

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

# OBSERVATORIO

## POLÍTICAS DE SALUD

---

2010  
JUNIO  
7

## Financiación sanitaria

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE



**Fundación 1º de Mayo** | Centro Sindical de Estudios  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es) | [1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

# La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo ([www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es)):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA  
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD  
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA  
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS  
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA  
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO  
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS  
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL  
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO  
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA  
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA  
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO  
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD  
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION  
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL  
Carmen Sánchez

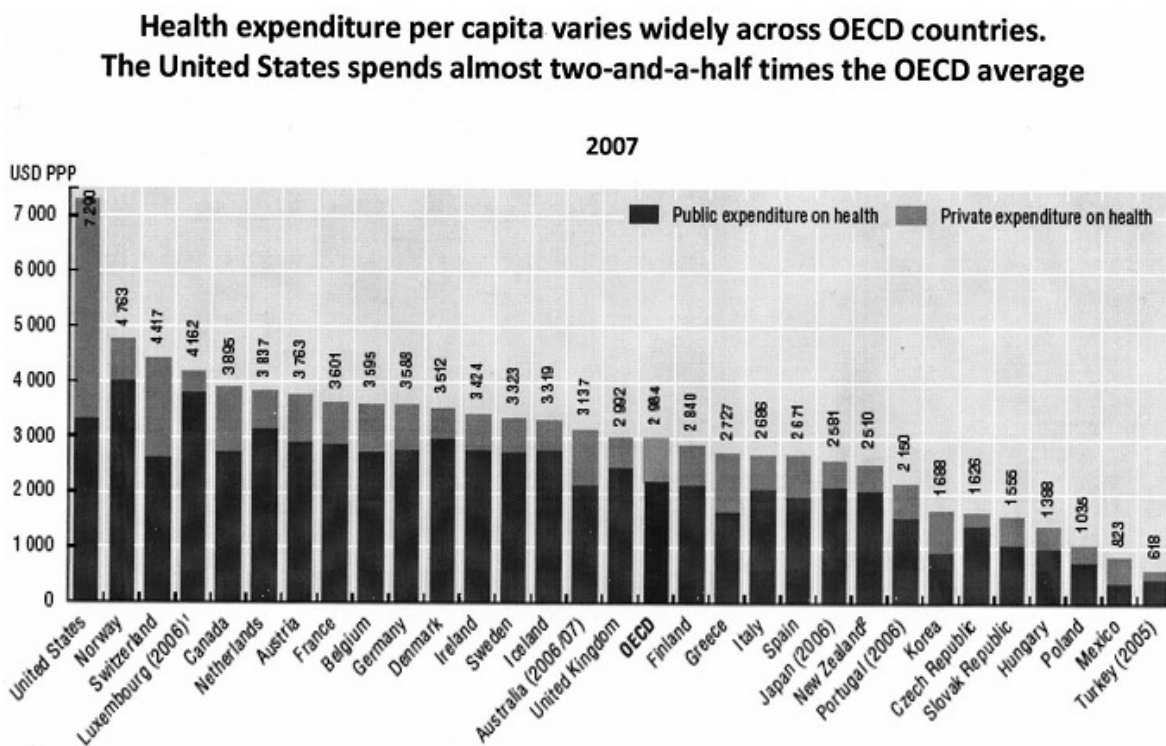
## FINANCIACION Y GASTO SANITARIO

### Marciano Sánchez Bayle

Una cuestión recurrente en el debate de la política sanitaria en España al menos desde el Informe Abril, en 1991, es la de la sostenibilidad del sistema sanitario y la supuesta necesidad de establecer copagos.

Un observador que desconociera la realidad, el típico recién aterrizado desde Plutón en la línea de las volterianas "Cartas Persas", se sorprendería al conocer que según el último informe de la OCDE (OECD Health Data 2009, disponible en [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)) el sistema sanitario español tiene un gasto bastante modesto, por debajo del promedio de la OCDE (gasto sanitario total de 2.671 \$ per capita en poder paritario de compra, frente al promedio de 2.984 \$) (Figura 1) y de 8,5% sobre el PIB (promedio OCDE 8,9%) (Figura 2).

**Figura 1: Gasto sanitario per capita e \$ (poder paritario de compra)**

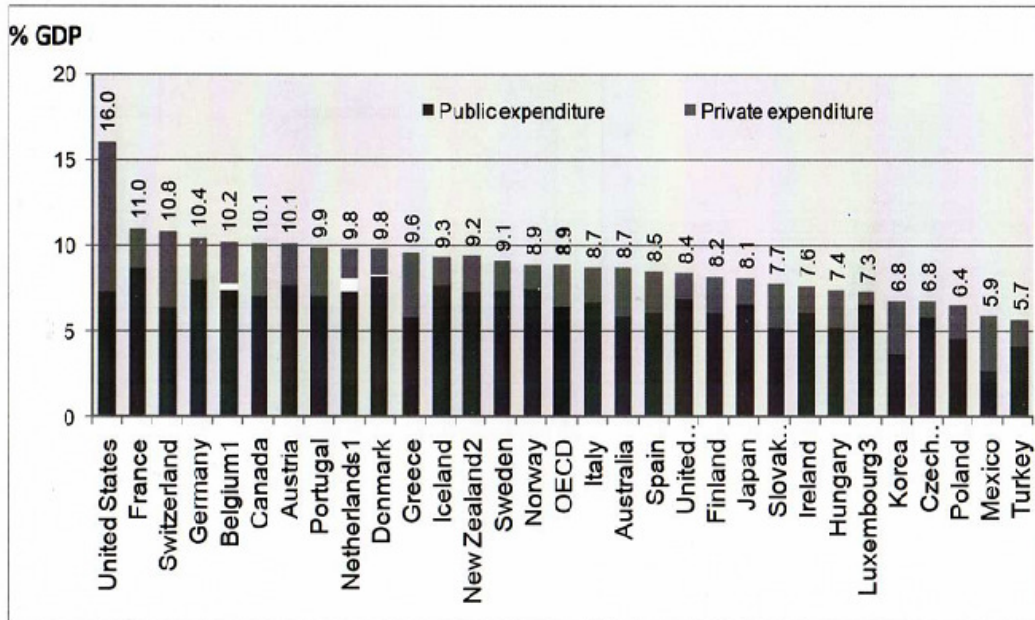


1. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.
2. Current health expenditure.

Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Figura 2 : Gasto sanitario en % sobre el PIB

**OECD countries allocate about 9% of their GDP to health.  
This share varies from 16% in the United States to less than 6% in Mexico and Turkey**



1. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments).
2. Current health expenditure..
3. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.

41

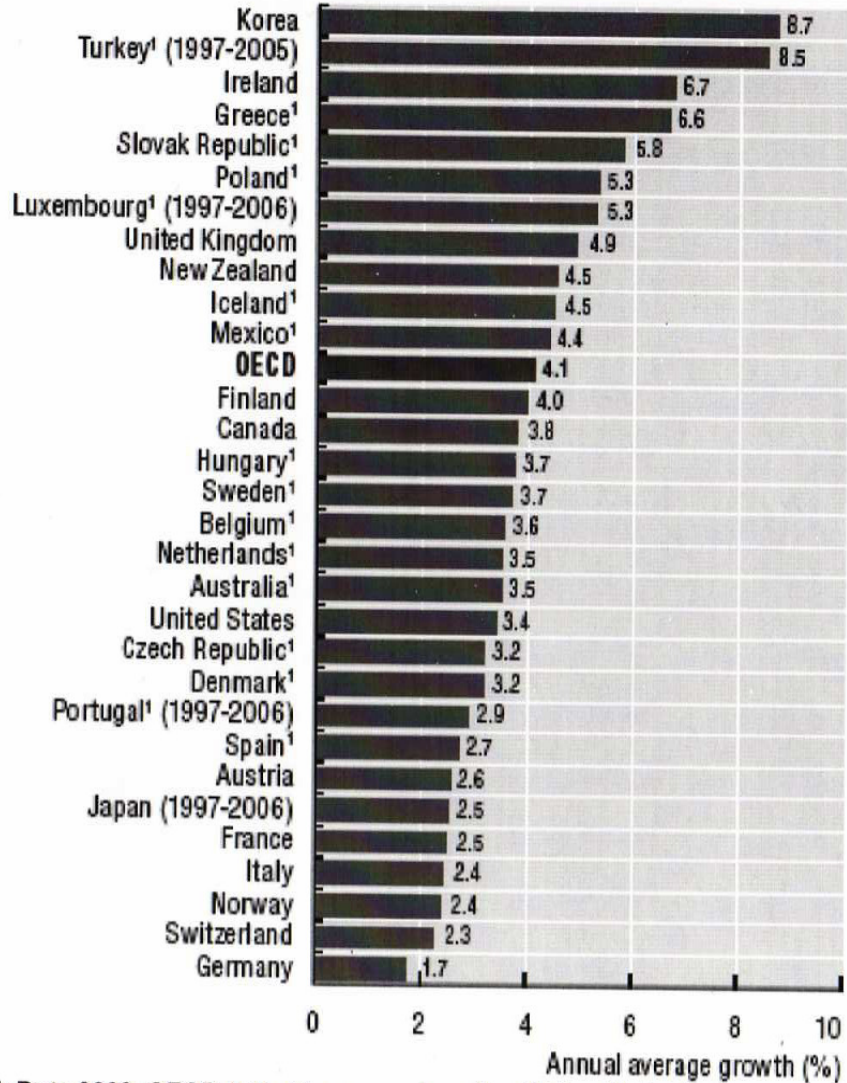
Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Asimismo se pone de manifiesto en el citado informe que el incremento del gasto sanitario en España en los últimos 10 años ha sido del 2,7% frente al 4,1% de promedio de la OCDE (Figura 3), y todo ello con una esperanza de vida de 81 años (promedio OCDE 79,1) y con una relación entre esperanza de vida y gasto sanitario por encima de lo esperado para el nivel de este (Figura 4), es decir con una eficacia y por lo tanto eficiencia en los primeros puestos del mundo.

Figura 3: Crecimiento anual del Gasto sanitario en los últimos 10 años

**Across OECD countries, health expenditure has grown by slightly more than 4% annually over the past ten years**

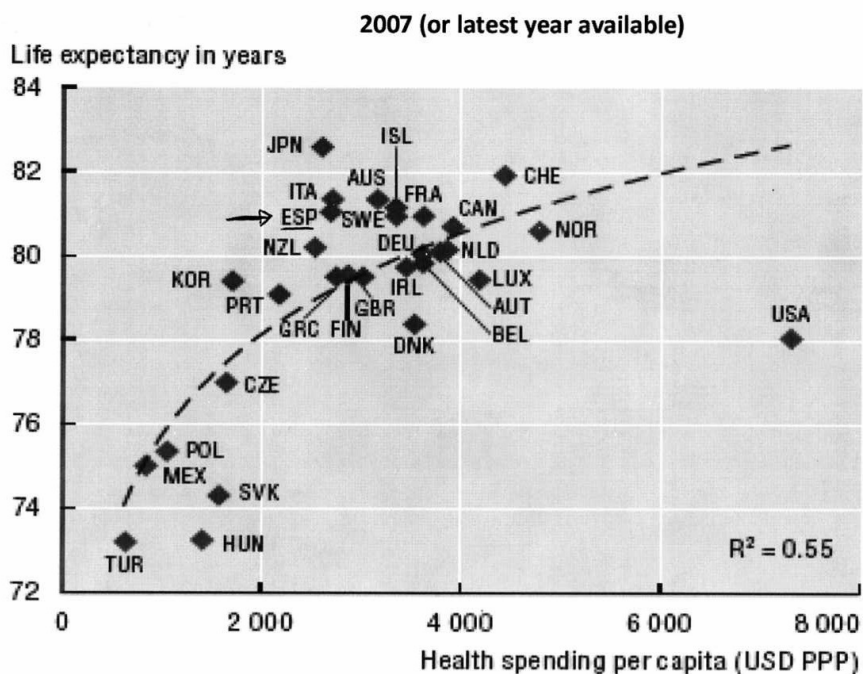
Annual average real growth in per capita health expenditure, 1997-2007



Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Figura 4: relación entre gasto sanitario per capita y esperanza de vida

**Higher health spending per capita is generally associated with higher life expectancy, although this link tends to be less pronounced in countries with higher spending. Other factors also influence life expectancy ...**



Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Lo que mas sorprendería a este "observador imparcial" es que los supuestos expertos, precisamente proponen como soluciones a la situación del sistema sanitario español, aquellas medidas que ya se han adoptado en los países que tienen peores indicadores de eficiencia y de efectividad, y quizás acabara concluyendo que o los "expertos" padecen de algún tipo de ceguera selectiva que les impide ver justo aquello que no quieren ver o que responden a los potentes intereses económicos que les sufragan y difunden.

No obstante tampoco puede olvidarse que una financiación reducida tiene problemas añadidos (en cuanto a escasez de recursos) que habría que intentar resolver, por ello se viene señalando hace tiempo la conveniencia de incrementar la financiación sanitaria pública entre 0,5-1% sobre el PIB, pero es evidente que ello es perfectamente posible dentro del contexto internacional antes señalado conviene recordar que el porcentaje de financiación pública según la misma fuente estaba en el 71,8 % (promedio OCDE 73%) y que esta diferencia es mayor si se compara con los datos de la UE15 e incluso con la UE27 (el promedio de % de financiación pública de los datos de la OCDE baja mucho por la presencia de dos países como son México y EEUU que están en el 45%).

Otra cuestión distinta es el origen de esta financiación. En España, a partir del modelo de financiación autonómica de 2001, se ha producido una deriva hacia los impuestos indirectos que han incrementado su peso y hacen esta financiación menos equitativa.

En este contexto parece difícil justificar la instauración de copagos, que como es bien conocido solo penalizan a las personas más enfermas y con menos recursos económicos, máxime cuando se propugnan en medio de una crisis económica que esta multiplicando el número de desempleados.

### **La distribución autonómica de la financiación sanitaria**

Así las cosas, los presupuestos sanitarios de las CCAA son el índice de la sensibilidad social de las distintas CCAA y evidencian la capacidad de las mismas para asegurar la atención sanitaria de los ciudadanos, más allá de las altisonantes declaraciones habituales.

Acaba de aprobarse en las Cortes en nuevo modelo de financiación autonómica, la "Ley por el que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía y se modifican determinadas normas tributarias" que recoge el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera al respecto.

La lectura detallada del texto confirma que estamos ante una Ley que, a pesar de las apariencias, no cambia sustancialmente el criterio general del modelo anterior de financiación autonómica por el que las CCAA reciben una cuantía global para el conjunto de las competencias transferidas que luego distribuyen según sus propias decisiones.

El acuerdo llamaba al despiste porque introduce un denominado Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales que, en teoría, debería asegurar que todas las CCAA tuvieran fondos suficientes para sanidad, educación y dependencia, estableciendo nuevos criterios de reparto (población, superficie, dispersión, insularidad, población protegida equivalente según 7 grupos de edad, población mayor de 65 años y población entre 0 y 16 años), sin embargo no existe en el proyecto ninguna cláusula que obligue a que este fondo se destine a los servicios públicos fundamentales.

Se crean además otros tres Fondos: de suficiencia global, de cooperación y de competitividad. Los dos primeros tienen efectos compensatorios para las CCAA con menor renta y el último, en la práctica, acaba favoreciendo a aquellas que tiene una mayor recaudación fiscal per capita, es decir las de mayores ingresos.

¿Qué beneficios aporta el nuevo sistema? Para las CCAA esta claro, incrementa los ingresos y establece un sistema un poco mas racional de reparto (por ej permite la actualización de la población), pero como ya se ha dicho abre brechas entre las que tienen ingresos mayores y las que los tienen menores, es decir unas van a salir mas beneficiadas que otras.

¿Y en cuanto a la Sanidad? Nada nuevo realmente, salvo que se ha perdido una oportunidad para avanzar en el sentido correcto, De esta manera ni se incorporan fondos finalistas (cada CCAA seguirá haciendo lo que quiera al respecto), ni se establecen objetivos comunes incentivados, y además estos se hacen mas difíciles de plantear en la medida en que los fondos de que dispone el Estado se disminuyen y por lo tanto lo hace su margen de maniobra para posicionar fondos condicionados al cumplimiento de determinados objetivos de salud, todo ello hace que las posibilidades reales de establecer bases sólidas de cohesión y coordinación del Sistema Nacional de Salud parece que se alejen un poco mas. Como ya sucedió en el debate del actual modelo de financiación el Ministerio de Sanidad ha vuelto a brillar por su ausencia, y esta ausencia de liderazgo en lo importante, que suele ser lo que no es mediático, es bastante preocupante.

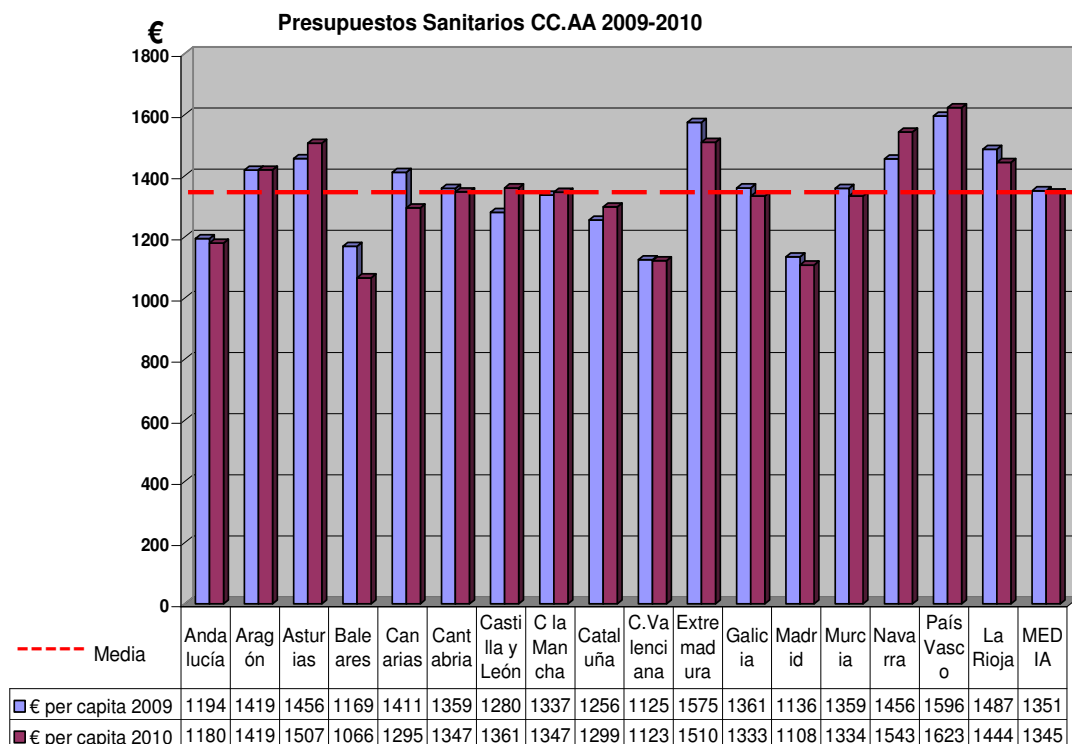
Por supuesto esto puede y debe de cambiar en el debate que se establece alrededor del llamado Pacto por la Sanidad, aunque el fondo del problema es cuando se va a asumir que hace falta una dirección de la política sanitaria y que eso es difícilmente realizable si no existe un modelo de financiación que lo propicie e incentive.

Los resultados de estas situación es la gran dispersión de los presupuestos sanitarios de las CCAA aprobados en los correspondientes parlamentos autonómicos, recogidos en la tabla siguiente y en la Figura 5, calculando lo que suponen en gasto sanitario per capita (población según censo del INE aprobada en diciembre de 2009), comparándose con las presupuestadas para 2009.

CCAA	Presupuesto sanitario per capita 2009	Presupuesto sanitario per capita 2010
Andalucía	1194,46	1180,09
Aragón	1418,77	1419,37
Asturias	1456,43	1507,15
Baleares	1169,45	1066,37
Canarias	1411,33	1295,36
Cantabria	1359,47	1347,47
Castilla y León	1280,24	1360,62
Castilla la Mancha	1337,20	1346,52
Cataluña	1255,65	1298,84
Comunidad valenciana	1125,33	1122,79
Extremadura	1575,04	1509,72
Galicia	1360,54	1333,39
Madrid	1135,58	1108,14
Murcia	1358,87	1334,25
Navarra	1455,82	1543,12
País Vasco	1595,98	1623,08
La Rioja	1486,60	1443,94



Figura 5: Gasto sanitario per capita presupuestado para 2009 y 2010 por las CCAA



De ambos se deduce:

- 1) Se produce una disminución respecto al gasto presupuestado per capita para 2009 (15,42 € per capita, un -1,13%% de promedio), lo que significa que los recursos de la Sanidad Pública no solo no van a incrementarse globalmente sino que disminuyen.
- 2) Hay diferencias notorias en el presupuesto per capita (media de las CCAA de 1.343,954 €), con máximos en País Vasco (1623,08) y mínimos en Baleares (1.066,37).
- 3) Es evidente que en los cambios pueden influir tanto el crecimiento poblacional como el hecho de que algunas CCAA hayan congelado/disminuido los presupuestos de inversiones el próximo año
- 4) Como ya sucedió en 2009 las CCAA con gobiernos en los que participan partidos progresistas tienen unos presupuestos per capita mayores que las otras (1366,51 versus 1317,20), y una disminución inferior a aquellas con gobiernos conservadores ( solo 2 de las 8 CCAA gobernadas por el PP incrementan el presupuesto per capita frente a 5 de las 9 en que gobierna el PSOE)

- 5) No obstante hay que señalar que el gasto farmacéutico esta creciendo al 4,83% (interanual en noviembre de 2009) lo que resulta muy preocupante, y hace que el presupuesto disponible para el resto de la atención sanitaria disminuya aún mas.

¿Qué se podría hacer?

A mi entender habría que avanzar en las siguientes líneas de actuación:

Una. Sistemas de información homologables, actualizados y desagregados al menos por CCAA. Se trata de un objetivo fácil de desarrollar dado el nivel de desarrollo que tiene la recogida de información de las CCAA. Habría que exigir que todas las CCAA de manera periódica, semestral o anualmente facilitasen los indicadores que por cierto ya se aprobaron para el conjunto del SNS.

El fundamento está en que la información sanitaria debe de estar disponible para todos los ciudadanos y que es un elemento clave en la transparencia y responsabilidad de las administraciones públicas. No parece que pueda tolerarse, ni que existan motivos que lo justifiquen, que la información sobre una actividad que sufragamos todos los ciudadanos con nuestros impuestos permanezca secuestrada para la opinión pública.

Dos. Capacidad del Consejo Interterritorial del SNS para tomar decisiones vinculantes. Se deberían articular mecanismos que permitieran la toma de decisiones vinculantes en el seno del Consejo Interterritorial, por ejemplo facilitando sistemas de votación que permitieran mayorías cualificadas.

Tres. Desarrollo del Plan Integrado de Salud. Hay que establecer los objetivos del SNS, para ello debería aprobarse un Plan Integrado de Salud que permitiera orientar la política sanitaria y establecer objetivos de salud a medio y largo plazo.

Cuatro. Financiación sanitaria con carácter finalista, con incentivos al cumplimiento de los objetivos del Plan Integrado de Salud y a la facilitación de información sanitaria básica. La financiación sanitaria debe de establecerse con mecanismos que permitan su utilización con este fin específico, y además hay que establecer incentivos económicos al cumplimiento de los objetivos centrales del SNS establecidos en el Plan Integrado de Salud, y a la cumplimentación de los indicadores establecidos para el conjunto del SNS, conceptos estos a los que deberían condicionarse todos los nuevos recursos que se aporten al sistema de financiación sanitaria.

En teoría se trata de medidas fáciles de adoptar y que permitirían avances importantes, para que el SNS sea eficaz y eficiente, a la hora de asegurar la solidaridad y la equidad que son uno de sus objetivos principales.

En conclusión:

- 1) Nuestro país tiene un gasto sanitario moderado con buenos resultados en salud, no existe ningún motivo que sustente la supuesta insostenibilidad del SNS.
- 2) Tampoco hay motivos que justifiquen el establecimiento de copagos que aparte de ser insolidarios suponen barreras a la accesibilidad a los servicios sanitarios para los que mas los necesitan.
- 3) Los presupuestos sanitarios de las CCAA decrecen en 2010, siendo globalmente insuficientes, pero esta insuficiencia es mayor en aquellas CCAA con gobiernos conservadores
- 4) Sigue existiendo una diferencia muy notable, y no justificable, entre CCAA en cuanto a los presupuestos per capita
- 5) Estas diferencias/infrapresupuestación están en el origen de los problemas asistenciales de algunas CCAA.
- 6) El crecimiento del gasto farmacéutico se sitúa muy por encima de la evolución presupuestaria y plantea serios problemas si no se logra controlar.
- 7) Como era de prever el nuevo modelo de financiación autonómica no ha supuesto mejoras en los presupuestos sanitarios, debido a su carácter no finalista, de manera que muchas CCAA, especialmente las de gobiernos conservadores no han trasladado los beneficios del modelo a los presupuestos sanitarios.