



Universidad Miguel Hernández

Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de
Orihuela

Grado en Administración y Dirección de Empresas

Trabajo Fin de Grado

Servicios Sanitarios en España: caracterización y
evolución

Curso académico 2016/2017

Alumno: Pablo Fayos Jordán

Tutora: Juana Aznar Márquez

*A mis padres,
por su infinita paciencia conmigo.*



Contenido

1. Resumen/Abstract.....	3
2.- Introducción y estado de la cuestión	4
• Servicios Sanitarios.....	5
• Provisión sanitaria.....	7
• La oferta de servicios sanitarios.....	7
• La demanda de servicios sanitarios	9
• Eficiencia y eficacia en la salud.....	9
• Economías a escala en sanidad.....	11
• Caracterización del mercado de servicios sanitarios.....	12
3.-Marco Normativo.....	13
4.- La financiación del Sistema Nacional de Salud y de la Seguridad Social.....	15
5.- Objetivos y Justificación del trabajo.....	16
6.- Medición de los servicios sanitarios en España.....	17
• Indicadores de Política Sanitaria.....	17
• Indicadores Sociales y Económicos.....	28
• Indicadores de Prestación de Salud.....	29
7.- Datos sobre el gasto sanitario en España.....	33
• Sistema Sanitario Público.....	33
• Gasto Sanitario Público.....	33
• Sistema Sanitario Privado.....	38
• Gasto Sanitario Privado.....	40
• Sanidad Española en Europa.....	43
8.- Desigualdades Sociales y Salud. Polarización por clases sociales del Sistema Sanitario. Análisis y discusión.....	49
• Causas de las desigualdades. Ejes de desigualdad.....	49
• Crisis y su impacto sobre la desigualdad.....	52
9.-Conclusiones y Propuestas.....	56
10.- Bibliografía	58

1. Resumen

El presente trabajo pretende analizar la situación en la que se encuentra la sanidad española actualmente. Haciendo énfasis en el antes y después de la crisis financiera, pretendo caracterizar los factores que directamente atañen a el sistema de atención sanitaria española, relativos a su demanda, provisión y producción, así como realizar un análisis de la salud social en el conjunto de la sociedad española y observar si las medidas tomadas durante la crisis incidieron en alguna medida en esta atención sanitaria, acercándose o alejándose de la eliminación de las desigualdades que pretende el Sistema Nacional de Salud.

Abstract

This paper aims to analyze the situation in which the Spanish health is nowadays. Emphasizing at the before and after the financial crisis, I intend to characterize the factors that directly affect the Spanish health care system, related to its demand, provision and production, as well as to perform an analysis of social health in the whole of the Spanish society and to see if the measures taken during the crisis affected to some extent in this health care, approaching or moving away from the elimination of the inequalities that the National Health System aims to.

2. Introducción y estado de la cuestión

Es muy habitual en cualquier conversación entre individuos que hace tiempo que no se ven preguntas del tipo: ¿Y qué tal la salud? ¿Cómo anda tu prima aquella que oí que estaba en el hospital?... Pero, ¿realmente qué entendemos por Salud? En líneas generales se ha identificado la salud como el estado (situación) en que una persona se encuentra. La preocupación por aumentar la esperanza de vida de la población así como la calidad de la misma es tan antigua como la propia humanidad.

Hoy en día, el término salud ha ido presentando diferentes acepciones según el punto de vista desde el que la estudiemos. Empezando con la definición del Diccionario de la Real Academia de la lengua Española tenemos que, salud es “el estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones”. Como se puede apreciar, no se trata de una definición muy concreta ya que podría dar lugar a distintas situaciones y escenarios. Por ejemplo, un hombre que le faltase una pierna, no podría decirse que está sano siguiendo la anterior definición de salud a pesar de que pueda seguir ejerciendo con normalidad todas sus funciones.

Desde una perspectiva bio-médica, se trata de explicar la salud a través del paciente, de su enfermedad y de su tratamiento sin tener en cuenta los factores que rodean al individuo en los contextos del marco en que se mueve o el contexto cultural y socio-económico. Mientras que algunos autores como Emile Durkheim (1985), citado por Ritzer (2002), definen salud desde un punto de vista sociológico como “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) en el Preámbulo de la Constitución de la OMS nos proporciona una definición más completa para el propósito de este trabajo al definir la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

afecciones o enfermedades”. La primera parte de esta definición está relacionada con la idea de ausencia de enfermedad y de equilibrio mental respectivamente. Pero, ¿a qué se refiere cuando habla de salud social? Considera el entorno de una persona, su vida en sociedad, familiar, socio-económica,... factores todos ellos que inciden directamente sobre el estado de bienestar de los individuos, generando una salud en sociedad. Es en esta salud social en la que centraremos el foco de atención de este trabajo.

Siendo así, los gobiernos trataran de actuar sobre la salud social, ya que será ésta la que permita la evolución de la población dentro de una sociedad o cultura de forma que se garantice un desarrollo sin violencia ni conflictos. La percepción de como el sistema sanitario definido por los gobiernos es capaz de satisfacer la demanda de servicios médicos (concepto que pasamos a definir en próximos párrafos) está fuertemente relacionado con la cantidad de recursos que se destinan a este fin. Recursos que son de muy diversa naturaleza, aun siendo los más fácilmente identificables el personal sanitario y los recursos hospitalarios y farmacéuticos.

Pero no podemos olvidar que en términos macroeconómicos no solo nos tenemos que centrar en el corto plazo, donde la salud supone un coste sino que tiene que verse también como una inversión a largo plazo. En términos generales, la salud afecta en gran medida al desarrollo económico de los países al incidir en la esperanza de vida, su capacidad de ahorro y el control de epidemias. Es por esto que algunos gobiernos destinan gran parte de sus recursos a la conservación y correcta evolución de la salud social de la población. Cuanto mejor sea el acceso a la salud que provean los estados, mayor será la esperanza de vida, al mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos y ciudadanas.

Servicios Sanitarios

En términos económicos, la medición de la salud no sería viable al no ser ésta valorable por términos objetivos y que respondan a patrones observables. Con el fin de poder cuantificar la salud, hablaremos de ésta en su aplicación a los

servicios sanitarios ofertados por los profesionales y los agentes de los servicios de salud.

Siguiendo a Juan de Llano (2005) entenderemos por **servicios sanitarios** “*aquellos prestados a individuos o comunidades con el propósito de promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud*”. El mencionado autor considera que la definición proporcionada de servicios sanitarios trata un amplio concepto que abarca no solo la actuación de los profesionales sanitarios, sino el resultado de cada paciente único en el conjunto de la sociedad. Sin embargo, como es fácilmente apreciable, su definición se encuentra muy vinculada con la oferta de servicios sanitarios.

Antes de pasar a caracterizar un poco más detenidamente la oferta y la demanda de servicios sanitarios, y siguiendo a Indalecio Corugedo (2005) pasamos a detallar a los agentes que podríamos considerar como relevantes a la hora de estudiar la oferta y la demanda de servicios sanitarios:

- En primer lugar tendríamos a las personas que van a consumir los servicios sanitarios también denominados “**pacientes**”. El consumo de bienes de naturaleza sanitaria se realiza si la persona se encuentra enferma. Esta demanda se realiza conjuntamente con la de bienes y servicios necesarios para la subsistencia (en ocasiones en competencia puesto que la renta de la que disponen las personas no es ilimitada).
- El/la **médico/a**, que es el “intermediario característico en la actividad sanitaria”. Son quienes determinan el consumo de atención sanitaria, principalmente en el consumo de medicamentos.
- **Productores/as de servicios sanitarios**, cuya actividad básica se realiza en los centros médicos con el objetivo de satisfacer la demanda. El/la profesional sanitario también podría considerarse productor/a si presta su servicio en su propia empresa (por ejemplo una consulta privada)
- **El Estado**. En el caso de España destina una importante proporción del presupuesto público para garantizar a la población el acceso a los

recursos sanitarios: es lo que se denomina la provisión de la oferta de servicios sanitarios.

La Provisión Sanitaria

Los servicios sanitarios aun cuando sean suministrados por el sector público no son un bien público ya que siguiendo a Stiglitz (2006) no cumplen las propiedades de:

- **no rivalidad en el consumo.** Una vez producida una cierta cantidad de bien público, ésta puede ser consumida simultáneamente por todos los individuos. Esto implica que el coste marginal de que un individuo se sume al consumo es cero, o lo que es lo mismo, el consumo de un bien por parte de un individuo no disminuye la cantidad disponible para el resto de los individuos. Ejemplos son un programa de televisión, la aprobación de una ley.... En contraposición a un bien público, cada unidad de un bien privado sólo puede ser utilizada por un individuo.

- **No exclusión** Los bienes públicos son no excluibles cuando a un precio razonable, no se puede impedir que consuma el bien quien no ha pagado por él. Ejemplo sería la defensa nacional. La provisión privada de un bien no excluible es prácticamente imposible, ya que no se puede evitar el consumo de quien no paga.

Los servicios sanitarios son suministrados por el Estado pero su coste marginal de suministro a más personas es más alto, por lo que se denominan **bienes privados suministrados** por el Estado. Si un Estado considera que determinados bienes o servicios son imprescindibles decidirá garantizar al menos una determinada cantidad de los mismos.

La oferta de los Servicios Sanitarios

La provisión de la oferta de servicios sanitarios hace referencia a aquel órgano que será garante de la atención sanitaria para una población, como se ha visto en párrafos anteriores, y que se realiza para satisfacer la demanda de estos servicios. Encontramos diferentes formas o sistemas de cubrir esta demanda. La oferta puede ser provista por los siguientes sistemas:

- **Sanidad pública:** El estado financia a través de los presupuestos estatales (Ley 14/1986 General de Salud) una sanidad homogénea para todos, universalizada y con el objetivo final de beneficiar a la sociedad.
- **Sanidad privada:** Es la atención sanitaria ofrecida por organizaciones distintas a los estados. Se trata de empresas privadas que obtienen beneficios a cambio de esta asistencia. Se financia con los planes privados de salud que contrata la población a través entidades como por ejemplo ASISA, Adeslas, Sanitas, Mapfre, Caser Salud,... que ofrecen los planes privados de prevención y seguimiento en centros privados.
- **Sanidad pública de prestación privada:** Se trata de un modelo sanitario en el que la financiación, la propiedad y el control de la sanidad es pública, pero su prestación es privada. En España se conoce este tipo de sanidad como el modelo Alzira, ya que fue el primer hospital de la localidad valenciana que estableció este tipo de gestión.

Por lo tanto, y siguiendo a Juan del Llano (2005) el productor de la oferta sanitaria en el caso del estado español no es único “si se trata de centros públicos, será el Estado el responsable final del proceso productivo, mientras que en el caso de los centros privados la responsabilidad recaerá en los órganos empresariales tradicionales”. Este mismo autor nos muestra que se puede distinguir entre producción y la unidad de producción. Entenderemos por producción el “combinar una serie de elementos, llamados factores, de la mejor forma posible y que permitan obtener una serie de bienes y servicios finales, que llamaremos producto”. Los factores son tradicionalmente los relativos a tierra, capital y trabajo, pero en sanidad la tierra “ya está dada y no plantea problemas de asignación. En el caso de los servicios sanitarios, el producto se conoce como atención sanitaria, el trabajo son las horas del personal sanitario y el capital será tanto físico (edificios y maquinaria) como humano (nivel de educación del personal disponible).

En cuanto a las unidades de producción podemos distinguir entre:

- El/la médico/a, que pueden pertenecer tanto a la demanda (en próximos párrafos se introducirá el concepto de demanda derivada de los servicios

sanitarios) como a la oferta, al poder constituirse como empresa y ofrecer producción sanitaria.

- La atención primaria, que es la puerta de entrada al sistema sanitario, y que consiste en los cuidados preventivos, curativos y rehabilitadores que realizan los médicos generales en estos centros. Se considera que "una atención primaria desarrollada asegura la cobertura de toda la población" ya que puede resolver el 90% de los problemas de salud de los pacientes.
- La atención especializada, cuya unidad productiva es el Hospital y los profesionales sanitarios de este.

La demanda de los Servicios Sanitarios

La principal diferencia entre la demanda de bienes y servicios sanitarios respecto a cualquier otra demanda del mercado, es que en sanidad no es el paciente quien realiza la demanda, si no que éste/a acude al profesional quien realiza la demanda. Según muestra Joseph E. Stiglitz (2016). El desconocimiento de la materia por parte del consumidor/a revela que en los servicios sanitarios existe información imperfecta, ya que "como pacientes, los/as consumidores/as deben confiar en las opiniones de los profesionales sanitarios sobre el tratamiento farmacológico, las intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos necesarios". Esta demanda se trata, por tanto, de una demanda derivada que puede ser realizada a través de los diferentes demandantes que compondrían la sanidad; los centros de salud, los centros de especialidades, hospitales,... pero no por el/la consumidor/a, ya que este no tiene conocimiento de la materia.

Eficacia y Eficiencia para la Salud

Muestra Corugedo (2005) que el Estado participa en el proceso de asignación de los recursos por motivos de eficiencia (gestión de centros sanitarios, provisión de recursos públicos y regulación de precios y cantidades) pero también por motivos de equidad, ya que de otra manera las personas con menos recursos verían su salud seriamente mermada al no disponer de suficientes recursos para hacer frente a una enfermedad larga o un tratamiento caro.

Álvaro Hidalgo (2005) menciona que “una asignación eficiente no tiene por qué responder a parámetros de equidad; por tanto, el mercado puede garantizar la eficiencia pero no la justicia social”. Por ello es esencial, a la hora de evaluar la salud (y por ende los servicios sanitarios), establecer unos **servicios a la atención sanitaria** que consten de criterios de **eficiencia económica**, pero dentro de un **marco social y ético**, que no discrimine a ninguno de los individuos de la sociedad. Estos conceptos serán desarrollados a lo largo del trabajo.

En términos económicos, entenderemos **eficiencia** como “la propiedad según la cual la sociedad aprovecha de la mejor manera posible sus recursos escasos” (Gregory Mankiw, 2008), y **eficacia** como la “medida del logro de resultados” (Idalberto Chiavenato, 1999). En estos términos, una actividad será eficaz si logra llegar a la meta requerida y será más eficiente cuantos menos recursos utilice para lograr dicha meta.

En la aplicación de estos conceptos al ámbito de los servicios sanitarios, entran en juego más variables a tener en cuenta debido a la complejidad en la medición y valoración de resultados. De entrada, tenemos que tener en cuenta que existe una **necesidad de salud**, que, como define *Juan del Llano (2005)*, es la diferencia entre la salud que podemos *observar* y la salud *deseada*. Esta necesidad viene regulada normativamente por grupos de influencia como son los *profesionales de la medicina*, los *gestores/as* que la valoran y los *políticos/as* pero, en ocasiones, esta necesidad percibida por estos grupos puede diferir de la **necesidad de salud** entendida por el conjunto de la población, que podría no demandar la atención sanitaria al no ser acorde a su necesidad. Este autor ejemplifica esta falta de demanda con la disfunción eréctil, la cual padece un 10% de la población masculina en España, pero sólo el 5% llega a comunicárselo a su médico. Con esta base y con la idea de aunar las voluntades sanitarias tanto de los grupos influyentes como de la población se generan los conceptos de eficacia, eficiencia y equidad sanitarios según el autor mencionado y que pasamos a mostrar a continuación:

- La **eficacia** hace referencia a la capacidad que tiene una persona, dentro del conjunto de la población, de beneficiarse de la tecnología sanitaria disponible. Cuanto más accesible sea la atención sanitaria de un país y a más habitantes alcance, más eficaz será.
- En cuanto a la **eficiencia**, se distinguen distintos tipos en la producción sanitaria:
 - **Eficiencia productiva**, que implica la minimización de costes para alcanzar un nivel de producción, eliminando los despilfarros.
 - **Eficiencia asignativa**, relativa a que el conjunto de bienes y servicios que se producen no puede ser reasignado de forma que pueda producir un mayor bienestar que el actual.
- Por último, y teniendo en cuenta la necesidad de salud por parte de la población, debemos usar el término **equidad**. Este concepto hace referencia a que las personas dentro de un mismo sistema sanitario deberían tener opción a unos niveles de sanidad que se vean equitativos entre ellos. En España hay problemas de equidad en cuanto al reparto de centros de salud, atención primaria,... en pueblos pequeños y que, a consecuencia de la distribución montañosa que tiene España, imposibilita el fácil acceso a la Sanidad.

Economías de Escala en la Sanidad

Paul Krugman (2006) distingue entre:

- **Economía de escala externa**, cuando el coste unitario depende del tamaño de la industria pero no del tamaño de las empresas que la componen. Un mercado en que todas sus economías de escala sean externas estará formado por empresas pequeñas en competencia perfecta.
- **Economía de escala interna**, cuando el coste unitario depende del tamaño de las empresas individuales y no necesariamente de la industria. Un mercado con economías de escala internas únicamente proporcionará a las grandes empresas ventajas competitivas sobre las pequeñas, de competencia imperfecta. Esto se ve claro en hospitales, farmacéuticas,...

En sanidad nos encontraremos con **economías de escala** internas en las que las grandes empresas, como las farmacéuticas (Bayer, Johnson&Johnson, Roche,...) por ejemplo, tendrán más facilidades para hacer frente al mercado que los competidores más pequeños.

A diferencia de lo que ocurre en los mercados competitivos, el mercado sanitario tiene una gran industria que cuenta con dos tipos de organizaciones, aquellas **sin ánimo de lucro** que no van tras la obtención de beneficios, si no la consecución de objetivos que provean una sanidad de calidad sin importar costes, y aquellas cadenas de hospitales **con ánimo de lucro** que, en cambio, responden más a incentivos que les aporten eficiencia y por tanto sí podrían aplicar economías de escala para reducir costes fijos. Joseph Stiglitz (2015) menciona que *“últimamente lo que preocupa son los incentivos negativos para ofrecer una asistencia de peor calidad, especialmente en las circunstancias en las que ésta es difícil de juzgar, y una gran parte del dinero (...) se destina a pagar los elevados sueldos de los gerentes y los dividendos, no a ofrecer mejor asistencia sanitaria”*, haciendo referencia a que las entidades privadas no hacen buen uso de sus economías de escala.

En cuanto a economías de escala en el sistema de producción público, la Comunidad de Madrid aplica las economías de escala para disminuir el déficit que, en palabras de Belén Prado para la *prensa de ASISA (2012)*, genera *“la gestión centralizada de suministros y servicios; la racionalización del gasto farmacéutico y la compra centralizada de alta tecnología sanitaria introduciendo la compra por subasta”*.

Caracterización del mercado Sanitario

La producción de servicios sanitarios no se genera en un mercado de competencia perfecta en España, ya que, pese a que la estructura podría dar lugar a este tipo de competencia, ésta se ve coartada por la participación del Estado debido a que su intervención genera rigideces e ineficiencias. En la mayoría de países en cambio, el mercado es oligopolístico sin intervención

estatal. Álvaro Hidalgo (2005) habla sobre esta intervención del estado y añade que éste “*como asignador de recursos también presenta notables fallos, como son la falta de incentivos, el énfasis en la legalidad, una mala prevención de la arbitrariedad, internalidades y burocracia*”. Pero las reformas sanitarias que se están realizando en Europa hacen ver una transición hacia una “competencia regulada”, siendo una prueba de esto la introducción de los medicamentos genéricos.

Además hay que incluir que los mercados sanitarios son **mercados incompletos**, un mercado que no es rentable por los altos niveles de precios para la investigación, el coste de la maquinaria y el mantenimiento de pacientes crónicos, entre otros. Esto hace que la demanda, aunque suficiente para compensar la oferta, no consuma por los elevados precios. En estos casos la sanidad pasa a ser “un bien de lujo”, muchas veces sustituible por necesidades esenciales como comer, calentarse y ofrecer educación a los/as más pequeños/as. En España se ejemplifica con las familias que deciden dejar de comprar medicinas para poder subsistir con los bajos niveles de renta.

3. Marco Normativo

En nuestro país, todas las prestaciones y los servicios sanitarios a las que tiene acceso la ciudadanía quedan encuadrados en el **sistema nacional de salud**. Haciendo una pequeña revisión histórica tenemos que en 1934, se promulga la *Ley de coordinación sanitaria*, que tenía como objetivo que el Estado pasase a intervenir en la administración local de los servicios sanitarios, y que propuso la fundación del *Ministerio de Sanidad*. Como consecuencia de la Guerra Civil española esta ley quedó pendiente de aplicación y control, hasta que en el año 1944 se formula la *Ley 26/1994 de Bases*, con la idea de generar una conciencia común sanitaria en lugar de que cada órgano individual actuase independientemente del resto, ya que hasta la fecha las diferentes autonomías y fueros que componían España actuaban de manera autónoma, generando diferencias significativas entre las ciudades del país.

Además, el periodo de guerra había traído consigo la fundación de organizaciones como el *Consejo Nacional de Sanidad*, la *Lucha Antituberculosa*, el *Instituto Hematológico*, las *Leproserías Nacionales*,... que requerían de un control estatal debido a que, como reza el texto de la *Ley 26/1944 de Bases de Sanidad*: “los servicios sanitarios alcanzan ya tal extensión e influyen de una manera tan decisiva en la vida y desarrollo del país (...) que exigen la existencia de una Ley de Sanidad que unifique los servicios”.

En la *ley 14 de diciembre de 1942* se introdujo en España el **seguro obligatorio de enfermedad**, el cual llevaba ya tiempo establecido en muchos países europeos pero que “no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos”, como dice el texto de dicha ley. En esta ley se establecen los fines de dicho seguro, el cual servía para garantizar la asistencia sanitaria en caso de enfermedad o maternidad, así como la indemnización económica en caso de pérdida de retribución por estas causas anteriores. Entre los artículos 33 y 38 aparecen las condiciones de financiación para este seguro. Esta financiación estaba constituida por el estado, primas abonadas por los trabajadores y por los empresarios. Este fue el comienzo de la **seguridad social**.

No podíamos dejar de lado en este breve resumen normativo a la Constitución Española de 1978 que en su **artículo 43** “se reconoce el derecho a la protección de la salud. 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. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

La *Ley 14/1986 General de Sanidad*, que hoy día regula el marco sanitario, fue la que consagró la fundación de las *Consejerías de Sanidad* y el *Ministerio de Sanidad*. Esta ley es la síntesis del **artículo 43** de la *Constitución Española* y el **Título VIII** sobre las competencias de las Comunidades Autónomas (CCAA) en materia de sanidad, en la que se transfieren las competencias sanitarias a las

CCAA que no están atribuidas expresamente al estado en el *Artículo 149* de la Constitución Española. El artículo 45 del Título III de la Ley 14/1986 General de Sanidad establece que “el sistema nacional de salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente ley, son responsabilidad de los poder públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”. Con el SNS se pretendía descentralizar completamente la asistencia sanitaria, es decir, que fuesen las Comunidades Autónomas las que gestionasen y ejercieran control sobre el órgano sanitario relativo a cada una, así como dotar a este de más igualdad en el reparto y acceso, facilitando la asistencia sanitaria a cualquier persona. Esto se ha logrado en gran medida, si es verdad que aún queda cierto control de la asistencia sanitaria por parte del estado español, como analizamos más adelante.

Como parte del reparto de competencias a las CCAA, y al ser esta la comunidad en la que nos encontramos, destaco que la Comunitat Valenciana cuenta con su propio marco legislativo para la sanidad y el acceso los servicios sanitarios en el territorio valenciano. Por ello, lo relativo a las disposiciones generales así como órganos que componen la estructura sanitaria valenciana viene establecido por el *Decreto 156/2015*, en el que se regula el funcionamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Pública. La apertura y control de los centros sanitarios, tanto públicos como privados, en la Comunidad Valenciana se regula con el *Decreto 157/2014*, por el que “se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación sanitario de la Consellería de Sanidad”.

4. La financiación del sistema nacional de salud y de la seguridad social

Dentro del sistema sanitario español, se establecen unas medidas amparadas en la Constitución Española (1978) para asegurar la homogeneidad y garantizar el acceso de todas las personas en el territorio nacional al sistema. La sanidad, antes de la aprobación de la *Ley 14/1986 General de Sanidad*, se financiaba a través de un sistema de **seguridad social**, es decir, con cuotas de

las personas que se encontraban trabajando. La financiación venía pues de un impuesto específico. Con el **sistema nacional de salud (SNS)** en adelante), la cantidad que se destina a sanidad se obtiene directamente de la bolsa general de los *Presupuestos Generales del Estado*.

La asistencia sanitaria a cargo de la **Seguridad Social**, como mencioné antes en el marco normativo, era una prestación que ofrecía el Gobierno español a aquellas personas que padeciesen alguna enfermedad o estuviesen de baja por maternidad, así como la compensación económica a favor de la pérdida económica que supusiesen estas dos opciones. Con la aplicación del **sistema nacional de salud** se relegó la **seguridad social** únicamente al plano de las prestaciones sociales, ya fuesen desempleo o jubilación, pese a que hoy en día aun sigamos escuchando el término “voy a la seguridad social” cuando alguien tiene que asistir al médico.

El **SNS** se estableció como el resultado de la unión de todos los derechos para la atención sanitaria y la protección de la salud, así como la garantía para el mantenimiento del estado bienestar en España, entiendo como éste “*aquellas intervenciones públicas encaminadas a mejorar el Bienestar y calidad de vida de la ciudadanía*” Como dice Vicenç Navarro en su artículo *El Estado del Bienestar en Españ*, se caracteriza por ser de financiación pública, universal y gratuita para todas aquellas personas en territorio nacional español.

5. Objetivos y justificación del trabajo.

El **objetivo general** de este trabajo es el analizar del sistema sanitario español: sus demandas, sus necesidades y su forma de financiación.

Objetivos específicos

- Identificar los principales agentes que interacción en la prestación de los servicios sanitarios en España.
- Conocer cómo funciona el mercado de los servicios sanitarios.
- Distinguir entre provisión y producción de servicios sanitarios.
- Revisar la legislación relativa al sector sanitario en España.

- Identificar y estudiar la evolución de indicadores que permitan conocer la evolución de los servicios sanitarios prestados en los últimos años.

Justificación del trabajo.

El propósito de este trabajo es conocer si la salud del conjunto de la población española se ha visto afectada desde el inicio de la crisis financiera, así como analizar los recortes sufridos a lo largo de estos años y observar si han incidido en el bienestar social del conjunto de españoles, tanto en la perspectiva del coste de los factores de producción (hospitales, centros de salud, número de médicos o camas hospitalarias entre otros) como la de inversión (a que grupos afectaron los recortes, si han generado desigualdades sociales, destino de la inversión,...).

6. Medición de los servicios sanitarios en España.

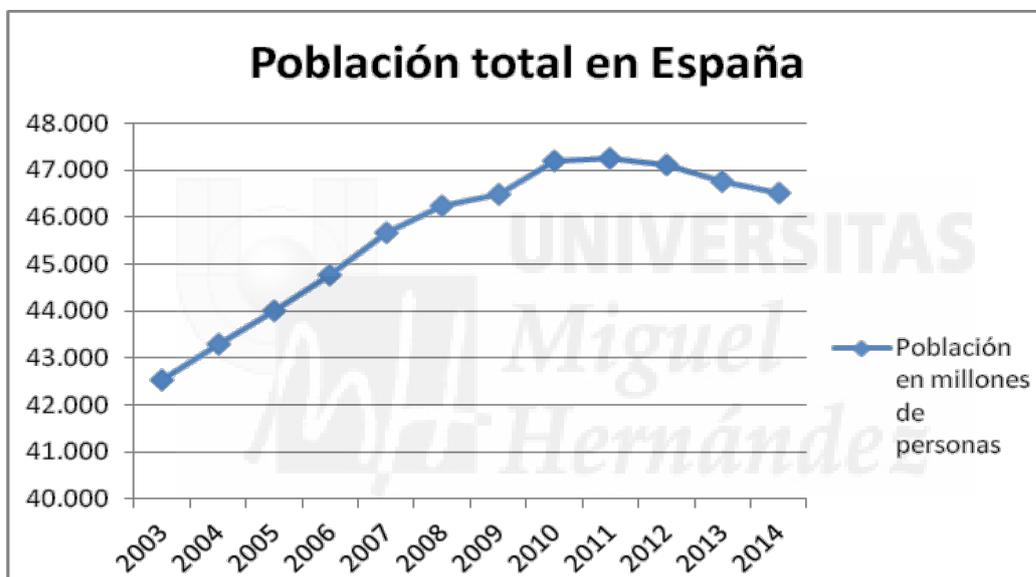
Para la consecución y análisis de los anteriores objetivos, partiremos de la base para la medición de la salud en nuestro país que se define en los indicadores demográficos del *Instituto Nacional de Estadística* (2016), indicadores del *Sistema Nacional de Salud* (2016) y los indicadores de salud del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (2016).

Indicadores de Política Sanitaria

Cada partido político ha aplicado en España (y aplicará) unas políticas sanitarias diferentes dependientes de la ideología política que se asocie a cada partido. Siendo así, nos encontraremos con políticas sanitarias de ámbito social que pretendan dar mayor cobertura sanitaria en las políticas de izquierdas frente a políticas que pretendan un ahorro estatal a través de formulas como el copago o el pago de consultas cuando el partido que la aplique sea de carácter liberal. Para establecer indicadores de política sanitaria vamos a pasar a identificar aquellos mencionados por la *Organización Mundial de la Salud*, el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* y la *Ley 14/1986 General de Sanidad* española para 2016.

En el Gráfico 1 observamos la evolución del total de la población española. Llama la atención la evolución de la curva que presenta a partir del año 2010, mostrando el estancamiento de la población que comienza con la crisis, ocasionado por la mortalidad (que ha ido aumentando paulatinamente a medida que envejecía el grueso de la población), la caída en las tasas de natalidad en mínimos que impiden la regeneración de la población, la vuelta a sus países de inmigrantes que vinieron por trabajo y la emigración de españoles/as, que dejan de ser residentes, a otros países europeos en busca de oportunidades laborales.

Gráfico 1: Población total en España

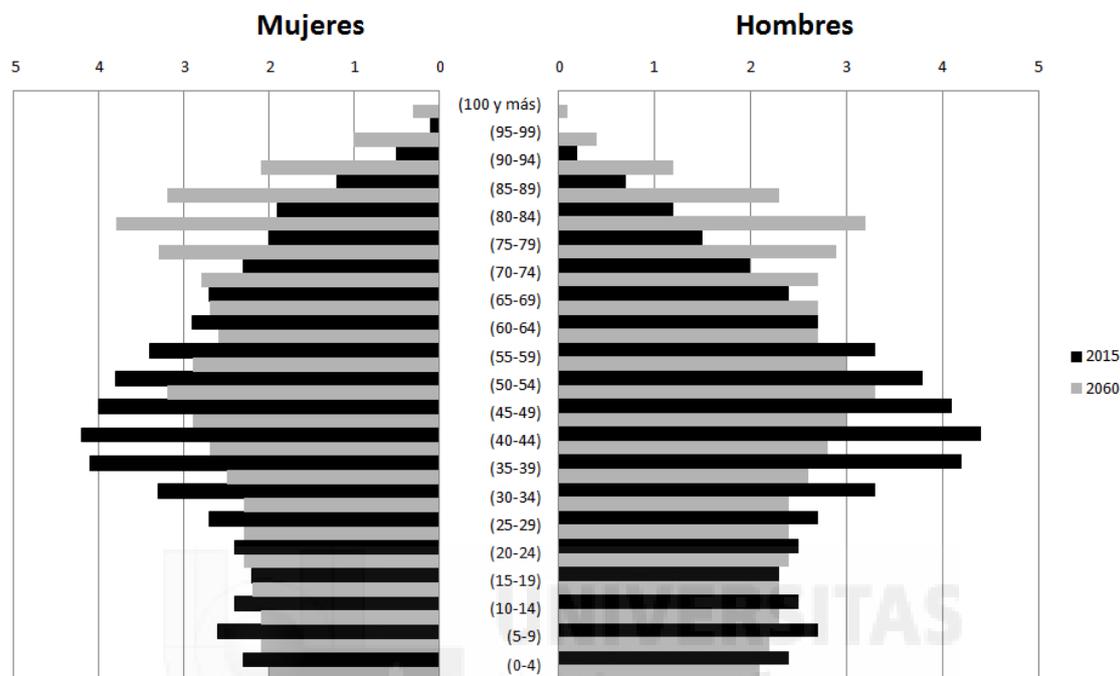


Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat

El desglose de la población española pasa por la elaboración de una **pirámide poblacional**, donde se representa por segmentos de edad y género en un año la población nacional. La **pirámide de la población** española viene representada por una forma ovalada, con el grueso de individuos entre los 35 y los 59 años y pocos entre los 0 y los 34, como se ve en el siguiente Gráfico 2. El porcentaje más alto de la población lo encontramos en los hombres y mujeres de entre 40 y 44 años, que representan más de un 8% de la población total. La importancia de esto radica en que a mayor envejecimiento de la población, mayores serán las necesidades de cuidados. Esto tiene una consecuencia sanitaria importante, ya que el cuidado de la tercera edad genera

una necesidad imperante de constantes cuidados y atención, lo que dispara el gasto en sanidad, financiada por una escasa población activa.

Gráfico 2: Proyección de la pirámide de la población española



Fuente: Elaboración propia con los datos de Instituto Nacional de Estadística

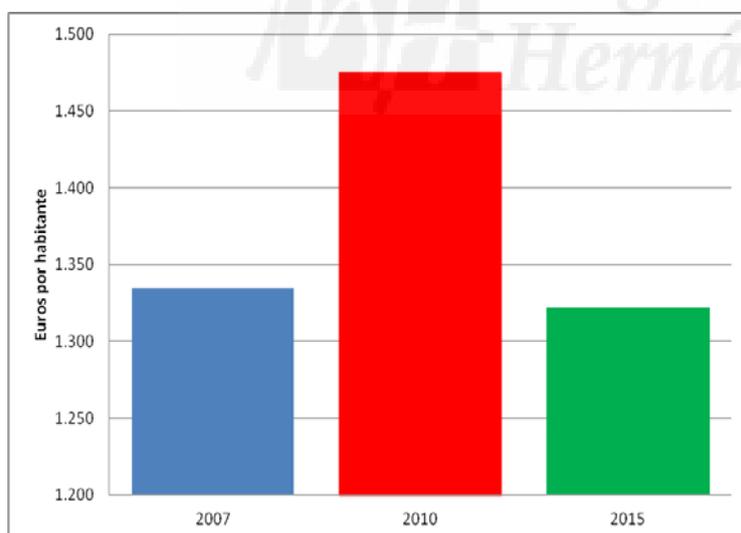
En el gráfico 2 también tenemos superpuesto una previsión de la población española, para el año 2060, donde se observa como el grueso de la población se dirige hacia los estratos superiores de la pirámide, mientras la base de esta sigue disminuyendo su tamaño. Esto implica que una cantidad menor de población deberá garantizar la cobertura sanitaria de la mayor parte de la población en el año 2060, lo que podría resultar problemático para el sistema.

En otro orden de cosas, la **tasa de crecimiento de la población** se encuentra también en la encrucijada de una pirámide inversa en la que, en el año 2015 con los datos del **Instituto Nacional de Estadística (INE)**, el número de fallecimientos (422.276 personas) sobrepasó por primera vez al de nacimientos (419.109 niños), dando como resultado un **crecimiento vegetativo negativo** (diferencia entre los nacimientos y defunciones) de menos 2.753 personas. El INE considera que esta caída es debida a que las mujeres en edad de ser

madres (entre los 15 y 49 años), como se observa en el gráfico 2 continúan bajando a consecuencia de “generaciones menos numerosas nacidas durante la **crisis de natalidad** de los 80 y 90, el **menor flujo** de inmigración exterior y el **mayor número** de emigraciones”. Pablo Pumares (2016), en una entrevista al medio *El Mundo*, explicó que “la **crisis económica** ha hecho que la natalidad descienda. A la gente le gustaría tener más hijos de los que tiene, pero está esperando que la cosa mejore un poco”, es decir, la inestabilidad económica y la incertidumbre de la vida laboral ocasionada por la crisis es también un condicionante que afecta al desarrollo del país en materia de crecimiento y recuperación poblacional.

Con la intención de ver la evolución del Gasto Sanitario Público por habitante y relacionarlo con la pirámide de población anterior, se ha elaborado el gráfico 3 a partir del informe *Estadística de Gasto Sanitario Público 2015* (EGSP) del *Ministerio de Sanidad* para los años 2007 (antes de la crisis), 2010 (durante la crisis) y 2015 (últimos datos consolidados).

Gráfico 3: Gasto Sanitario Público por habitante



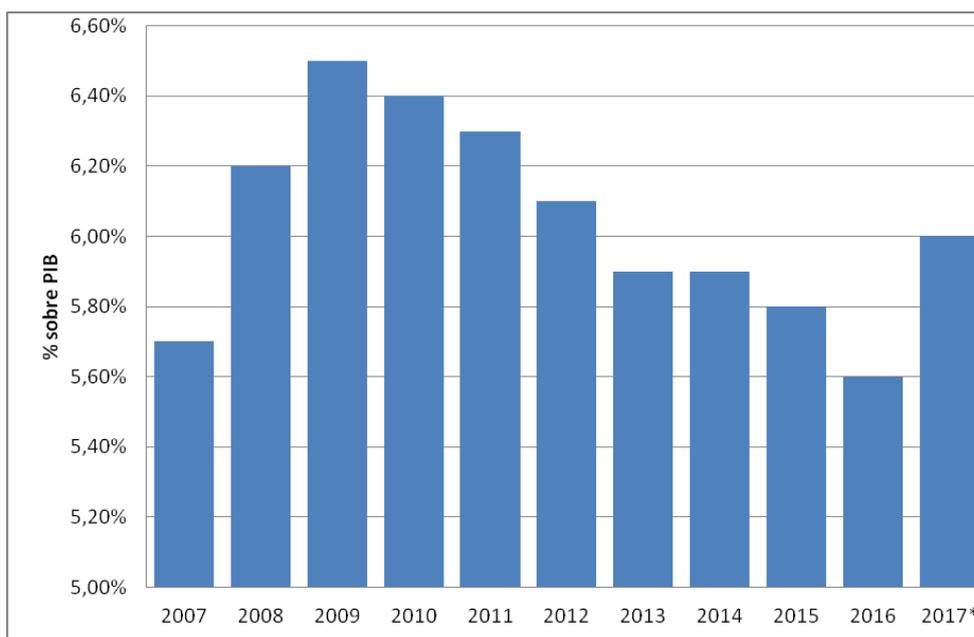
Fuente: Elaboración propia con datos del EGSP 2015

Las partidas de presupuesto público fueron aumentando anualmente entre los años 2007 y 2010 a medida que aumentaba el PIB español. La por entonces Ministra de Hacienda, Elena Salgado, achacó este aumento a que las Comunidades Autónomas habían decidido distribuir su presupuesto de forma

que se aumentara el gasto sanitario, ya que, como comentamos anteriormente, se había transferido parte de la gestión sanitaria a las CCAA.

En el 2011, el cambio de gobierno propició un nuevo rumbo en las medidas que se estaban tomando para evitar el golpe de la crisis, por lo que se comenzaron los ajustes en el gasto sanitario sobre PIB a un ritmo de **0,2 puntos anuales** hasta 2016, como se aprecia en el gráfico 4. Lo que señala el gráfico significa que, a medida que el grueso de la población va envejeciendo y, por tanto, requiriendo mayor cobertura sanitaria, el gobierno está desinvirtiendo en sanidad. En el gráfico 4 vemos como se ha realizado esta desinversión, bajando desde el 6,5% en 2009 hasta un 5,6% en 2016, cifra inferior a la que se había logrado una década antes. En la actualidad económica, España se encuentra en una coyuntura complicada muy marcada por el incumplimiento de las tasas de déficit establecidas tanto por el gobierno, como las marcadas para el cumplimiento de la estrategia de crecimiento de la **Unión Europea (UE): Europa 2020**, que trata de conseguir que la **“UE posea una economía inteligente, sostenible e integradora”**, como viene descrito en la web del **Instituto Nacional de Estadística (INE)**. Muestra de este incumplimiento, por ejemplo, es que el Gobierno español estableció su predicción de déficit para 2015 en un 2,8%, siendo finalmente de un 5,16%, mientras que el compromiso con *La Comisión Europea* fue de 4,2%.

Gráfico 4: Porcentaje de Gasto Sanitario Público sobre PIB



Fuente: Elaboración propia con los datos de los Presupuestos Generales de Estado 2016

Nota: previsiones (*)

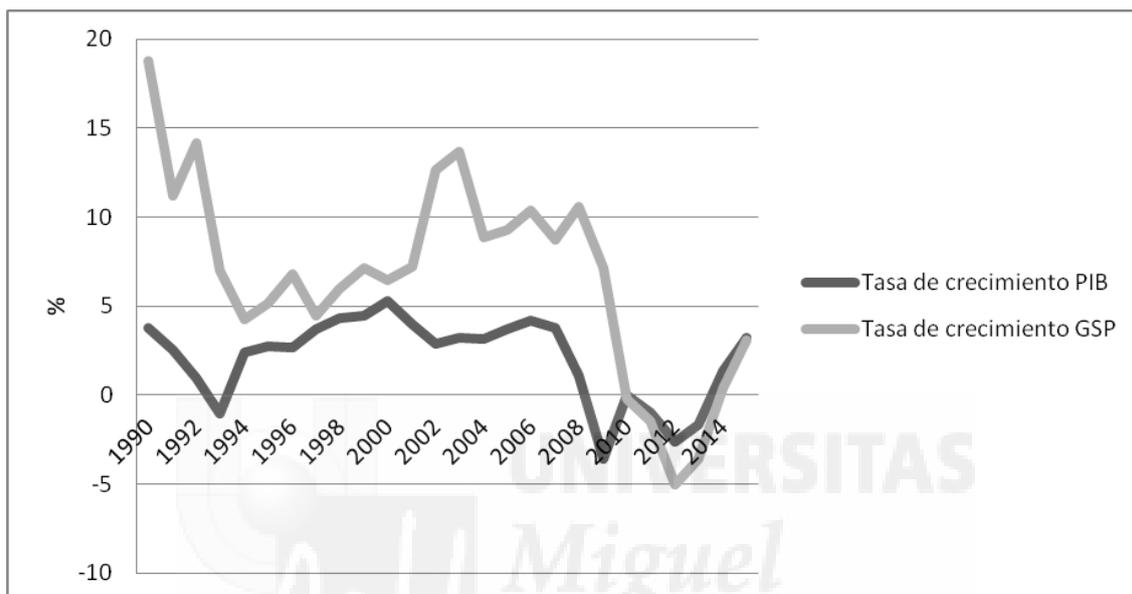
En el anterior gráfico 4 también se marca una previsión de **repunte** en cuanto al porcentaje invertido en sanidad para final del año 2017, alcanzando el 6,0% de gasto sanitario público sobre PIB. Estos datos provisionales han sido extraídos de las estimaciones incluidas en los *Presupuestos Generales del Estado* (2016) para los próximos años, por lo que aún no son cifras reales y podrían, por tanto, ser diferentes a final del periodo.

Los años de bonanza económica permitieron una mayor inversión en el sector de la sanidad, como vemos en el gráfico 4, entre los años 2007 y 2009 pero, ¿esta inversión estaba justificada o se trataba de una burbuja sanitaria igual que la que se dio en la construcción?. Es cierto que la inversión en sanidad es siempre necesaria, pero con los años hemos visto como hospitales financiados por la vía pública acababan siendo adquiridos por entidades privadas a precio menor al de coste, a consecuencia de que el estado ya no podía mantener esa estructura. Según las declaraciones de *Jaume Puig-Junoy* para una entrevista en RTVE en el año 2011: “*En la década pasada hemos asistido también a una burbuja sanitaria en España de una dimensión destacable. En tan sólo siete*

años, entre 2002 y 2009, el gasto real por persona en sanidad pública **ha crecido en un 41%, cuatro veces más deprisa que el PIB.**"

El crecimiento que menciona Jaume Puig-Junoy entre los años 2002 y 2009 puede apreciarse en el gráfico 5.

Gráfico 5: Tasa de Crecimiento en PIB y GSP



Fuente: Elaboración propia con los datos de la OCDE

En el gráfico 5 observamos cómo, efectivamente, el crecimiento de GSP se incrementa de forma muy superior al PIB. Tras la crisis del 87, la tasa de crecimiento se mostró estable, alrededor del 5% anual, hasta el año 2002. Fue en este año cuando se modificó el sistema de financiación con el traspaso de las competencias a las CCAA. Entre 2002 y 2009 se produjo el crecimiento más destacable del gráfico. Fue durante la época en que la ministra socialista Elena Salgado estaba al frente del Ministerio de Sanidad. El incremento se produjo por la gran inversión que se realizó en sus tres años de servicio. La labor más destacable fue la campaña de prohibición de fumar en lugares públicos, que sigue en vigente hoy día. Junto a esta se formuló una ley para limitar el consumo de alcohol que, al final, el propio Gobierno no aprobó. También se promulgó la **ley de reproducción asistida**, en la que se suprimió las limitaciones establecidas para fecundar a tres ovocitos como máximo en parejas poco fértiles, la **ley de investigación biomédica** que permitía la

clonación terapéutica, así como la fundación del **Registro Nacional de Instrucciones Previas**, donde los pacientes dejaban por escrito su voluntad para cuidados o tratamientos en caso de que no pudiesen responder.

De 2009 en adelante se fue reduciendo gradualmente la tasa de crecimiento a consecuencia de las medidas para paliar el déficit, viéndose más afectada a partir del año 2011 con la entrada del nuevo gobierno conservador.

Por otro lado, en un país cuya sanidad se clasificaba dentro del Top 5 del *Most Efficient Health Care 2014* por la agencia *Bloomberg* (En 2009 ocupaba el **octavo** lugar mientras que en la última actualización del 30 de Noviembre de 2015 ocupa el **tercer** puesto de un total de 55 países) que mide la eficiencia de los países comparando su coste per cápita en salud, esperanza de vida, mortalidad,... nos encontramos datos tan dispares a esta clasificación como que la media de camas totales se encuentra a la cola de los países europeos en cuanto a dotación de los recursos.

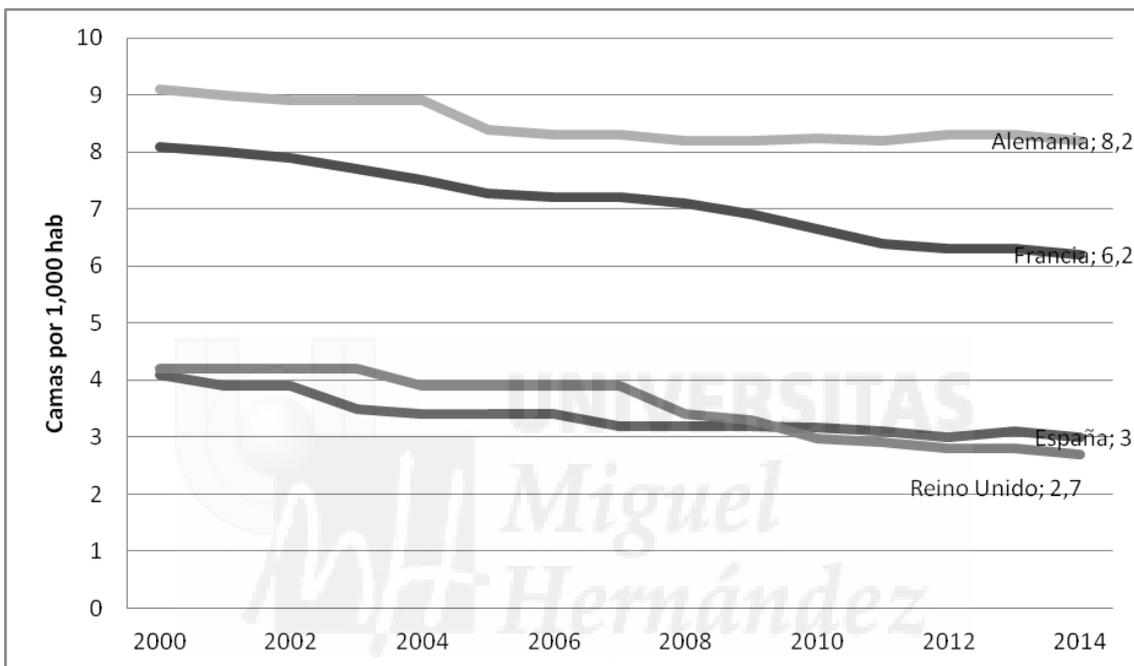
España está, como vemos en el Gráfico 6, con 3,0 camas por cada 1.000 habitantes. Este dato contrasta y se encuentra muy alejado de la media europea, situada en 5,2. En verano de 2016 se cerraron 10.603 camas hospitalarias del SNS por falta de personal para atenderlas, tal y como manifestaron el 21 de Julio de 2016 en una rueda de prensa Fernando Molina y Miguel Borrà, ya que cada verano tan solo se cubre el 10% del total de personal sanitario que se va de vacaciones.

Es en la diferencia con Europa donde encontramos la brecha más significativa en la distribución de los recursos. En el Gráfico 6 tenemos la representación de *Alemania, Francia, España e Reino Unido* en cuanto a media de camas para la comparativa. He escogido estos tres países porque:

- *Alemania* cuenta con una red de Sanidad Pública que se enorgullece de llegar a casi a todos los pueblos del país, siendo el sistema más amplio de Europa. A diferencia de la española, el uso de esta sanidad implica un pago por el usuario, ya sea de su bolsillo o a través de seguros.

- En *Francia* el usuario abona el coste completo de la factura del servicio, aunque posteriormente el estado francés le devolverá un 80% de lo pagado.
- La de *Reino Unido* es la más semejante a la española, tan solo tiene copago el dentista. Actualmente ya no operan a usuarios si se encuentran en una situación de obesidad, son fumadores o alcohólicos.

Gráfico 6: Comparación camas por 1.000 habitantes en Europa



Fuente: Elaboración propia con los datos de la OCDE

En el Gráfico 6 se ve como el sistema que cuenta con mayor número de camas por paciente es Alemania, seguido por Francia que apenas ha realizado ajustes en sanidad (en 2007 invertía un 15,54% en salud pública mientras que en 2014 fue de un 15,69%). A la cola está Reino Unido, cuyo sistema se denomina el *National Health Service (NHS)*, y que preveía una subida de 10 millones de libras entre 2014 y 2020 pero que ha resultado ser un descuento del total en un 20%, según dijo la *Jefa de Economistas* de la *Health Foundation*, Anita Charlesworth en 2015.

Hay que mencionar que aunque el NHS este financiado por la cámara inglesa, se divide en 4 partes que actúan independientemente. Estas partes responden

al Gobierno de Escocia, el Gobierno de Irlanda del Norte, el Gobierno de Reino Unido y el Gobierno de Gales.

Por lo que se refiere al estado español, entre 2011 y 2012 el informe del Sistema Nacional de Salud muestra una caída en el número de camas hospitalarias dentro de la gestión pública de 49.085 camas menos.

Aún no tenemos los datos para el número de camas por cada 1.000 habitantes en 2016, pero el informe *La salud y el sistema sanitario en 100 tablas* elaborado por el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* en Junio de 2016 sitúa el número en 158.566 las camas totales para 791 hospitales, siendo 159.297 el número de camas en el año 2015.

Las autoridades se escudan en que estas cifras responden a “*un aumento de la actividad ambulatoria*”. Esta actividad se define como aquella que se realiza fuera del domicilio del paciente, sin que este esté ingresado en ningún hospital. Es decir, aquella que se realiza en Centros de Salud o de Atención primaria, por esto se les conoce popularmente como “Ambulatorios”. El problema es que este aumento en la actividad ambulatoria no puede justificarse ya que no se pueden establecer unos estándares que acoten su evolución debido a que intervienen otros factores como rotaciones efectivas de camas o economías de escalas en los hospitales que ayudan a una concentración de estos, según el informe anual emitido por el *Ministerio de Sanidad* en 2014 y las declaraciones de *Juan Oliva*, ex presidente de la *Asociación de Economistas de la Salud*, ese mismo año.

Tabla 1: Camas del SNS por 1.000 habitantes

	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa (1.000hab)	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3
Camas	115.418	113.518	111.430	109.484	109.325

Fuente: Elaboración propia con los datos de SNS

Pese a estas declaraciones, se están eliminando camas del sistema nacional de salud a una velocidad de 2.000 anuales según lo reflejado en la anterior

tabla 1. El problema de reducción del número de camas viene al contrastarlo con la pirámide de población, donde vemos que, aunque el total de población disminuye (debido a la bajada del número de nacimientos), el grueso de la población se dirige hacia la tercera edad (ver Gráfico 2), por lo que será necesaria una estructura sanitaria mayor a la que actualmente tenemos. El ejemplo de esto son las largas listas de espera que existen hoy en día en los hospitales, que estiran la espera desde operaciones hasta radiografías. Según los datos recopilados por el *Ministerio de Sanidad* para la elaboración del informe **SNS2015**, las listas de espera para operaciones quirúrgicas alcanzan ya los 89 días de media en España. En esta cifra encontramos CCAA como Canarias, donde la espera media es de 175,9 días o Asturias, con 144 días. Esto se traduce en que en el verano de 2016 había 549.424 españoles esperando para que les realizasen sus operaciones.

Los datos anteriores encajan con el cierre de hospitales en la siguiente tabla 2, donde apreciamos que en 7 años no ha aumentado la cantidad de hospitales y la caída en el número de estos desde el año 2009, siendo los números mayores entre 2009 y 2010 (primer año de crisis) y entre 2011 y 2014, año en el que vuelve a la presidencia de España un partido de carácter liberal que aplica políticas de *contracción económica* siguiendo los criterios y consejos de los órganos europeos, los cuales recomendaban recortes masivos para alcanzar los objetivos de déficit marcados por ellos mismos. Estas políticas de *contracción económica* hacen referencia a reducciones en la cantidad de gasto destinado a la oferta sanitaria pública española y la subida de algunos tipos impositivos en otras áreas que no son competencia de este estudio.

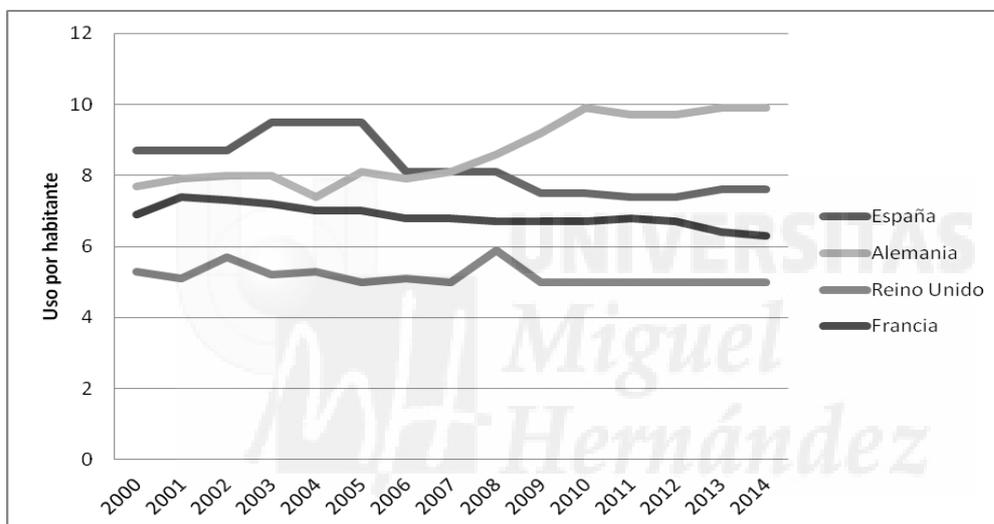
Tabla 2: Hospitales en funcionamiento en España

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos	319	330	328	327	327	324	323	325
Privados	485	473	466	463	462	465	464	466
Total	804	803	794	790	789	789	787	791

Fuente: Elaboración propia con los datos del Catálogo Nacional de Hospitales

Las medidas de contracción económica, junto con la reducción de camas y el estancamiento de crecimiento en el número de hospitales, no encajan con la evolución en los últimos 14 años de los servicios hospitalarios donde, en media, un español acude a consulta con su médico 7,6 veces al año (en datos de 2014 según la OCDE) como vemos en el siguiente gráfico 7. Es decir, de media un español acude casi el doble de veces a su médico que en países como Reino Unido y Francia, donde la inversión en sanidad es mayor que en España. En este gráfico comparo los datos las consultas en España con los 4 países que escogí anteriormente.

Gráfico 7: Número de consultas médicas en un año por habitante.



Fuente: Elaboración propia con los datos de la OCDE 2014

Indicadores Sociales y económicos

Como en países con niveles altos de riqueza no es fiable utilizar el PIB per cápita como indicador de bienestar social debido a que los niveles de riqueza no se traducen en riqueza de la población, utilizaré el **At Risk Of Poverty and Exclusion (AROPE)**, ya que este se elabora a nivel europeo (en España lo realiza el **INE**), para posibilitar la comparación entre los países y que establece la *tasa de riesgo de pobreza y exclusión social*. Esta tasa se basa en “*lo monetario, con aspectos de exclusión, combinando factores de renta (pobreza relativa), privación material severa y baja intensidad del trabajo*” y en España es elaborada por el *Instituto Nacional de Estadística*. Para cuantificar los

factores de renta se aplica la definición de la **Organización de las Naciones Unidas** (ONU) de **Umbral de Pobreza Relativa** (la **ONU** también incluye un *Umbral de pobreza absoluto*, que se calcula sobre el coste de los alimentos básicos junto con el coste de otros productos de uso cotidiano, pero este umbral solo se aplica a países en vías de desarrollo) y que señala que “queda por debajo del Umbral de la Pobreza” cualquier persona que gane “menos de la mitad del ingreso medio de un país”.

Con la aplicación del indicador **AROPE**, un 29,2% del total de la población española estaría en una situación de pobreza real, según el **INE**, para 2015.

Indicadores de prestación de Salud

Los Indicadores de prestación de Salud definidos por el Sistema Nacional de Salud y que se usan en los informes sobre *Indicadores de Salud* que elabora anualmente el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad son la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad, la salud subjetiva,... entre otros que no serán objeto de estudio en este trabajo.

En cuanto a **morbilidad** entendemos la cantidad de personas que enferman en España durante un tiempo determinado y en un periodo específico. En los informes del **SNS** para el año 2016 se menciona que, como complemento a indicadores objetivos de Salud, un indicador a tener en cuenta para la morbilidad es la autovaloración del estado de salud. En España el 75,3% de la población se valora como en buena o muy buena Salud, pero el estudio hace referencia a que, a medida que aumenta el grupo de edad la percepción de la salud baja (en grupos mayores de 65 años los hombres valoran como positiva su Salud en el 51% de los casos, mientras que las mujeres solo en el 39%) y que estos datos también disminuyen según el nivel socioeconómico: descendiendo en la escala social la percepción de encontrarse en un estado saludable disminuye.

En la tabla 3 vemos el resumen de *Problemas de salud crónicos* que realizó el SNS en su informe de 2016. En esta tabla aparecen ordenados, según su porcentaje de afectación en hombres y mujeres, los principales problemas de

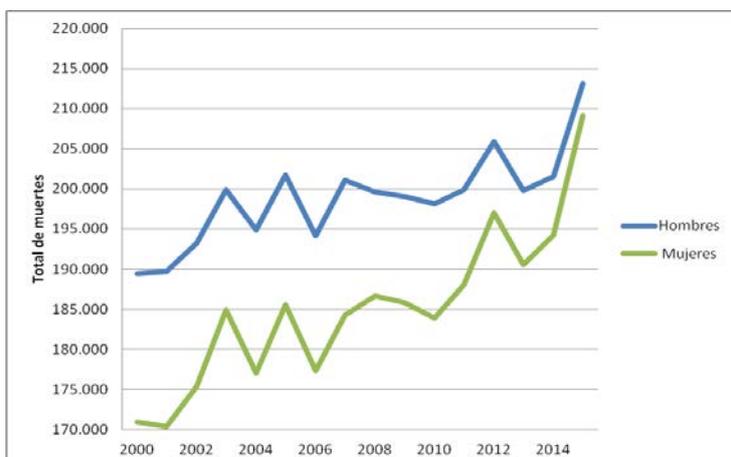
salud que padece la población española. Sin embargo, las causas de ingreso en hospital más frecuentes en el territorio nacional español son las enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, enfermedades del aparato respiratorio, del aparato digestivo y musculoesqueléticas. Pese a estos datos, la tendencia ascendente de morbilidad viene dada por las víctimas en accidentes de conducción desde el año 1994.

Tabla 3: Problemas de salud crónicos en población de 15 años y más. 2011/2012. En porcentajes.

	Hombres	Mujeres
Dolor de espalda crónico lumbar	14,3	22,8
Hipertensión arterial	17,4	19,5
Artrosis, artritis o reumatismo	11,1	25,1
Colesterol alto	15,9	16,8
Dolor de espalda crónico cervical	9,6	21,9
Alergia crónica	9,7	11,8
Varices en las piernas	4	16,5
Migraña o dolor de cabeza frecuente	4,2	12,3
Diabetes	7,1	6,8
Ansiedad crónica	3,5	9,8
Depresión crónica	3	8,7
Cataratas	3,8	5,9
Problemas de tiroides	1	7,8

Fuente: Elaboración propia con los datos de SNS2016

Gráfico 8: Mortalidad en España



Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat

Pasamos a estudiar la cantidad de personas que mueren en España durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total, es decir, la **mortalidad**. Es en los últimos 3 años donde se aprecia el crecimiento en la mortalidad tanto en hombres como en mujeres (ver gráfico 8), aumentando hasta las 400.000 personas. Según explica el INE en su informe *Defunciones según la causa de muerte* de 2016, este crecimiento en la mortalidad se debe a un aumento en las enfermedades del sistema circulatorio (causando el fallecimiento de 117.393 personas), y de los tumores (con 110.278 personas fallecidas) en el año 2015.

En cambio, sí mejora la esperanza de vida, donde los hombres sobreviven hasta los 80,3 años y las mujeres hasta los 86,2 de media.

Gráfico 9: Evolución de la Natalidad



Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat

Por el otro, hablando de **natalidad**, la situación en España mostraba una tendencia a crecer en población (gráfico 9) por el aumento en el número de hijos por mujer hasta el año 2008, donde contamos con la influencia de la crisis que impide a las familias poder crecer al no tener capacidad económica para mantener nuevos integrantes. La tendencia creciente que seguía la natalidad entre los años 2000 y 2008 fue ocasionada por las tasas de natalidad de la población inmigrante que venía a España. Esta afirmación se explica según los datos extraídos del INE, que señala que en 2005 un 15,02% de los nacimientos registrados en España fueron de población extranjera, a pesar de ser solo un 8,46% del total de la población en dicho año.

El **índice de fecundidad** alcanzó en 2015 la cifra de 1,33 hijos de media por mujer. Al no tener un índice de fecundidad mayor a 2,1 (número mínimo para el replazo generacional), España no puede garantizar una pirámide de población que permita la regeneración poblacional, como ya mencioné anteriormente, y por ello se muestra una pirámide de población con tendencia a convertirse en un triángulo invertido en el que la tercera edad supere a la base de la pirámide, debido al constante envejecimiento de la población y las bajas tasas de natalidad.

7. Datos sobre el Gasto Sanitario en España

Con la influencia de la crisis, hemos visto afectada la seguridad de nuestro Sistema Público por la necesidad de medidas para controlarla sin llegar a la hecatombe del sistema. Vamos a estudiar a continuación la incidencia en la atención sanitaria a través del desglose de esta en el Gasto Sanitario Público y el Gasto Sanitario Privado, antes, durante y después del periodo de crisis financiera.

Sistema Sanitario Público

Con los datos provisionales que ofrecen los informes del SNS en 2016, el Sistema Sanitario Público representa este año un 6,67% del PIB, lo que implica que un 70% del sistema sanitario español se está financiando a través de las arcas públicas.

En el año 2009, España logró alcanzar la cifra más alta de Gasto Público Sanitario de su historia, pero fue a partir de este momento cuando la crisis golpeó al país obligando a instaurar unas políticas de recortes para evitar tanto un aumento del déficit financiero, situado entonces en el 10% del PIB (para cumplir con el artículo 126 del *Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea* para el control del déficit excesivo y así evitar el sistema de multas que establece la Comisión Europea) como una crisis de desconfianza y su consecuente desinversión de capitales por el riesgo del sistema en crisis.

Gasto Sanitario Público

Del total que España invierte anualmente en el Estado de Bienestar español (Educación, Sanidad, Empleo) el gasto en Salud es, generalmente, la partida a la que más dinero de las Administraciones Públicas se destina en los Presupuestos Generales debido a su extensión y necesidad. En la tabla 4 se expone el porcentaje sobre PIB que se destinó en 2015 y en 2016 a educación, sanidad y prestaciones sociales al empleo. Vemos como, efectivamente, el gasto destinado a sanidad es mayor que el destinado a las otras partidas,

representando en ambos años un 13,8% del gasto total invertido. Entre estos dos años también observamos que se dejó de invertir un 0,2% en sanidad sobre PIB, como viene dándose desde el 2009 (ver gráfico 4).

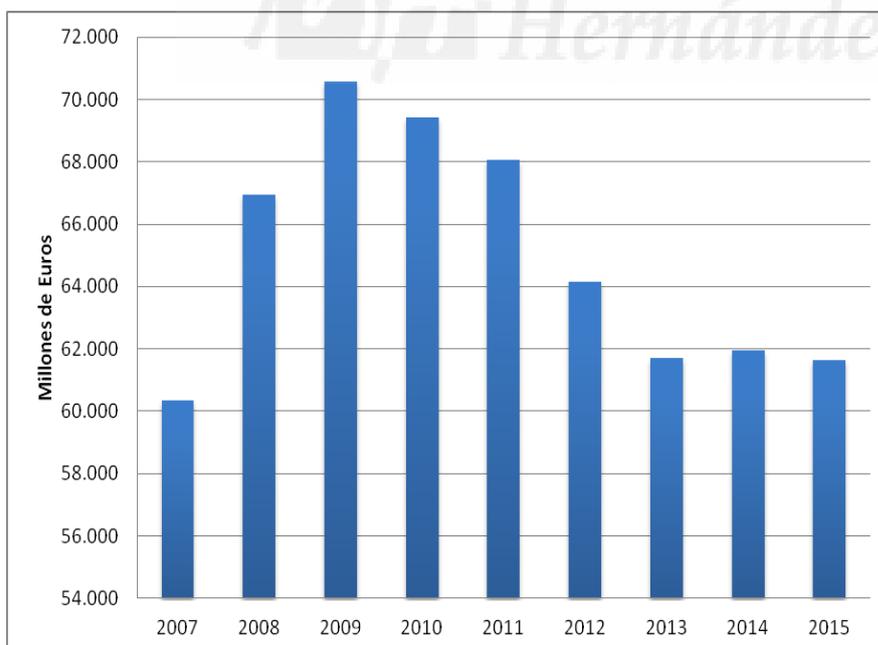
Tabla 4: Gasto de las Administraciones Públicas por función

	2015		2016	
	%PIB	%Gasto Total	%PIB	%Gasto Total
Educación	3,9	9,3	3,8	9,3
Sanidad	5,8	13,8	5,6	13,8
Empleo	2,4	5,7	2,2	5,3

Fuente: Elaboración propia a partir del Plan Presupuestario 2016

Según el informe *Presupuestos Sanitarios 2016* de **Comisiones Obreras (CCOO)**, desde el inicio de la crisis en 2008 hasta 2015 el dinero destinado a este sector se ha visto reducido en un 13,2% (en euros corrientes) pero, si tenemos en cuenta la variación de los precios medidos con IPC, “la reducción en términos reales llega al 22% en el período”.

Gráfico 10: Gasto Sanitario Público Consolidado



Fuente: Elaboración propia con datos de EGSP2014

El anterior gráfico 10 está realizado con los datos ya consolidados, es decir, aquel gasto efectivamente realizado durante el periodo establecido, extraído con información del Ministerio de Sanidad. Por este motivo, aun no existen los datos para el año 2016, solo aproximaciones que podrían no ser un reflejo de la situación actual.

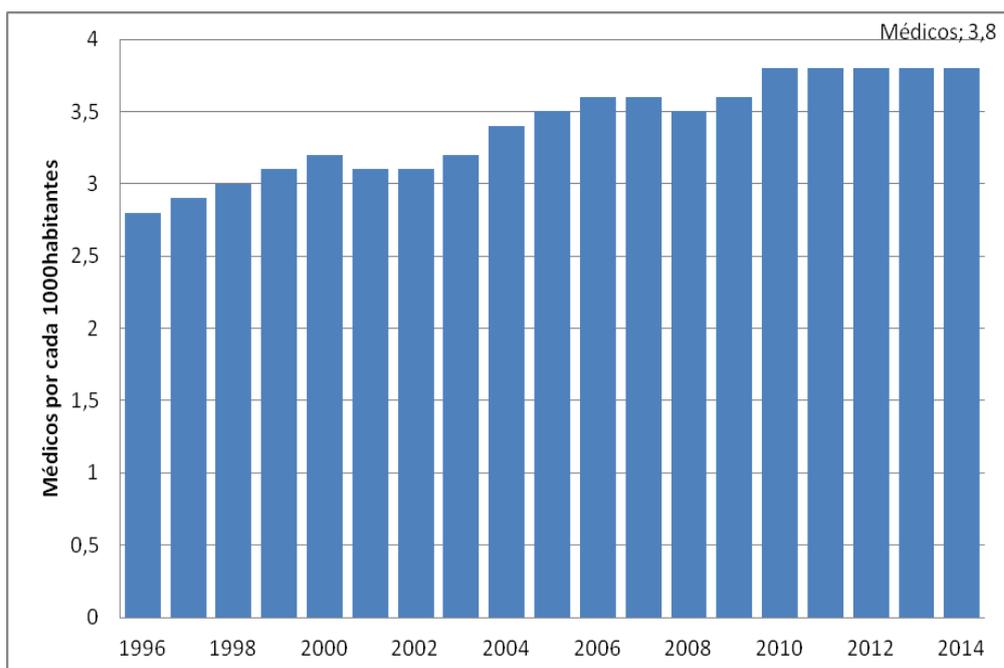
En los primeros años de crisis apreciamos el aumento en el gasto realizado, viéndose este aumentado en 2 años 10.000 millones de euros debido a la implantación de políticas sociales del gobierno progresista que pretendían aumentar el gasto social y, tras la crisis, una caída paulatina hasta el día de hoy. Y es que, como se ve en el gráfico, se ha retrocedido casi una década llegando a cifras cercanas a los 60.000 millones.

Si buscamos las causas de esta bajada, la explicación la encontramos en los recortes marcados como respuesta a la crisis financiera. Una de las partes más afectadas por estos recortes es la de los profesionales del sector, que se han visto perjudicados por dos causas según el anterior informe de **Comisiones Obreras (CCOO)**:

- La **reducción del número de trabajadores**. Con los datos del Boletín de Personal, CCOO establece que desde el año 2009 hasta 2015 se han perdido 14.000 puestos de trabajo en sanidad. En 2014 había un único médico para 150 personas en España, 3,8 para cada 1.000 personas en territorio nacional, número que se encuentra por debajo de la media europea.
- La **bajada de los salarios** en 3.244 millones de euros desde el inicio de la crisis hasta los datos de 2015.

El número de médicos y médicas que estaban ejerciendo la medicina directa por cada 1.000 habitantes iba en aumento hasta el año 2009, pero de ahí en adelante se mantuvo en 3,8 (ver gráfico 11). Esto es debido a la desaparición de los 14.000 puestos de trabajo antes mencionados.

Gráfico 11: Médicos en España por cada 1.000 habitantes



Fuente: Elaboración propia con los datos de la OCDE

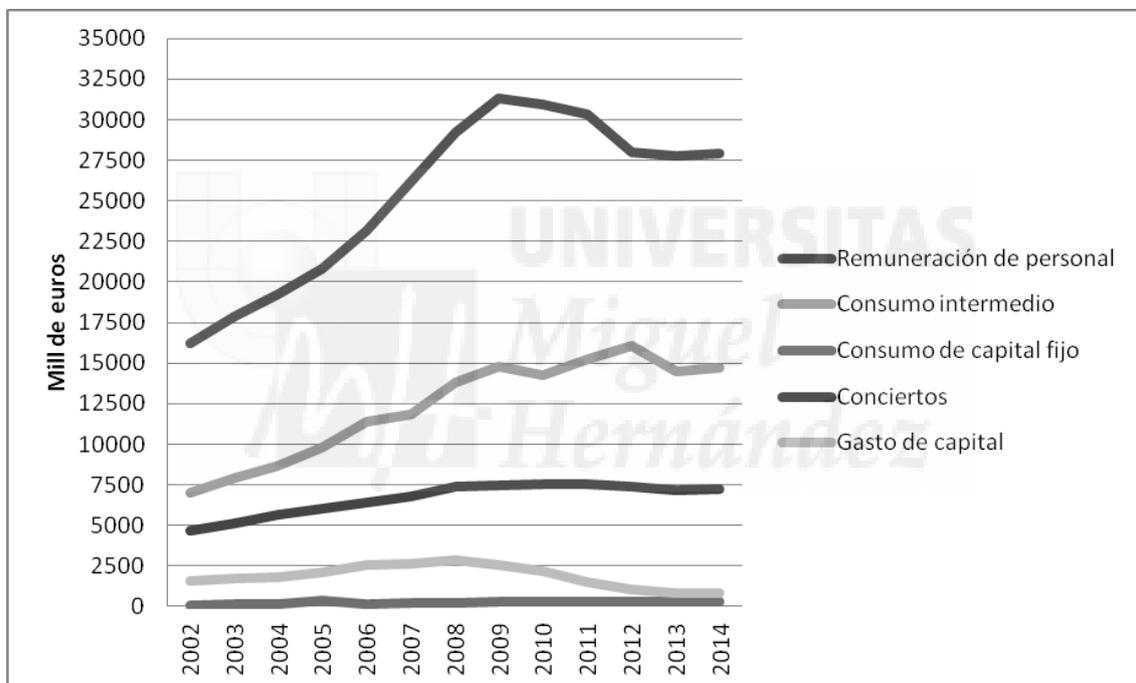
A estos datos CCOO le incluye la desinversión en sanidad, desde el año 2009, para la construcción y dotación de las infraestructuras necesarias así como la modernización del equipo ya en funcionamiento, valorada en torno al 51% en las cifras de 2009 (2.114 millones de euros de desinversión).

Yendo al detalle, en el Gráfico 12 se han desglosado los datos sobre el Gasto Sanitario Público total consolidado (donde se apreciaba la caída de la inversión a partir del año 2009) para analizar exactamente en qué subgrupos se realizó el recorte al inicio de la crisis. Para facilitar el análisis, se procede a realizar unas breves definiciones. Siendo así, los subgrupos son:

- **Remuneración de personal.** Dinero destinado a los salarios de profesionales de la sanidad como a todo el complemento de personal que envuelve al aparato sanitario (celadores, administrativos, directivos,...).
- **Consumo intermedio.** Excluyendo los activos fijos (maquinaria, edificios,...), es el dinero invertido en concepto de "input" para el funcionamiento del hospital y que son necesarios para la producción.

- **Consumo de capital fijo.** Dinero destinado a la amortización de unidades productivas que se van desgastando a lo largo del tiempo.
- **Conciertos.** Con la finalidad de que una actividad pública la realice un centro privado, el estado destina dinero a pagar los gastos derivados.
- **Gasto de capital.** Con la finalidad de conservar los bienes que ya se tienen o invertir en nuevos. Se puede definir como adquisición de capital o reposición y nueva adquisición.

Gráfico 12: GSP consolidado según clasificación económica



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EGSP2014

Apreciamos en el gráfico 12 un aumento significativo hasta el año 2009 (fecha en la que se dio el mayor gasto social de la historia de España) en todas las partidas, siendo especialmente notorio en el subgrupo de Remuneración de personal donde el incremento es del doble de su valor en 2002. Este aumento sucede durante los años de bonanza.

Detallando la evolución de los distintos subgrupos de partidas anteriormente definidas, tenemos que la **Remuneración del personal** disminuye en el periodo comprendido entre 2009 y 2012 debido a la destrucción de empleo derivada de la crisis financiera y la bajada del 7% en el sueldo de los funcionarios del sector.

El **Consumo intermedio** ha experimentado periodos de subida y bajada debido a los momentos claves en que se necesitaban más recursos hospitalarios por épocas de vacunación, aumento de atención sanitaria en épocas festivas o campañas de concienciación.

La variable del **Consumo fijo** se mantiene estable a lo largo del periodo estudiado, debido a que no se han construido más infraestructuras ni se han marcado expansiones que pudiesen hacer variar lo ya consumido, por tanto no se aprecia como una medida tan notoria como las demás.

Los **conciertos** con entidades privadas sí se han visto aumentados hasta el comienzo de la crisis. Marcado por unas políticas que iban detrás del aumento de la Gestión Privada de los hospitales públicos, ya que estos son percibidos por parte de la población como más eficientes.

En **Gastos de capital** observamos que se reduce a cifras mínimas a consecuencia de la desinversión comentada anteriormente en el sector.

Sistema Sanitario Privado

El Sistema Sanitario de gestión Privada supone, con los datos oficiales de 2015, un 28,50% del gasto para la producción de la sanidad española que se oferta anualmente. Estas cifras están alcanzando máximos históricos en estos días y, según los informes que realizan fundaciones como el *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Sanidad Privada aportando valor. Informe de situación, 2016)* mientras la Sanidad Pública se ha visto reducida por debajo de medias mundiales a causa de las restricciones presupuestarias, el gasto Privado ha registrado una tendencia creciente en relación al PIB

español, pasando de un 2,2% en el año 2005 a un 2,5% en 2013. Estas cifras encajan con las que vimos anteriormente en el Gráfico 4, donde teníamos la caída en el porcentaje sobre PIB del Gasto Sanitario Público.

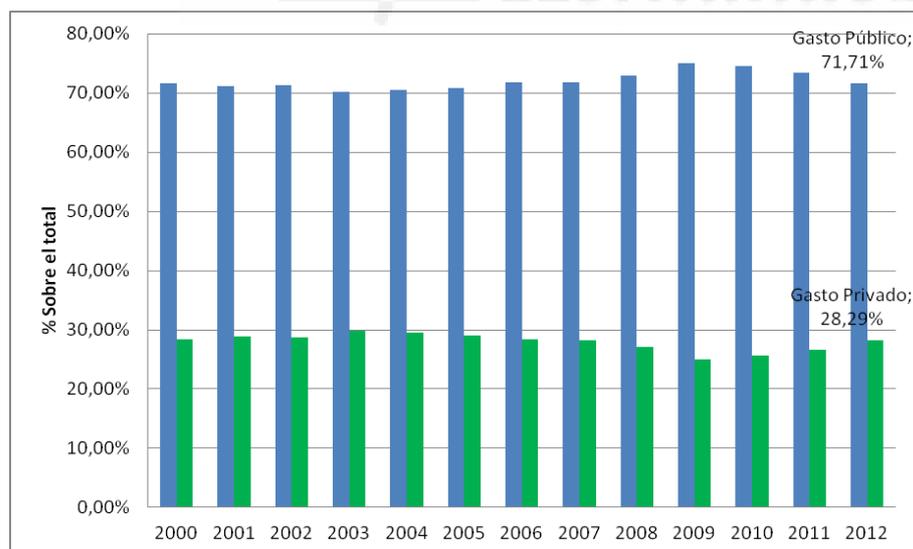
Tabla 5: Hospitales en funcionamiento en España a 31/12/2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hospitales	804	803	794	790	789	789	787	791
Camas	160.981	161.279	161.022	162.538	162.041	158.146	158.752	158.566

Fuente: Elaboración propia con los datos del Catálogo Nacional de Hospitales 2016

En la tabla 5 se estudia la evolución del número de hospitales y de las camas en estos para los años comprendidos entre 2008 y 2015. La importancia de esta tabla radica por un lado en que, aunque aumenta el número de hospitales, no lo hace el de camas y por otro lado, en el año 2015, 466 hospitales eran de carácter privado mientras que tan solo 325 son públicos, según los datos del *Catálogo Nacional de Hospitales 2016*. España se encuentra entonces en una estructura sanitaria que está compuesta en su mayoría por hospitales de gestión privada.

Gráfico 13: Porcentajes de Gasto Público y Privado como parte del GST



Fuente: Elaboración propia con los datos de IDIS 2016

En el Gráfico 13 estudiamos los porcentajes que se destinan a la **producción pública** y **privada** como parte del **gasto sanitario total**. Observamos que a pesar de ser más hospitales los que pertenecen a la producción privada, su gasto es menor. En criterios económicos esto otorga a los hospitales privados mayor eficacia que los hospitales públicos.

Gasto Sanitario Privado

El Gasto Sanitario Privado viene marcado por distintas partidas que lo componen y financian para formar la estructura en constante crecimiento que se está desarrollando en nuestro país. Principalmente, el Gasto Sanitario Privado deriva de los 9,3 millones de asegurados (en 2015) que lo financian a través de las cuotas de sus seguros privados. Cabe destacar también que las 5 primeras compañías aseguradoras en España representan el 71% del mercado asegurador de salud en cuanto al volumen de sus primas en el año 2015. Estos seguros suponen, viendo los estudios que he tratado, una descarga para el Sistema Nacional Sanitario, ya que según los datos de la **Fundación del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**, los seguros privados de pacientes que usen únicamente el Servicio Sanitario Privado ahorran a las arcas del estado 1.091 euros anuales con los datos de 2013. Estiman también que aquellos que hagan un uso mixto de ambas sanidades ahorran un total de 566 euros anuales.

El informe de *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral en España*, del año 2015, redactado por el **Consejo Económico y Social de España (CES)** hace mención de esta población que, teniendo reconocido el derecho a la asistencia sanitaria pública, contrata un seguro privado. En él, referencia la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud en las que se observan datos históricos de la proporción de personas que cuentan con el doble aseguramiento, señalando que viene en aumento desde los principios de los años 90 (siendo en 1993 de un 5%) hasta la cifra del 15% en el año 2014. Como muestra de aval a este crecimiento, destaca el crecimiento de los ingresos en aseguradoras así como la evolución ascendente del número de pólizas.

Según este informe, y como se puede observar en la tabla 6, la población que accede a este doble aseguramiento es, generalmente, “*población con estudios superiores, menores de 65 años y de clase social alta*”. La clase social con estudios universitarios cuenta en un 35,77% de los casos con asistencia pública y privada mientras que en los trabajadores no cualificados tan solo un 4,72% contaría con doble aseguración.

Tabla 6: Modalidad de cobertura sanitaria en España según clase social 2015

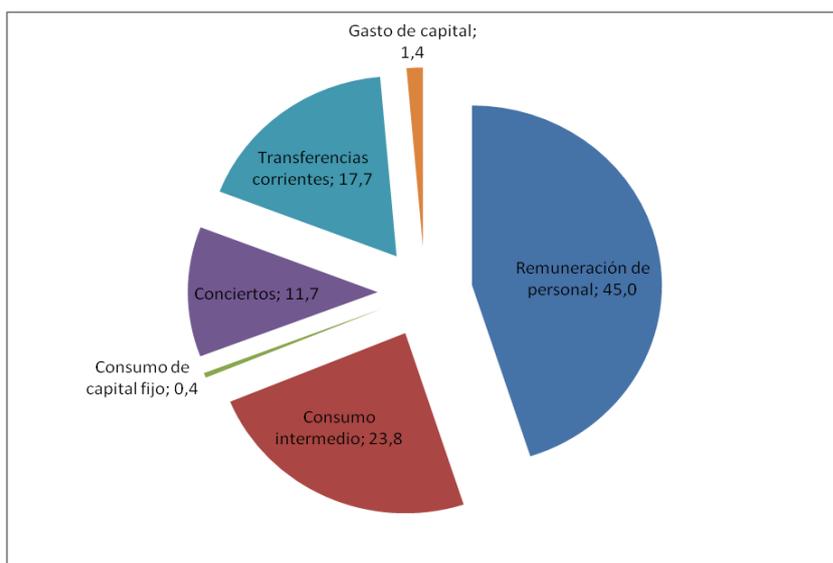
Nivel de estudios	Solo pública	Solo privada	Mixta	Otras
Total	83,84	0,75	14,86	0,55
Título superior	61,7	2,07	35,77	0,47
Título medio	73,75	1,48	24,34	0,43
Bup/Cou/FP	77,02	1,07	21,32	0,6
Egb/Bach. Elemental	87,32	0,52	11,77	0,38
Cert. Esc./Primarios	91,55	0,2	7,66	0,59
Sin estudios	94,39	0,15	4,72	0,74

Fuente: Elaboración propia con los datos de CES 2015

En el informe Sanidad Privada Aportando Valor de IDIS (2016) leemos sobre Gasto Sanitario Total que la sanidad supone de media a España un gasto anual de 1.790 euros per cápita, de los cuales 1.260 euros pertenecen al Gasto Sanitario Público y 530 al Gasto Sanitario Privado. La diferencia importante radica en esta cifra, ya que de los 530€ tan solo 122 euros salen del gasto por aseguramiento. El resto hasta el total es dinero de bolsillo que pagan los usuarios al hacer uso de la Sanidad Privada.

Como queda expuesto en el Gráfico 14, un 11,7% del Gasto Público se destinó a los conciertos en hospitales con gestión privada en el año 2014, es decir, a la financiación de la producción privada, representando una parte importante del reparto del Gasto Público como vemos en el siguiente grafico circular.

Gráfico 14: Destino del GSP consolidado para 2014

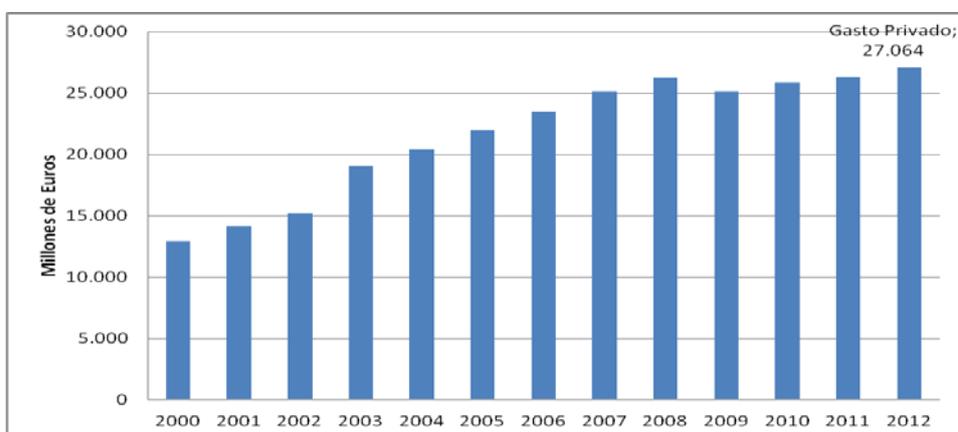


Fuente: Elaboración propia con los datos de EGSP2014

Esto suponen unos gastos anuales por parte del estado destinados a la producción de Sanidad Privada en concepto de conciertos o acuerdos entre el organo Público y la entidad Privada que lo gestionará. En términos de PIB, esta parte destinada a conciertos representa un 0,7% del PIB español en el año 2014.

La parte de financiación por conciertos se suma al total del Gasto Sanitario Privado para obtener el siguiente gráfico:

Gráfico 15: Evolución del Gasto Sanitario Privado en relación al PIB



Fuente: Elaboración propia con los datos de IDIS2016

En la gráfica 14 observamos la situación de crecimiento que esta experimentando el sector Privado en España, viendo sus ingresos doblados en el periodo de tiempo comprendido entre 2000 y 2012.

Las altas cifras y el crecimiento de cerca de un 3% anual que observamos en el gráfico 15 se explican con el total de intervenciones quirúrgicas realizadas en centros privados, las cuales IDIS estima en un 29% del total realizado en territorio nacional, sumadas al 23% de las altas totales y el 22% de las urgencias. Estas cifras se explican con la saturación de los centros públicos y sus largas listas de espera que, con la finalidad de agilizar la atención, han derivado pacientes a centros de atención privada cercanos para las operaciones quirúrgicas. El alto porcentaje de altas en hospitales privados implica un gran uso de estos, ya que suponen casi un cuarto de todas las altas del año 2013.

Además, la estancia media en hospitales privados fue de 6,25 días mientras que en hospital público se permanecían 7,95 días según los datos de *Informe de situación 2016* de IDIS.

También es importante decir que, como menciona el anterior informe, el 57% de los hospitales en nuestro país ya son de gestión Privada, así como el 33% de las camas, siendo Cataluña la CC.AA. que más hospitales privados tiene, seguida de Madrid y de Andalucía, que suman un gran número de hospitales privados y de conciertos en hospitales públicos.

Todos estos datos marcan la tendencia de crecimiento del sector privado en nuestro país, aupado también por las políticas de recortes y a favor de la privatización de centros de tradición pública.

Sanidad Española en Europa

España ha sido habitualmente considerada de las mejores sanidades de Europa por sus diferentes ayudas, sistemas de prevención y asistencia gratuita (por ejemplo, por *Bloomberg* como añadí con anterioridad) como veíamos

anteriormente . En el informe realizado el 26 de Enero de 2016 por Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2015*, se atribuye a Holanda el puesto de mejor sanidad de Europa y deja a España en la decimonovena posición del Sistema Sanitario Europeo.

El informe, que valora la sanidad desde 7 categorías (*información y derecho de los pacientes, accesibilidad, resultados, cobertura de la cartera de servicios, prevención y acceso a las medicinas*), da a Holanda una puntuación de 916 puntos sobre un total de 1000 y considera que España solo alcanza las mejores posiciones europeas en cuanto a *prevención* de las enfermedades (no sin comentar el abuso de alcohol así como consumo abusivo de medicamentos para enfermedades que no deberían ser tratadas con tales) y su mayor suspenso en el area relacionada con la *accesibilidad* a consecuencia de las interminables listas de espera de un sistema sanitario congestionado. La recomendación de la revista pasa por optar en España por la adopción de seguros privados para desahogar un Sistema Público ahogado por las cuantiosas facturas generadas en época de bonanza económica y la escasez tanto de medios como de profesionales por los recortes para cumplir el objetivo de deficit.

En el apartado del informe que habla sobre España, destaca que es una Sanidad muy descentralizada al estar esta supeditada a la autonomía de las CCAA y que, como mencione antes, esto podia disparar el gasto en algunos momentos puntuales (vease Gráfico 16).

Habla también de que “la asistencia sanitaria española parece depender un poco demasiado de buscar la asistencia privada para alcanzar la verdadera excelencia sanitaria”, haciendo referencia al aumento en las contrataciones privadas y los aumentos anuales en asistencia sanitaria privada.

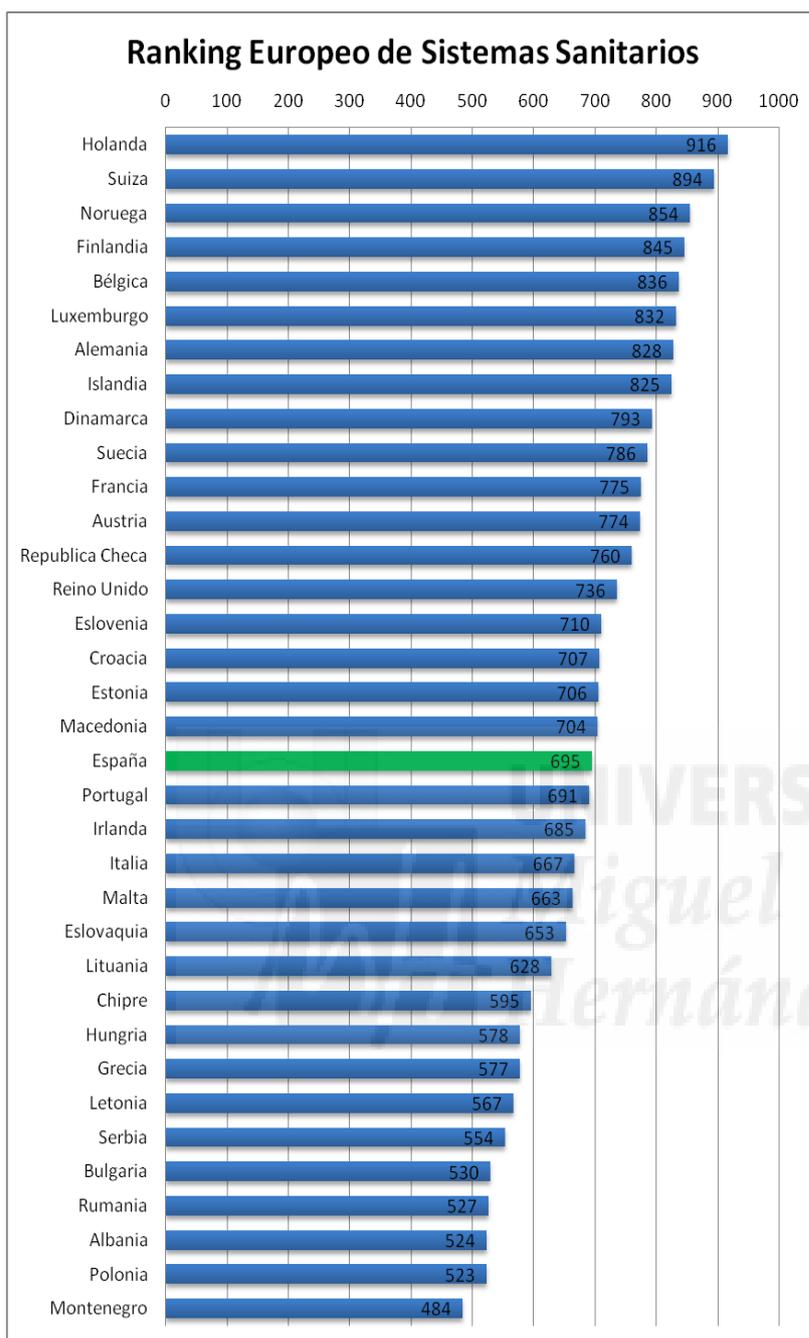
Hay que señalar que aquellos países que ocupan los primeros puestos de la tabla tienen un Sistema Sanitario de financiación Pública pero que da prestación de los servicios Privada, esto es que el Estado garantiza que todos

sus ciudadanos tendran acceso a la sanidad sea cual sea su edad o condición pero que son las empresas privadas las que, en competencia, deben atraer a los clientes.

En la tabla también se aprecia que los países con mayor Gasto Sanitario son los que ocupan los primeros lugares, cuando lo comparamos con el Gráfico 17. Alemania, Francia y Reino Unido, que son las que escogí anteriormente, mantienen unas posiciones altas en el ranking pese a que en algunos puntos sus sistemas esten por debajo del español.



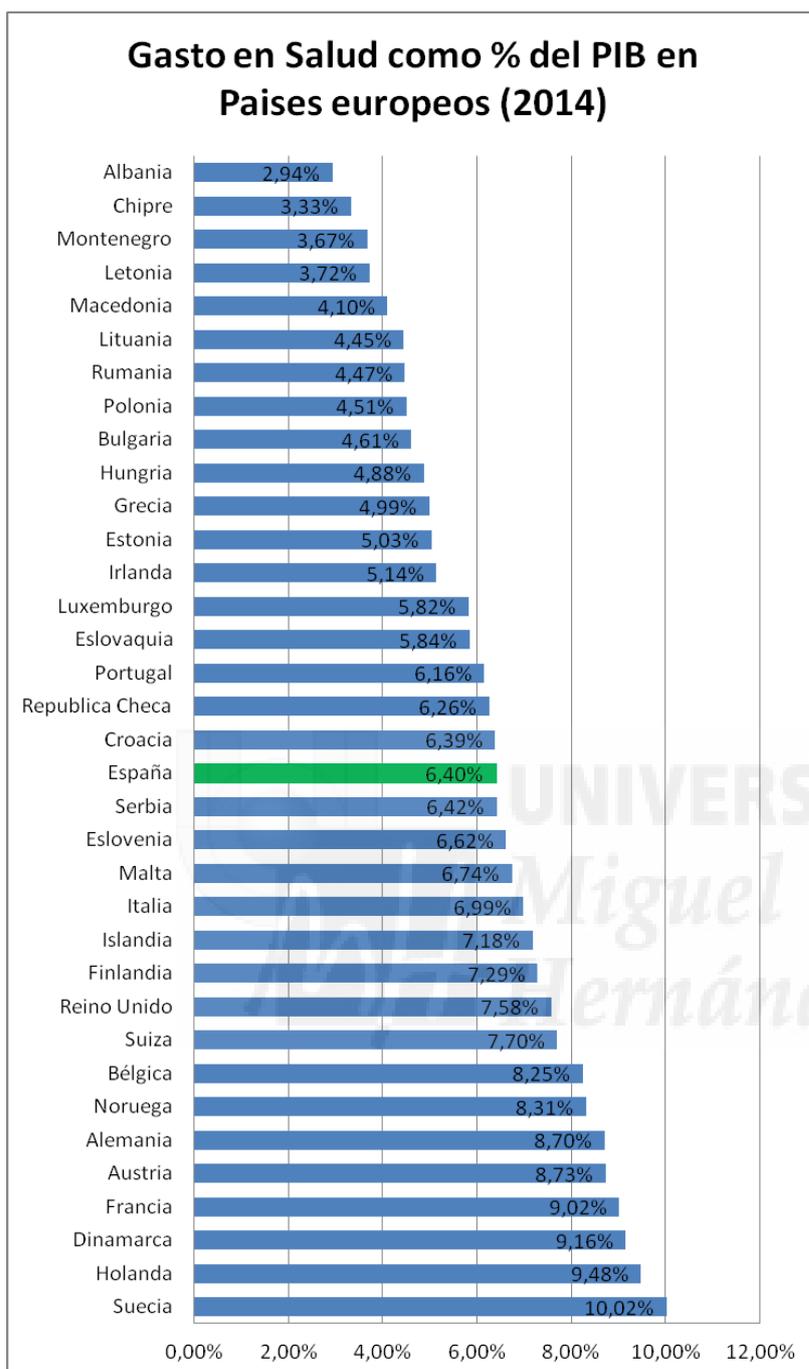
Gráfico 17: Ranking Europeo de Sistemas Sanitarios 2015



Fuente: Elaboración propia con los datos de Euro Health Consumer Index

En cuanto al gasto en sanidad, España entra dentro de la media de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico* (OCDE) con un Sector Público que retrocede cada año frente al Sector Privado, pero que sigue creciendo en cuanto a gasto como porcentaje del PIB.

Gráfico 18: Gasto en Salud como %PIB en países europeos 2014



Fuente: Elaboración propia con los datos de la OCDE

En el gráfico 18 he realizado una comparación del Gasto en Salud Pública para el año 2014 como porcentaje del PIB para los países europeos. España ocupa un lugar en la media de los 35 países, en la posición 17. Estos números tampoco difieren de los que habían antes de la crisis, cuando en el año 2008 España era uno de los países europeos que menos dinero gastaba en la

Sanidad Pública con un 6,5% de su PIB a la vez que la media de Europa rondaba el 7,3%, según los datos que ofrece Eurostat en su página web. En los Gráficos 6 y 7 comparabamos los puntos de recursos hospitalarios referentes a media de camas por 1000 habitantes y media de consultas hospitalarias por habitante entre Alemania, Francia, Reino Unido y nuestro país. En ellos comprobamos que España se encontraba por encima de Reino Unido y Francia en cuanto a consultas médicas anuales y por delante de Reino Unido en cuanto a media de camas. Añadiendo el Gráfico 18 anterior, vemos que la situación de nuestro país implica un Gasto Sanitario no propio de un país con nuestro PIB, teniendo en cuenta las demás potencias europeas que se exponen en la comparativa para el año 2014. Destaca la eficiencia de Alemania, que no siendo la que más invierte, tiene el sistema sanitario más grande de Europa. Los otros dos países que tratamos, Reino Unido y Francia, mantienen también un gasto superior al de España debido a que sus Gobiernos decidieron no recortar en su Gasto Sanitario, si no hacer pequeños ajustes o reformas y posponer la bajada en los niveles de Gasto Sanitario para cuando la convulsión de la crisis estuviese terminando. Reino Unido, como comentaba anteriormente, aplicará esta bajada de manera paulatina entre los años 2015 y 2020.

Algunos especialistas en la materia, como Vicenç Navarro, afirman que España gasta en Sanidad mucho menos de lo que debería corresponder al nivel de riqueza que genera anualmente. En un artículo de 2012, esta autor señala que en España, el *“PIB per cápita es ya el 94% del PIB per cápita promedio de la UE-15. En cambio, su gasto sanitario público per cápita es sólo un 79,5% del gasto sanitario público per cápita del promedio de la UE-15. Si en lugar del 79,5% se gastara el 94%, España se gastaría en su sector sanitario público 13.500 millones de euros más de lo que se gasta”*. Esta declaración da pie a pensar que en nuestro país se está invirtiendo menos dinero en sanidad de lo que se está desarrollando España en comparación a la media de Europa.

8. Desigualdades sociales y salud. Polarización por clases sociales del Sistema Sanitario. Análisis y discusión.

Entre los años 2009 y 2016 (y como reflejaban gráficas y tablas anteriores) el número de camas, de actividad ambulatoria, de médicos,... se ha reducido a consecuencia de la crisis y de las políticas para la contracción de la economía como intento de control de esta, haciendo que el Sistema de provisión sanitaria Pública haya llegado a un punto de saturación que ha repercutido en la atención directa al paciente, con lo que la población con un mayor nivel de renta ha decidido contratar seguros privados y abandonar así el sistema de sanidad público que ampara el gobierno.

Causas de las desigualdades. Ejes de desigualdad

Las desigualdades sanitarias (pese a la aplicación del SNS como garantía de homogeneidad) son constantes a día de hoy y, con el impacto de la crisis financiera, se han agudizado más. Las causas de las desigualdades vienen dadas por diferentes cortes de segmentación de la población como podrían ser género, edad, etnia, condición sexual... Al ser este un trabajo sobre la atención sanitaria, nos centraremos en las desigualdades según la posición *socio-económica* de los individuos, su *género* y el *reparto comunitario* de Sanidad, al ser estos los principales condicionantes para la esperanza de vida, la salud, el acceso a los medios, causas de enfermedades y la mortalidad que pueda acontecer.

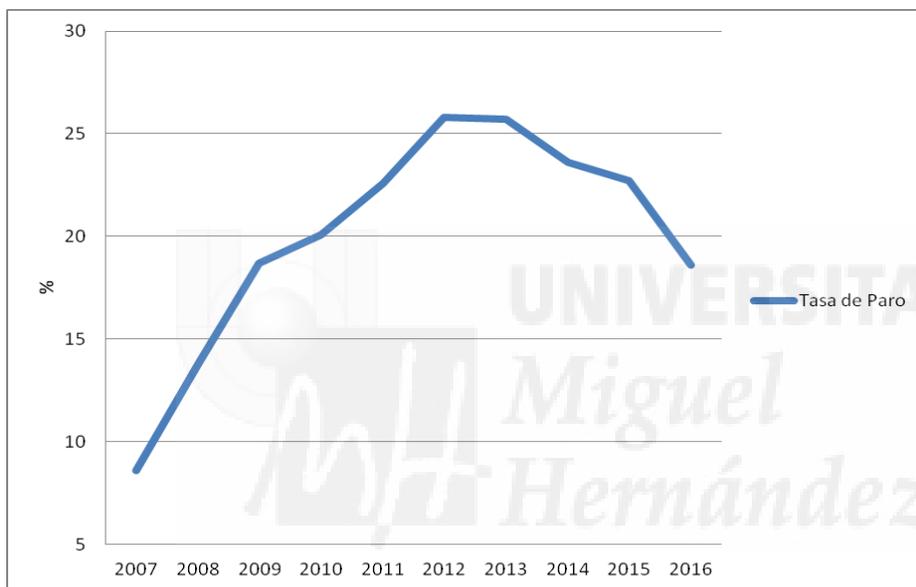
Noemí Guillamón Cano (2003) en su tesis doctoral señala que “el nivel socioeconómico es una medida multidimensional que se basa principalmente en la ocupación y educación del padre y de la madre y que hace referencia al estatus o la posición de prestigio que un sujeto ocupa en la sociedad”. Indica también que el sistema más utilizado para la medición del nivel socioeconómico es el **Índice de Nivel Socioeconómico** (SES) de *Hollingshead* (1975). Este indicador se mide con:

- La **ocupación**. Con esta, incluimos la variable de “prestigio” al añadir la cualificación y posición social de la madre y el padre.

- El nivel máximo de **estudios** realizados, para marcar las habilidades alcanzadas por el usuario, el cual Noemí Guillamón dice que es “un buen indicador de nivel socioeconómico por su fuerte relación con los ingresos y el nivel de vida”.

En los siguientes gráficos observamos, por un lado la tasa de paro en España y por otro el nivel máximo de estudios alcanzados.

Gráfico 20: Tasa de paro en España



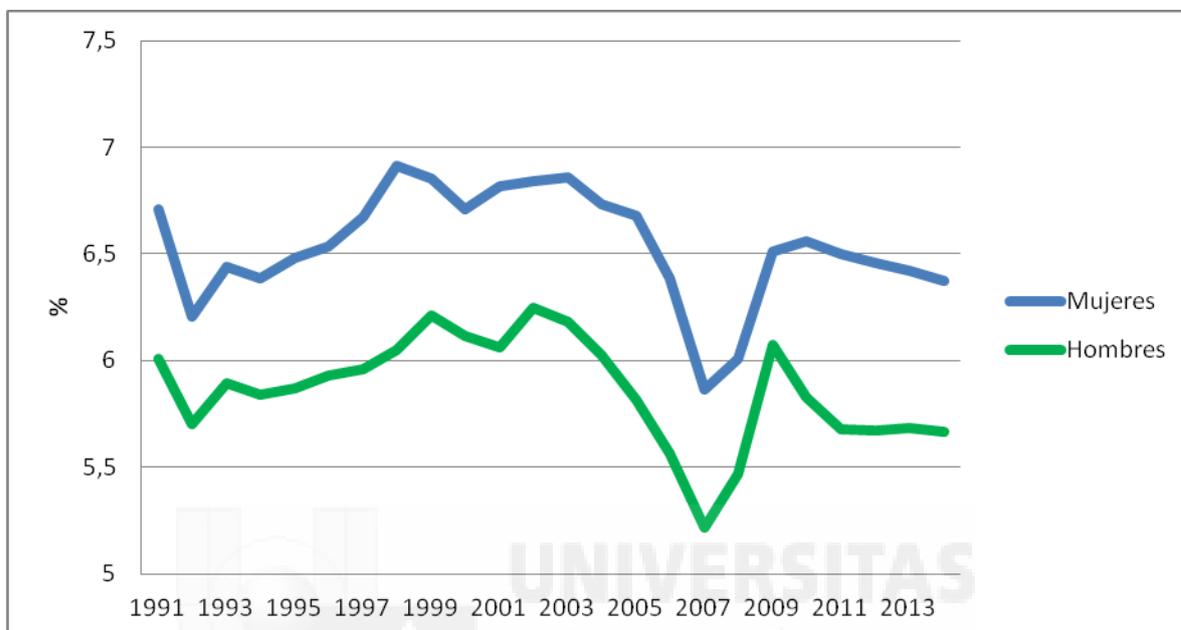
Fuente: Elaboración propia con los datos del INE para EPA 2016

Vemos en el gráfico 20 que la tasa de paro alcanzó máximos en el periodo de crisis, por lo que los ingresos de aquellos en paro se vieron reducidos. En los años siguientes a 2013, el paro comienza a decrecer paulatinamente.

Al problema anterior de la elevada tasa de paro en España durante los años de crisis hay que sumarle la desigualdad que se ha sufrido por parte de las mujeres en el trato relacionado a sus empleos. Por ello, el gráfico 21 aporta las tasas de desempleo separadas de mujeres y hombres comprendidas entre los años 1991 y 2014. En él, se abarcan todas las crisis mundiales de los últimos 23 años: la *Crisis del peso americano* en 1994, la *Crisis de Asia* en 1997, la

Crisis de las puntocom en 2000, la Crisis de Argentina en 2001/2002, la Gran Recesión en 2008/2009, la Guerra de divisas y desequilibrios mundiales en 2010 y la Crisis Griega y la Crisis de la Deuda Europea en 2010/2011.

Gráfico 21: Tasa de desempleo mundial según género



Fuente: Elaboración propia con los datos del Banco Mundial

Lina Gálvez (2012) establece tres pautas destacadas que han acontecido históricamente en todas y cada una de las crisis sucedidas sobre la desigualdad de **género**:

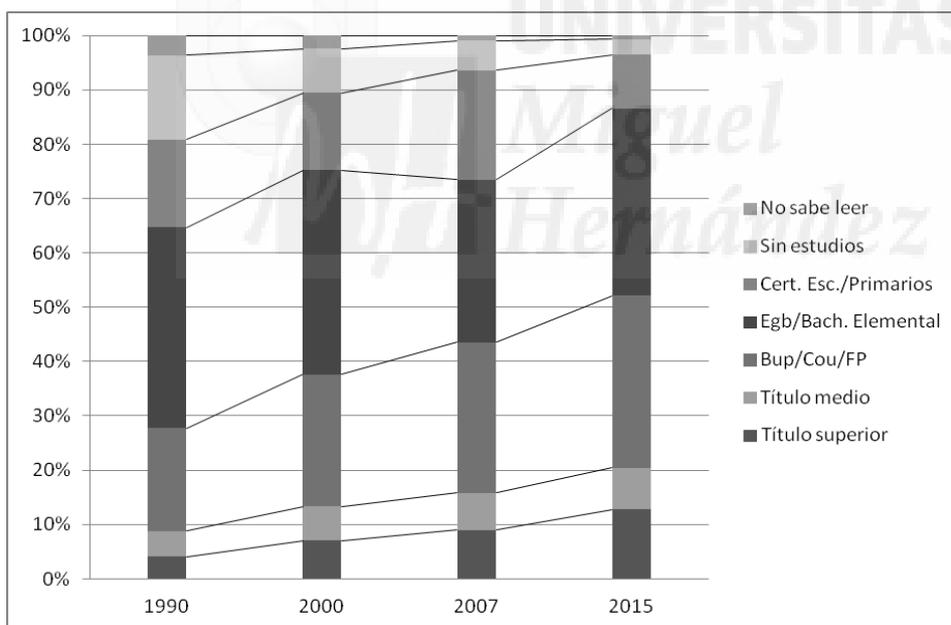
1. *“De la crisis se sale con una intensificación del trabajo de las mujeres”*
2. *“Tras la crisis, el empleo masculino se recupera siempre antes que el femenino y este último acaba más precarizado que al comienzo de la crisis”*
3. *“De la crisis se sale con retrocesos en los avances en igualdad conseguidos”*

El anterior gráfico 21 nos sirve para afirmar estas 3 pautas a través de un análisis visual de las crisis mundiales y su efecto sobre el desempleo tanto en mujeres como en hombres.

En todas ellas se cumplen las tres pautas anteriores: El mercado “expulsa” a las mujeres de sus puestos de trabajo remunerados y las relega a trabajos domésticos sin remunerar (vemos que tras las crisis el crecimiento de desempleo es mayor en mujeres); tras la crisis el desempleo masculino se recupera más rápido, como se nota sobre todo tras la Gran Recesión, cuando el desempleo masculino cae de un 6,074 en 2009 a un 5,68 en 2011, mientras que en mujeres continuó subiendo; y por último, no se recupera el avance anteriormente conseguido, como se ve en el gráfico al ser los porcentajes en mujeres siempre superiores al mínimo de 5,866 alcanzado en 2007.

En cuanto al nivel de estudios, apreciamos en el gráfico 22 un aumento general en todos los niveles y un decrecimiento en el grupo “no sabe leer”, que implica una población mejor formada.

Gráfico 22: Evolución del nivel de estudios en España



Fuente: Elaboración propia con los datos de ANEIMO 2015

Crisis y su impacto sobre esta desigualdad

Las políticas de recortes que se han propuesto estos últimos años han agudizado aún más las brechas de desigualdades **socio-económicas** anteriores, haciendo más radicales los porcentajes de pobreza extrema e

impidiendo así a una parte de la población ejercer su derecho a la Sanidad y el acceso a medicamentos.

Hay que añadir a estas políticas de recortes las dificultades para el acceso a una sanidad digna, ya que en España los precios de los medicamentos los fija el Gobierno y las farmacéuticas no tienen opción de negociar. Destaca el ejemplo de 2012, cuando el Gobierno excluyó de la financiación del SNS 400 medicamentos que antes dependían de este. Se trataba de medicamentos tan conocidos como el Omeoprazol, Fortasec, Almax, Mucosan,... que, al sacarlos del sistema, aumentaron su precio más de un 100%.

Los criterios para esta exclusión fueron, según viene recogido en el *Real Decreto Ley 16/2012*, que eran medicamentos sin receta, para síntomas menores y que se consideraban como medicamentos publicitarios.

Tomando como base el año 2011, en las tablas de IPC 2015 que elabora el INE, el sub-apartado de “medicinas” muestra un aumento del 11,1% en el precio debido, entre otras, a las políticas que implantaron el copago sanitario, por lo que no es extraño escuchar estos días en televisión a personas que abandonan sus medicamentos al no poder hacer frente ellos solos al precio de estos, ya que no solo ha subido el precio sino que se han puesto condiciones más estrictas para recibir la ayuda económica del gobierno en la compra de medicamentos.

Este copago farmacéutico de las recetas y la eliminación de ayudas se refleja ya en la *Actualización del Programa de Estabilidad 2016-2019*, que habla sobre como las medidas del *real decreto-ley 16/2012* han limitado el gasto público en farmacia “*por medio de la aportación del usuario*”, y donde se menciona también la desaceleración en el crecimiento de las recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, el cual registró un 6,9% de crecimiento en su gasto en 2008, una reducción del 8,8% en 2011, del 12,26% en 2012 y de 15,9% en 2014. Estas medidas también han hecho aumentar el consumo de los

genéricos, que actualmente son un 49% del total de medicamentos facturados frente al 34,1% que suponían en 2011.

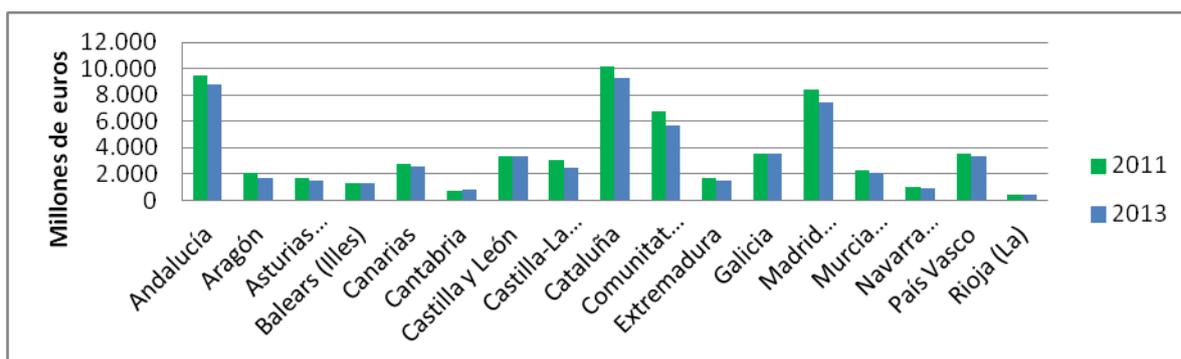
La previsión que realiza el anterior informe para este año y siguientes es “*aumentar la racionalización del gasto sanitario y farmacéutico*”, es decir, que el paciente tendrá cada año que asumir más gasto de su bolsillo, ya que, desde el año 2015, se están tomando medidas para reducir el gasto sanitario a través de control del gasto farmacéutico. Estas medidas se distribuyen en 5 bloques según el *Programa de Estabilidad*:

1. Nuevas normas para la **revisión de los precios** de medicamentos.
2. Aplicación de **criterios de coste-efectividad** en financiación pública de medicamentos.
3. La **actualización de la prestación farmacéutica** del SNS.
4. Políticas para impulsar la prescripción de **medicamentos genéricos**.
5. Aplicación del **principio de eficiencia** en la prescripción de medicamentos del SNS.

Estos recortes en Sanidad Pública han acelerado el crecimiento de la Sanidad Privada, como veíamos con anterioridad. En los datos que ofrece Vicenç Navarro para 2015, vemos que un 30% de los ingresos de la Sanidad Privada provienen del 20% de los españoles con mayor nivel de renta que, ante la decadencia del sistema Público, lo abandonan en pro de seguros privados que garantizan atención personalizada e inmediata.

En cuanto al **reparto comunitario** encontramos grandes diferencias en el nivel de reparto en euros por habitante, donde vemos que comunidades como País Vasco reciben 1.549€ por habitante mientras que Andalucía tan solo recibe 1.044€ en el año 2013.

Gráfico 23: GSP consolidado según CCAA



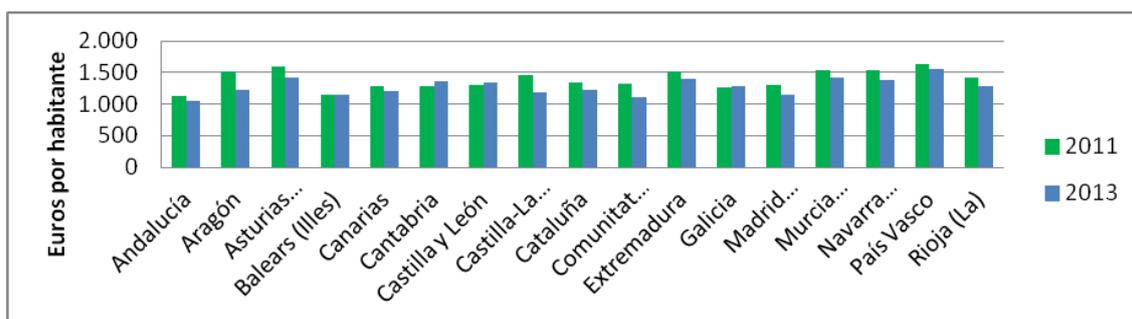
Fuente: Elaboración propia con los datos de EGSP 2014

Estas diferencias en la dispersión del gasto sanitario entre CCAA, que rompen el *Principio de Igualdad*, se deben a las desigualdades de financiación que tiene los gobiernos autonómicos. En el Gráfico 23 vemos como las CCAA que cuentan con mayor financiación por tamaño y población destinan una mayor parte del presupuesto al gasto sanitario mientras que aquellas más pequeñas tienen partidas mucho menores que, además, disminuyen entre los años estudiados.

Estas diferencias ponen en cuestión el cumplimiento del *Principio de Igualdad* que mencioné antes, ya que impide el acceso en igualdad de condiciones de los españoles a los servicios, al tener estas diferencias del 50% de presupuesto entre diferentes comunidades.

En el gráfico 23 también observamos que las cifras bajan entre 2011 y 2013 en todas las Comunidades Autónomas menos en Galicia, Castilla y León y Cantabria, que aumentan su Gasto en Sanidad durante estos años.

Gráfico 24: GSP consolidado en Euros por habitante según CCAA



Fuente: Elaboración propia con los datos de EGSP 2014

Esta diferencia entre regiones españolas ha ahondado más en la desigualdad a raíz de los recortes y nuevas medidas que se han establecido. La legislación referente a los recortes realizados en el **SNS** está publicada en el *Boletín Oficial de Estado*. La más importante de esta crisis es el *Real Decreto-Ley de Medidas Urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, publicado el 25 de Abril de 2012 y cuyo objetivo era ahorrar al sistema 7 mil millones de euros. Principalmente, el ahorro se deriva de:

- Los **usuarios** de la Sanidad Pública deben **abonar** desde la aplicación de este decreto-ley parte de las “prótesis ambulatorias (férulas, muletas, sillas de ruedas,...), productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente”, al establecer estos como “servicios accesorios”.
- Se aplicó el **copago farmacéutico**, por el que “los activos con una renta igual o superior a 100.000€ deberán hacerse cargo de un 60% del precio de los medicamentos, reduciéndose al 50% si la renta se comprende entre los 18.000 y los 100.000€, y al 40% para aquellos cuya renta sea inferior a 18.000”.
- Los **fármacos** para síntomas menores quedaron **excluidos** del SNS.
- Los **extranjeros** indocumentados quedaron **fuera** del sistema público.
- Los **jóvenes** mayores de 26 años que no hayan cotizado quedaron **fuera** del sistema público.

9. Conclusiones y propuestas

A lo largo de estas páginas he caracterizado la atención sanitaria española como un mercado donde el estado español es el garante de la provisión de los

servicios sanitarios y en el que coexisten 3 tipos de producción sanitaria: pública, privada y pública de gestión privada. Esto hace de España un país que genera diferentes opciones de oferta para la misma demanda.

En los primeros gráficos, analizaba como la población española estanca su crecimiento a raíz del inicio de la crisis, comenzando a tener una pirámide poblacional inversa, donde los estratos inferiores, siendo los más pequeños de la pirámide, deben hacer frente al gasto sanitario proveniente de los estratos superiores que generaban en 2015 un gasto sanitario per capita de 1.322€, donde se encuentra el grueso de la población que requiere mayores cuidados y atención. También vemos como, a pesar de la necesidad de aumentar el gasto sanitario, éste se está reduciendo desde el comienzo de la crisis financiera hasta cifras que no se alcanzaban desde el año 2007, cerrando alas enteras de hospitales con sus correspondientes camas y servicios, reduciendo el número de profesionales sanitarios y bajando los salarios de los que mantienen su puesto, mientras que el número de consultas médicas por español se mantenía estable. El mismo trabajo, para menos profesionales y con menos infraestructura.

También vemos que, mientras que ya hay un 30% de españoles bajo el umbral de la pobreza que deben elegir entre medicina o comida, aquellos que tienen mayor poder adquisitivo abandonan la saturación del sistema público por los seguros de atención sanitaria privada, la cual crece cada año en usuarios/as, número de hospitales (por la privatización de los públicos, entre otras), derivación de pacientes y, sobretodo, beneficios a costa de la salud. El argumentario que se esgrime para justificar las privatizaciones es la insostenibilidad del sistema público, que sobre todo se basa en los criterios de eficiencia al considerar que los hospitales públicos no están teniendo una **efectividad asignativa** correspondiente a su alto nivel de gasto y que, por tanto, debería realizarse un proceso de “**externalización**” de ciertos servicios públicos, ya que ésta permitiría unos mejores resultados al reducir costes. La realidad es otra, ya que los estudios de la *Organización Mundial de la Salud* denuncian que la gestión privada no es solo más cara para el paciente, sino

que también es de peor calidad y que estos Hospitales presentan tasas de mortalidad mayores y más problemas post-operatorios.

La realidad es que la sanidad pública en España debe ser **deficitaria**, ya que la salud nunca debería ser un **negocio**, sino un **derecho** inherente a las personas.

10. **Bibliografía**

AEDEMO, Nuevo sistema de clasificación socioeconómica de la población española (2015). [Consultado 10 de febrero de 2017] http://www.aneimo.com/not_esp/PresentacionWebinarIndiceSocioeconomico2015.pdf

Alcalá, Cristina; Casi 50.000 camas hospitalarias desaparecen de los registros del Ministerio de Sanidad (2014). Redacción Médica. <http://www.redaccionmedica.com/noticia/casi-50000-camas-hospitalarias-menos-en-el-sistema-publico-espanol-9413>

Alcántara Moreno, Gustavo; La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad (2008). Sapiens, volumen 9, 93-107.

[Consultado 10 de febrero de 2017] <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2010/seminario-extensionista-aportes-de-la-epidemiologia-comunitaria/unc-seu-definicion-salud-oms.pdf>

ASISA Salud. *Representantes de la sanidad pública y privada apuestan por una mayor profesionalización de la gestión y colaboración para afrontar la crisis* [en línea] [Consultado 10 de febrero de 2017]. Prensa ASISA. 2012.

Bonita, Ruth; Beaglehole, Robert y Kjellström, Tord; *Epidemiología básica*. (2008). Primera edición. Estados Unidos: OPS (Organización Panamericana de la Salud), Capítulo 2.

Collazo Herrera, Manuel; Cárdenas Rodríguez, Justo; González López, Roxana; Miyar Abreu, Rolando; Gálvez González, Ana María y Cosme Casulo, Jorge; La economía de la salud: ¿Debe ser de interés para el campo sanitario? (2002) [Consultado 10 de febrero de 2017] <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n5/14098.pdf>

Comisiones Obreras, Cuadernos de información sindical. El gasto sanitario en España (2013). Madrid: Confederación sindical de Comisiones Obreras.

[Consultado 10 de febrero de 2017]

<http://www2.ccoo.es/comunes/recursos/1/1737174->

Comisiones Obreras, Análisis presupuestos sanitarios 2016. Federación estatal de sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO. Available at:

<http://www.ccoo.es/cms/g/public/o/3/o164346.pdf>

[Cuaderno_de_Informacion_Sindical_n_36.pdf](#)

Consejo Económico y Social, España, Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral, España 2015 (2016). [Consultado 10 de febrero de 2017]

http://www.ces.es/documents/10180/3933980/Memoria_Socioeconomica_CES_2015.pdf

Chiavenato, Idalberto (2007) *Administración de recursos humanos*. Primera edición. Mexico: Mc Graw Hill.

Du, Lisa y Lu, Wei; U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient (2016). [Consultado 10 de febrero de 2017] Bloomberg.com. <http://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>

El Grupo del Banco Mundial. <http://www.bancomundial.org/>

Espuelas Barroso, Sergio; La evolución del Gasto Social Público en España, 1850-2005. Estudios de Historia Económica. [Consultado 10 de febrero de 2017]

<http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSerias/EstudiosHistoriaEconomica/Fic/roja63.pdf>

Espuelas Barroso, Sergio y Herranz Loncán, Alfonso; *Desigualdad, democracia y estado del bienestar* (2011). Primera edición.

España. Decreto-Ley 156/2015, *por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública*. Diari Oficial. 23 de septiembre de 2015.

España. Decreto-Ley 157/2014, *por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación*

sanitaria de la Consellería de Sanidad. Diari Oficial. 7 de octubre de 2014, núm 7376.

España. Ley de 14/1986, *General de Sanidad*. Boletín Oficial de Estado, 19 de mayo de 1986, núm. 102

España. Ley de 16/2003, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial de Estado, 29 de mayo de 2003, núm. 128

España. Ley de 33/2011, *General de Salud Pública*. Boletín Oficial de Estado, 5 de octubre de 2011, núm. 240, p. 104593 a 104626

España. Ley 44/2003, *de ordenación de las profesiones sanitarias*. Boletín Oficial de Estado, 23 de noviembre de 2003, núm 280

España. Ley 25 de Noviembre de 1944, *de Bases de Sanidad Nacional*. Boletín Oficial de Estado, 26 de noviembre de 1944, núm 331, p. 8908 a 8936

España. Ley de 14 de diciembre de 1942, *por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad*. Boletín Oficial de Estado, 27 de diciembre de 1942, núm. 361, p. 10592 a 10597

Eurostat Statistical books, Health Statistics - Atlas on mortality in the European Union. Primera edición. (2009).

Garber, Alan; *Advances in cost-effectiveness analysis of health interventions* (1999). Primera edición. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

García Pancorbo, Dolores; Moreno Faraco, Inmaculada y Toledo Gómez, David. (2016). *Catálogo Nacional de Hospitales 2016*. 25/10/2016, de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado 10 de febrero de 2017] Sitio web:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2016.pdf>

Gobierno de España (2016). *Actualización del programa de estabilidad 2016-2019*. [Consultado 10 de febrero de 2017] Sitio web:

http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/160509_np_estabilidad.pdf

Gobierno de España, Plan Presupuestario 2017. Informe de acción efectiva. (2016).

[//www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/161017_plan_presupuestario.pdf](http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/161017_plan_presupuestario.pdf)

Gálvez Muñoz, Lina y Rodríguez Modroño, Paula; La desigualdad de género en las crisis económicas (2013). [Consultado 10 de febrero de 2017]
http://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/CiP-I7Galvez_Rodriguez.pdf?noga=1

Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2015 Report (2016).

Hidalgo Vega, Álvaro; Corugedo de las Cuevas, Indalencio y Llano Señarís, Juan; Economía de la salud (2000). Primera edición. Madrid: Ediciones Pirámide.

Instituto Nacional de Estadística, España en cifras (2014).
http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2014/files/assets/common/downloads/publication.pdf

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, Sanidad Privada Aportando Valor. Análisis de situación 2016. Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2015 Report (2016).
https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/3-informe_analisis_situac_idis2016_pagina_web.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Indicadores Demográficos Básicos (2016).
http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Índice de Precios de Consumo 2015 (2016).

Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Población Activa 2015 (2016).
<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0415.pdf>

Krugman, Paul. y Obstfeld, Maurice; International economics (2000). Primera edición. Reading Mass: Addison-Wesley.

Manero Salvador, Ana; El cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de la crisis económica internacional (2013). Primera edición. Fundación Alternativas.

Marsat Campos, Pedro; Estructuras político-administrativas y salud pública en España (1994). Revista Española de Salud Pública, volumen 68.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España (2015).

[Consultado 10 de febrero de 2017]

http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) 2014 (2015). [Consultado 10 de febrero de 2017]

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público (2015). [Consultado 10 de febrero de 2017]

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Indicadores de Salud 2013. [Consultado 10 de febrero de 2017]

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud (2015)

[Consultado 10 de febrero de 2017]

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/msc-indicadores-01.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Portal Estadístico del SNS - Sistema de Información Sanitaria: Portal Estadístico del SNS - Estadísticas y Estudios. [Consultado 10 de febrero de 2017]

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe anual del Sistema Nacional de Sanidad 2015, (2016). [Consultado 10 de febrero de 2017]

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anuar_SNS_2015.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sistema Nacional de Sanidad España 2012, (2013) [Consultado 10 de febrero de 2017]

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, La salud y el Sistema Sanitario en 100 tablas. (2016).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sistema Nacional de Sanidad España, 2012. (2013).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Catálogo Nacional de Hospitales 2013. (2014).

Navarro, Vicenç, El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública (2012). Gaceta Sanitaria, volumen 26, 174-175.

Navarro, Vicenç. (Sin fecha). Estado del bienestar en España. 02/08/2016, de rebelión.org. [Consultado 10 de febrero de 2017] Sitio web: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/bienestar/textos/espana.htm>

NHS Choices Home Page. <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx> Oecd.org, OECD Health Statistics 2016 - OECD. [Consultado 10 de febrero de 2017] <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Robledo Galván, Hector; Meljem Moctezuma, José; Fajardo Dolci, Germán y Olvera López, David; De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud (2012). CONAMED, volumen 17, 172-175. [Consultado 10 de febrero de 2017] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4175520>.

Pardo, Antonio; ¿Qué es la salud? (1997), Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. [Consultado 10 de febrero de 2017] <http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html>

Rodríguez Blas, María del Carmen y Fernández de Cuevas, José María Lillo; Sistema de Cuentas de la Salud 2014 (2016). [Consultado 10 de febrero de 2017]

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSpri ncipalesResultados.pdf>

SCL Econometrics S.A., Cuantificación de las economías de escala en el sector sanitario (2009). [Consultado 10 de febrero de 2017] http://www.economia.gob.cl/1540/articles-190023_recurso_1.pdf

Stiglitz, Joseph Eugene (2000) La Economía del Sector Público. Antonio Bosch Editor.

Whitehead, Margaret y Dahlgren, Göran; Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial

de salud para toda la población- Parte 1 (2010). Ministerio de Sanidad y Política Social. [Consultado 10 de febrero de 2017]
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>

