisfacer sus necesidades básicas como son el acceso a una asistencia sanitaria universal, gratuita y de calidad.

A través de las políticas sociales viene articulado un modelo basado en la provisión social cuyo objetivo principal no es otro que la protección de bienes y servicios y la garantía de acceso a un sistema sanitario de fundamento universal, igualitario para todos los ciudadanos. Es así como nace el *National Health Service* que se convertiría en el trascurso del tiempo en el orgullo del Gobierno Británico y el precursor del nuestro Sistema Nacional de Salud.

Fue Inglaterra la que, tras el Informe Beveridge, abrió la veda para que el resto de Europa implementara el modelo de provisión social basada en una financiación a través de los impuestos generales de todos los contribuyentes.

Como es bien sabido, existen diferentes tipos de sistemas de bienestar. Por una parte, el modelo Bismarckiano, cuya financiación se obtiene a través del pago de cuotas de la seguridad social de los trabajadores, tratándose de un modelo de aseguramiento social. Por otra parte, encontramos el modelo Beveridge o modelo de asistencia universal, en el que se incardina España, y que destaca por tratarse de un sistema de provisión social universal y gratuito financiado a través de los impuestos generales.

Las propuestas económicas de Lord Beveridge junto a la justificación de la intervención pública de Keynes para activar la economía se convirtieron en los orígenes del Estado de Bienestar. Sin embargo, todo parece indicar que no existe acuerdo entre los autores para establecer con precisión el nacimiento del mismo. En las primeras décadas del siglo XX convergen una serie de factores que explican su nacimiento, ya que surge como respuesta a las demandas económicas y sociales tanto de los ciudadanos como del

sistema económico. A tenor de lo expuesto no son pocos los autores que afirman que en Europa los orígenes remotos del Estado de Bienestar provienen de las Leyes de Bismarck, las cuales sentaron las bases para el modelo bismarckiano.

## 4.2 Los derechos sociales

Al amparo del Estado de Bienestar nacieron los derechos sociales. Son definidos como derechos de prestación debido a la exigencia de actuación e intervención por parte del Estado en la adopción de políticas públicas que garanticen a los ciudadanos la satisfacción de los propios intereses y corregir, en la medida de lo posible, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas de algunos grupos de población.

En tal sentido, los países desarrollados promueven las políticas sociales en el marco de un Estado de Bienestar con el fin de obtener el bienestar de los ciudadanos cubriendo las necesidades asistenciales y sanitarias de estos y que hagan posible su supervivencia en el marco de una economía de mercado.

Tal y como lo ha expresado *Gómez Bohadillo* (2011) las políticas del Estado de Bienestar deben ir encaminadas a *“corregir los aspectos más negativos e incómodos de la desigualdad social”*. Es por ello que el acceso a una asistencia sanitaria eficiente y de calidad es un elemento de cohesión social que impide la aparición de una crisis social al tiempo que evita la quiebra del Estado de Bienestar.

El sistema sanitario supone una importante partida de gasto público en los presupuestos del Estado. Tensan de alguna manera el equilibrio entre necesidad y gasto público. Es por ello que las crisis económicas producen el aumento del déficit público, cuestión que se intenta contrarrestar con la adopción de políticas restrictivas del gasto cortoplacistas sin haberlas analizado debidamente, y que únicamente provocan un empeoramiento del estado de salud de los ciudadanos y un deterioro de los determinantes de la salud.

### **4.3 El Sistema Nacional de Salud español**

El sistema sanitario español nace formalmente con la Ley 14/1986 General de Sanidad en un momento en el que las políticas habían abandonado la tendencia explosiva del gasto sanitario, debido a un aumento desmedido.

No podemos negar, sin embargo, que en España ya existía un sistema universal de asistencia sanitaria llamado “*sistema sanitario de la Seguridad Social*” creado en el año 1943. A esta figura el legislador y el ejecutivo pretendió dotarla de carácter universal y formalizarla a través de la ley anteriormente citada.

El sistema nacional de salud español se constituyó en una serie de niveles asistenciales, cuya característica principal es la distribución territorial por áreas o zonas de salud dentro del complejo entramado organizativo. Para acometer la difícil tarea de gestión sanitaria, se pensó en la descentralización territorial, proceso que finalizó en el año 2002 y que supone uno de los pilares básicos sobre el que descansa nuestro sistema nacional de salud. Sin embargo, y pese a que la descentralización pudiera tratarse de una solución más o menos acertada, es en este punto donde radica la problemática del aumento ineficiente del gasto sanitario a nivel de cada Comunidad Autónoma como consecuencia de la laxitud en el establecimiento de instrumentos de control financiero por parte del Estado. La ausencia de sistemas de auditoría financiera no hace sino agravar más si cabe la ineficiencia en el gasto sanitario.

## **5. La crisis económica y sus consecuencias para el sector sanitario**

### **5.1. Evolución del gasto sanitario en España**

El gasto sanitario en el año 2016 ascendió a 101.721 millones de euros, de los cuales 72.402 millones fueron financiados por el sector público, y 29.319 millones de euros financiados por el sector privado.

Este gasto asciende a 2.190 euros por habitante y representa el 9,1% del Producto Interior Bruto (PIB). Por otra parte, y en función de los últimos datos disponibles a los que hemos tenido acceso, en el año 2017 el gasto sanitario per cápita ascendió a 2.371 euros, lo que se traduce en un 8,9% PIB, siendo la media de la Unión Europea del 9,8%.

Después del año 2009 y tras la crisis económica que azotó España y su posterior recesión, se advirtió una disminución del gasto público sanitario, para posteriormente apreciar un crecimiento ininterrumpido a partir del año 2014. Ello no significa que la administración haya destinado mayores recursos al ámbito sanitario, sino que puede ser debido principalmente a un desplome del Producto Interior Bruto (PIB), lo que provocó que el crecimiento del gasto público en sanidad se haya visto afectado.

Durante el período que abarca del año 2012 al 2016 el gasto sanitario ha variado en un 6,2%, porcentaje que en términos absolutos se traduce en un crecimiento de 5.947 millones de euros. La media anual del crecimiento del gasto sanitario en el quinquenio 2012-2016 fue de 1,5%.

**Tabla 1 Gasto sanitario total público y privado, millones de euros porcentaje sobre el Producto Interior Bruto (PIB) y euros por habitante.**

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Millones de euros</b>					
Gasto sanitario total	95.774	93.728	94.839	99.889	101.721
Gasto sanitario público	69.152	66.552	66.780	71.228	72.402
Gasto sanitario privado	26.622	27.176	28.059	28.661	29.319
<b>Porcentaje sobre PIB</b>					
Gasto sanitario total (%)	9,2	9,1	9,1	9,2	9,1
Gasto sanitario público (%)	6,7	6,5	6,4	6,6	6,5
Gasto sanitario privado (%)	2,6	2,6	2,7	2,7	2,6
<b>Euros por habitante</b>					
Gasto sanitario total	2.048	2.012	2.042	2.152	2.190
Gasto sanitario público	1.479	1.428	1.438	1.535	1.559
Gasto sanitario privado	569	583	604	618	631

**Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Cuentas de Salud.**

Desde 2013, año en el que llegó a su fin la tendencia bajista experimentada por el gasto sanitario público a raíz de la última crisis económica en España, las Administraciones Públicas, han gastado un 8,8% pasando de 66.552 millones de euros en 2013 a 72.402 millones de euros en 2016. En relación

a las administraciones regionales se advierte en el 2016 con respecto al 2015 un aumento del gasto sanitario del 1,7%.

En relación a las Comunidades Autónomas, en el año 2016 el gasto público en sanidad ascendió a 61.627 millones de euros lo que supone un porcentaje del 92,4% del gasto público. Representa, en cuanto al Producto Interior Bruto (PIB) un 5,5% con 1.332 euros de gasto medio. Sin embargo, es necesario puntualizar que un 7,6% del gasto sanitario público en todo el territorio español no se recoge territorializado.

**Tabla 2 Gasto sanitario público consolidado según clasificación sectorial. Millones de euros. España, 2012-2016.**

	2012	2013	2014	2015	2016
Administración Central	725	700	581	584	577
Sistema de Seguridad Social	1.434	1.443	1.478	1.535	1.573
Mutualidades de Funcionarios	2.094	2.131	2.103	2.153	2.228
Comunidades Autónomas	59.034	56.760	57.100	60.749	61.627
<b>Gasto total consolidado</b>	<b>64.078</b>	<b>61.728</b>	<b>60.919</b>	<b>65.708</b>	<b>66.678</b>

**Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estadística de Gasto Sanitario Público.**

El 44,2% del gasto sanitario público del sector ha tenido su origen en tres Comunidades Autónomas: Cataluña, Andalucía y la Comunidad de Madrid, con un gasto respectivamente de 10.065, 9332 y 7863 millones de euros. Por su parte, las Comunidades Autónomas que generan un gasto más bajo serían: La Rioja, Cantabria y la Comunidad Foral de Navarra.

En función de su población las Comunidades autónomas con mayor gasto sanitario público son el País Vasco, el Principado de Asturias y Extremadura, con un total de 1669, 1577 y 1549 euros por habitante respectivamente. Por otro lado, son Andalucía (110 euros por habitante), la Comunidad de Madrid (1224 euros por habitante) e Illes Balears (1291 euros por habitante) las que revelan un menor gasto sanitario público.

Desde la perspectiva de la clasificación económica, el elemento que revela un mayor peso como componente de gasto para las Comunidades Autónomas es la remuneración del personal. En el año 2016 llegó a alcanzar el importe de 28.022 millones de euros, lo que se traduce en un

45,5% del gasto, experimentando un aumento del 2,5% respecto al año anterior.

## **5.2 El efecto de la crisis económica en la salud de la población. Desigualdades en salud**

España se enfrenta a nuevos retos socioeconómicos derivados de los nuevos riesgos (New Risks) como consecuencia de la crisis económica que sufrió y que supuso un punto de inflexión en el modo de evaluar el gasto público sanitario. A comienzos del 2013 la deuda ascendía a más de 16.000 millones de euros. Todo ello pone en riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud ya que las medidas adoptadas por el Gobierno, tal y como apuntan algunos autores son, en su mayoría, cortoplacistas basadas en recortes y en el deseo de un ahorro inmediato.

El Estado de Bienestar español es aún joven y poco consolidado en comparación con otros sistemas de bienestar europeos que disfrutaban de una sólida tradición socialdemócrata. Sin embargo, el nuestro ha mirado más a criterios de equidad que de eficiencia y todo ello se repercute en la calidad de la asistencia sanitaria.

No podemos pensar que una disminución del gasto público o la adopción de políticas de gasto más restrictivas no pondrán en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario. Evidentemente cualquier medida adoptada a la ligera sin la correspondiente evaluación de coste-efectividad no hace sino empeorar la prestación sanitaria, produce el deterioro de la salud de la población y genera, si cabe, más gasto de aquél que formaban parte de las previsiones iniciales.

A raíz 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**, se observó que excluir a determinados grupos de población entre los que destacan los inmigrantes irregulares, grupos vulnerables y otros con riesgo de exclusión social, acrecentó las desigualdades en salud y ocasionó el aumento del gasto debido al escaso control de las enfermedades crónicas y a una disminución



del gasto en las partidas de prevención, provocando un aumento de los ingresos hospitalarios.

Cuando nos referimos a la creación y adopción de políticas de austeridad, la primera de una larga serie de medidas, suele ser la modificación de las condiciones de trabajo del personal sanitario, seguida de la reestructuración organizativa de los centros sanitarios y la descapitalización del valor humano entre otros.

Posiblemente la solución pasa por desaprender aquello que juzgamos eficiente y a continuación evaluar las políticas adoptadas por países con un menor gasto público sanitario, con mayor experiencia en la toma de decisiones basadas en criterios de coste-efectividad, sin que ello vaya en detrimento de la calidad asistencial. Se trata de gastar menos, indudablemente, y que la partida de gasto público en sanidad no aumente exponencialmente, hacer lo mismo con menos, y observar desde la humildad a aquellos sistemas sanitarios más eficientes.

Una de las acciones a llevar a cabo y que trataremos en el próximo capítulo es la reducción o eliminación (en función del correspondiente análisis) de tecnologías sanitarias con bajo o nulo coste-efectividad.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ya lo apuntaba en el 2013, cuando afirmó que el riesgo de exclusión de la prestación sanitaria y la negativa de acceso a ésta aumentaba en los grupos sociales más vulnerables y desfavorecidos, como consecuencia del maltrecho intento por parte del Gobierno de controlar el gasto sanitario a través 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**. La cuestión no radica en efectuar una reducción del gasto de manera aleatoria sin ningún tipo de análisis previo, sino en optar por alternativas eficientes que, a otros países, como hemos apuntado, hayan funcionado. Por tanto, “copiar” a aquellos que han hecho más con menos sin sacrificar la calidad de la prestación sanitaria, es un acto de humildad que las administraciones y los usuarios del sistema agradecerían.

Hoy por hoy, basándonos en los últimos datos disponibles publicados por la **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)**, y en algunos ámbitos de la salud de la población, el panorama no resulta alentador. Si bien es cierto que España posee la esperanza de vida más elevada de los países de la Unión Europea, y pese a la existencia de desigualdades sociales y de renta, éstas resultan menores respecto a la de otros países europeos. Ello no es óbice para afirmar, sin ningún género de dudas, que la crisis económica no ha tenido influencia en la salud de la población. No obstante, mantenemos una esperanza de vida elevada (una media de 83,4 años en el 2017), los españoles mayores de 65 años viven más, pero con una peor calidad los últimos años de vida, como resultado del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones en la autonomía de la vida cotidiana, depresión y otras enfermedades mentales asociadas. Un 24% y 35% de los españoles mayores de 65 años refieren respectivamente una o al menos dos enfermedades crónicas. Y cuando hablamos de depresión alcanzamos un 39% de personas mayores de 65 años que refieren sintomatología depresiva que grava sobre el erario público en forma de gasto sanitario.

En relación a la obesidad, se observa que un 20% de los adolescentes sufre de sobrepeso y obesidad, un 3% más con respecto a la media de la Unión Europea que se encuentra en el 17%. Los ingresos hospitalarios evitables descendieron en relación a la diabetes, pero se mantienen en la media europea en cuanto a patologías como asma o EPOC. Y es que en España más de un tercio de las muertes pueden atribuirse al mantenimiento de factores de riesgo como puede ser el tabaco, una dieta inadecuada, el alcohol y el sedentarismo. Riesgos que podrían evitarse con un adecuado servicio de prevención y con la creación de programas para favorecer hábitos saludables o un control por parte de los médicos de atención primaria.

En otro orden de cosas, la limitación en el gasto sanitario público puede tener efectos graves para la salud de la población a largo plazo y consecuencias económicas para los más vulnerables. La limitación de las prestaciones sanitarias y el aumento de la aportación de los usuarios al



sostenimiento del sistema, excluye si cabe, aun más a los colectivos más desfavorecidos. En un contexto de crisis económica el aumento de la desigualdad en la renta influirá negativamente en la salud y ocasionará desigualdades en salud.

Nuestro Estado de Bienestar se tambalea. Y sin embargo, no es la sostenibilidad del sistema de bienestar y por ende el sistema sanitario lo que debería preocuparnos. La cuestión que nos atañe no radica en si será sostenible o no el Estado de Bienestar, sino qué tipo de Estado de Bienestar queremos mantener en el tiempo, ya que se ha demostrado infinidad de ocasiones que no es equitativo ni eficiente, pese a que la equidad haya constituido su buque insignia desde los orígenes.

¿Cuál es el objetivo fundamental? Es, sin lugar a dudas, aumentar la calidad de la gestión. Sin pretextos, y con políticas restrictivas del gasto concienzudas evaluadas al mínimo detalle.

Posiblemente sea pronto para evaluar los efectos de la crisis económica en la salud de la población, ya que depende de un sinnúmero de factores como naturaleza, extensión y duración. Y aunque no poseemos evidencia de las consecuencias en la salud a largo plazo, la OCDE en 2018 observó un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la obesidad como consecuencia de la crisis económica.

En un periodo de escasez de recursos uno de los impactos negativos más graves lo constituye la salud mental de la población adulta. Se ha verificado el aumento de diagnóstico por enfermedades mentales y, asimismo se evidencia un crecimiento en la tasa de suicidios.

Se ha verificado un aumento de la utilización de los servicios hospitalarios asociados a depresión, ansiedad, diabetes y otro tipo de trastornos mentales. Ocurre porque la crisis económica no hace sino acentuar las enfermedades mentales y se sitúa en el origen de problemas de dependencia, especialmente el alcohol.

## 6. Medidas restrictivas del gasto público sanitario

### 6.1 ¿Es sostenible el sistema sanitario actual?

El Sistema Nacional de Salud está siendo un elemento de cohesión social que impide que la crisis económica converja en una crisis social (Cabasés, Oliva, 2016).

Para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario no serán suficientes cambios coyunturales como se ha hecho hasta ahora. Más bien, es necesario adoptar cambios estructurales que puedan garantizar una calidad asistencial y que den prioridad a lo importante y no a lo urgente. Porque es en la urgencia donde se esconde el enemigo de la planificación y de la gestión eficiente. El fin principal es y será la mejora de la salud del paciente. El problema reside en que la gestión financiera sanitaria se ha pensado como un fin en sí mismo por encima de criterios de equidad y eficiencia.

En palabras de Repullo: *“El problema no estriba tanto en la pulsión expansionista de la industria sino en la escasa capacidad de reacción de las autoridades sanitarias que acaban siendo rehenes de un gasto sanitario creciente”* (Repullo, Segura, 2006). Porque cuando la administración se convierte en rehén de una tendencia creciente del gasto en sanidad implica que ha perdido el control y, sobre todo, la visión de lo que es imprescindible llevar a cabo para “encarrilar” la maquinaria sanitaria.

Como apunta (Peiró, 2014) son dos los problemas que amenazan la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, esto es:

1. La intrusión del concepto de cronicidad a muchas enfermedades que anteriormente no se entendía como tales. Se expande por tanto la cronicidad de las patologías con un coste económico muy elevado derivado de fármacos o procedimientos de larga duración en el tiempo.
2. La incorporación de nuevas tecnologías sanitarias. Tecnologías que no necesariamente comportan un aumento de la supervivencia y calidad de vida del paciente, o si lo hace, es en un porcentaje bajo en relación al coste beneficio. En algunos países, donde los costes sanitarios eran

crecientes, se optó por iniciativas que disminuyeran el despilfarro a través de la eliminación de actividades diagnósticas o terapéuticas innecesarias. Este término llamado desinversión se entiende como un *“proceso explícito mediante el cual dejan financiarse de forma parcial o completa medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo o dudoso valor clínico (sin efectividad clínica, no coste-efectivo o cuya efectiva o eficiencia son marcadamente marginales o mucho menores que la de otros disponibles”* (Elshaug, Hiller et al., 2007).

## **6.2 Análisis de las principales medidas de contención del gasto sanitario**

Más allá de la crisis económica, en un periodo de escasez económica y con el fin de mejorar la eficiencia en la gestión y la calidad asistencial, es preciso que el sistema sanitario exija la toma de acciones y nuevos abordajes a medio o largo plazo para concentrarnos en los aspectos importantes y no en la urgencia presupuestaria.

Observando el panorama con detenimiento y tras realizar un análisis exhaustivo concordamos en que las posibles soluciones para la problemática de la onda expansiva de gasto público pasarían por:

1. Priorizar los aspectos más importantes durante la adopción de acciones restrictivas del gasto público en salud.
2. Solventar el problema de la deuda con los suministradores para, así, evitar arrastrar un lastre que compromete la sostenibilidad del sistema, y, además, que obliga a concentrarse en medidas “parche” a corto plazo con el riesgo de encontrarse sepultados por la urgencia de la deuda. Ello impide estructurar una planificación de la deuda a través de un plan plurianual para hacerle frente a medio plazo con el objetivo de sanear, en la medida de lo posible, la economía estatal. (Cabasés, Oliva, 2016).
3. Utilizar lo eficiente y no sólo lo efectivo. Acudiendo a la información que está en nuestro poder o, como apuntábamos en los capítulos anteriores, copiando las medidas que han obtenido resultado en otras naciones con sistemas sanitarios más eficientes que el nuestro.

4. Evaluar la inversión tecnológica sanitaria. Proceder a una desinversión tecnológica paulatina de aquellos elementos de nulo coste efectividad y a continuación, análisis exhaustivo de aquella que acarrea en un futuro un potencial coste efectividad pero que aún no se ha verificado. Sería útil, como apuntan (Ortún, Callejón, 2012) el establecimiento de una moratoria para la introducción de nueva tecnología en el marco de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
5. Desinvertir en aquellos servicios, procedimientos, dispositivos, fármacos o prestaciones con bajo o nulo coste-efectividad.
6. Financiar el pago por resultado en salud y no por actividad.
7. Coordinación y colaboración asistenciales entre atención primaria y especializada. En cualquier caso, los esfuerzos para implementar estas políticas deberían ir dirigidos a la promoción de la autonomía y no sólo al tratamiento de la enfermedad y la dependencia. (Jiménez, Oliva, Vilaplana, 2011)
8. Promoción de la prevención. Los comportamientos individuales se encuentran en el origen del riesgo de padecer enfermedades crónicas que exijan una asistencia de larga continuidad. Se debería apostar por el comportamiento colectivo mediante el impulso de acciones preventivas y programas que involucren tanto a los centros de salud como a los usuarios del sistema sanitario.
9. Creación de un sistema de incentivos para el personal sanitario y no sólo de carácter económico. Una retribución adecuada, reconocimiento, autonomía en el desempeño de las tareas, posibilidad de formación e investigación.
10. Implicación de los actores en el engranaje del sistema sanitario: desde los usuarios, pasando por el personal clínico, gestores, directivos, y la Administración.
11. Incentivos desde un punto de vista tributario para aquellos usuarios que utilicen los servicios sanitarios de manera consciente y responsable. Coparticipación financiera del usuario pero proporcional a la renta o con incentivos cuotas moderadores (importe fijo que el usuario paga por cada servicio utilizado) o bien los copagos (Guzman, 2007).

## 7. Conclusiones

La solvencia de nuestro Sistema Nacional de Salud cuando la crisis económica irrumpió en el escenario social, económico y sanitario, llevó al planteamiento de que probablemente se habría podido hacer todo mejor. Mucho mejor. Cuando la Administración toma las medidas necesarias para frenar la tendencia explosiva del crecimiento del gasto público en salud, ya es demasiado tarde, al tiempo que ofrece soluciones a problemas que son urgentes, pero sigue sin atender a aquellos importantes.

En España disfrutamos de un Estado de Bienestar que ha tenido poco recorrido, y pese a los azotes de la economía, de la disminución del PIB y del aumento exponencial de los costes sanitarios, entre otros muchos factores, ha resistido la embestida de las circunstancias de forma estoica sin quebrantarse. En tal sentido, ha erosionado de manera (esperemos) temporal la calidad del servicio asistencial ocasionando a su vez un deterioro correlato de la salud de la población. Sin embargo, sin tener la certeza a largo plazo de qué efectos tendrá sobre los indicadores de salud las acciones adoptadas, podemos afirmar sin temor a equivocarnos, que ha supuesto un sacrificio para todos los actores involucrados.

No es tarde para llevar a cabo cambios a nivel estructural que produzcan una mejora en la prestación sanitaria que disfrutan los ciudadanos. Con la colaboración de los usuarios, del personal clínico y de la administración sanitaria, posiblemente sea posible enderezar el timón para ofrecer un sistema eficiente y consciente de las propias limitaciones.

Para concluir, desearíamos dejar al lector un pensamiento de Peiró cuando expresa que “No existe una distribución justa del despilfarro. El despilfarro es injusto e inequitativo en sí mismo y, esencialmente implica el sufrimiento generado por otras necesidades sanitarias que se han quedado sin cubrir” ¿Quién ha sufrido por los errores cometidos en la gestión durante la crisis económica?

## 8. Referencias bibliográficas

- AGUADO I CUDOLÀ, V. y PRADO PÉREZ, R. (2014). Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: la crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del estado de bienestar. *R. V. A. P.*, núm. 99100, pp. 87-110.
- BANDRÉS, E. y GONZÁLEZ, R. (2015). La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de información económica*, núm. 248, pp. 37-48.
- BARROSO GONZÁLEZ, M. y CASTRO VADILLO, N. J. (2010). Estado del Bienestar y crisis económica: una revisión bibliográfica. *XII Reunión de Economía Mundial*, Santiago de Compostela, 26-28 de mayo.
- CABASES, J. M. y OLIVA-MORENO, J. (2012). El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario. *Cuadernos de información económica*, núm. 225, pp. 57-62.
- CANTERO MARTÍNEZ, J. (2013). Constitución y derecho a la protección de la salud ¿existe algún límite frente a los recortes sanitarios? *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 8, pp. 1-26.
- CARMONA LÓPEZ, G., LÓPEZ FERNÁNDEZ, L. A., MENDOZA GARCÍA, O. J. y OLEAGA DE USATEGUI, I. (2015). Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. *Documentos de trabajo*, Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado el 27 de julio de 2019 de <https://www.easp.es/project/impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-y-en-el-sistema-sanitario-en-espana/>
- COLLAZO HERRERA, M., CÁRDENAS RODRÍGUEZ, J., GONZÁLEZ LÓPEZ, R., MIYAR ABREU, R., GÁLVEZ GONZÁLEZ, A. M. y COSME CASULO, J. (2002). La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panamericana de la Salud Pública*, vol. 12, núm. 5, pp. 359-365.



- ELSHAUG, A.G. HILLER, J. E., TUNIS, S. R. y MOSS, J. R. (2007). Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy*, núm. 4, p. 23.
- DALLI ALMIÑANA, M. (2015). Universalidad del derecho a la salud e igualdad material: desigualdades económicas y sociales y desigualdades en salud. *Universitas, Revista de Filosofía, Derecho y Política*, núm. 22, pp. 3-31.
- GALLO, P. y GENÉ-BADIA, J. (2015). Evidencias y reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la sanidad. *Panorama Social*, núm. 22, pp. 79-92.
- GUITIÉRREZ MORLOTE, J. (1994). Implicación de los profesionales sanitarios en el control de los gastos. *Nefrología*, vol. XIV, suplemento 1, pp. 118-133.
- GUZMÁN URREA, M. DEL P. (2007). Análisis de las principales estrategias de racionalización de los recursos sanitarios en las reformas sanitarias actuales. *Revista Gerencia y Salud*, vol. 6, núm. 13, pp. 66-84.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G. (2004). La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, del control y la financiación. *Cuadernos económicos de ICE*, núm. 67, pp. 49-62.
- MENEU, R. (2015). Para priorizar es prioritario... Notas para deliberar sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud. *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve*, núm. 36, pp. 3-9.
- MINISTERIO DE SANIDAD. (2020). Gasto Sanitario. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. *Informes, Estudios e Investigación 2020*.
- OMS (2000). *Informe de la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.
- ORTÚN, V. y CALLEJÓN, M. (2012). Crisis en España: ¿Cómo renovar los servicios sanitarios? En J Casajuana y J Gervas (dir): *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid: Springer, pp. 157-174.

- PEIRÓ, S. (2014). En atención sanitaria, más o menos, menos es más. *Apuntes sobre desinversión sanitaria*. *Apuntes sobre desinversión sanitaria*, vol. 16, pp. 68-74.
- PEIRÓ, S. y MENEU, R. (2011). Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. *Atención Primaria*, núm. 43, pp. 115-116.
- PÉREZ, G., RODRÍGUEZ-SANZ, M., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, F., CABEZA, E. y BORELL, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, vol. 28, núm. Extra 1, pp. 124-131.
- REPULLO LABRADOR, J. R. (2013). Financiación de la sanidad, distribución y asignación de recursos. *Tratado de derecho sanitario*, vol. 1, pp. 139-168.
- REY DEL CASTILLO, J. (2012). *El Sistema Nacional de Salud español: génesis histórica y evolución*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- RODRÍGUEZ ALCALÁ, F. J. y LÓPEZ DE CASTRO, F. (2004). Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *Semergen*, vol. 30, núm. 4, pp. 180-189.
- SOLANES CORELLA, A. (2013). La salud como derecho en España: reformas en un contexto de crisis económica. *Derechos y libertades*, núm. 31, Época II, pp. 127-161.
- SÁNCHEZ PRIETO, F. L. (2007). Medidas de racionalización del gasto sanitaria y su aplicación: un enfoque alternativo sobre las centrales de compra. *Presupuesto y Gasto Público*, vol. 49, pp. 179-192.
- VIVANCOS COMES, M. (2017). Austeridad económica, derechos sociales y políticas públicas de bienestar: balance de los años de la crisis. *Lex Social*, vol. 7, núm. 1, pp. 388-404.