Universitat de les Illes Balears

Facultat d'Economia i Empresa

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

GASTO SANITARIO EN ESPAÑA Y LA REVISIÓN DEL MODELO DE FINACIACIÓN

Anabella Aznarez Prieto

Grau de Economia

Año académico 2013-14

DNI del alumno: 49779198E

Trabajo tutelado por Joan Rosselló Villalonga

Departamento de Economía Aplicada

☒ L'autor autoritza l'accés públic a aquest Treball de Fi de Grau.

☐ L'autor no autoritza l'accés públic a aquest Treball de Fi de Grau.

Palabras clave del trabajo:

Copago, salud, gasto público.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL Y SUS CARACTERÍSTICAS.

3. LA ECONOMÍA ESPAÑOLA Y SUS EFECTOS SOBRE LA SANIDAD.

4. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA.

5. EL COPAGO.

6. CONCLUSIÓN.

7. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN

La crisis actual y el elevado déficit público han puesto en duda la sostenibilidad de un sistema de salud que representa casi el 10% del PIB español. Algunas soluciones para paliar el actual déficit sanitario son:

1. incremento de los ingresos. Esto puede realizarse mediante el incremento de los tributos o mediante el copago.
2. Reduciendo las prestaciones.
3. Ajustando los costes de gestión.

La solución estudiada en este trabajo será el copago puesto que, es un tema de debate como consecuencia del estallido de la burbuja económica.

Pero el problema no es tan solo la crisis económica que estamos viviendo actualmente sino que, en las fases expansivas del ciclo la sanidad se ha mostrado como un bien de lujo por lo que, esto hizo que el gasto se disparase, no solo en España, sino también en el resto de países.

Y este ajuste en relación a los ingresos deberá producirse por alguna de estas tres formas; i) Incrementando los ingresos, esto puede realizarse aumentado los impuestos o mediante la introducción del copago, ii) Reduciendo las prestaciones, iii) Ajustando los costes de gestión.

Es muy posible que el gasto en sanidad de las economías avanzadas aumente tanto por las nuevas tecnologías, que suponen más de un 50% del incremento del gasto, como por el cambio en la composición de la población.
Ante esto, estas economías están adoptando medidas para contener el gasto público sanitario. Estas medidas pueden estar enfocadas hacia la demanda, es decir, trasladando una parte del coste de los servicios al paciente, o en la oferta; priorizando prestaciones, cambiando los incentivos a los proveedores, protocolizando o cambiar el sistema para que se adapte a las nuevas necesidades demográficas.

En este trabajo me centraré en los distintos modelos de copago sanitario que existen actualmente en los países europeos para poder entender sus consecuencias, no solo en lo que afecta a la utilización de los servicios sanitarios sino también como afecta esta tasa a la salud de los ciudadanos y así sacar una conclusión.

Me interesa también entender la implicación del copago como mecanismo para promover el “buen uso” de los servicios sanitarios por parte de los pacientes y no como forma de financiación. Por eso es importa centrarnos en el copago que recae sobre aquellos servicios en los cuales la decisión recae sobre el usuario como por ejemplo, las visitas a urgencias o el consumo de medicamentos.

Como resultado veremos que el copago reduce la utilización de los servicios sanitarios pero, ¿cuáles son los servicios de los cuales prescinde el ciudadano? el copago impacta directamente sobre la decisión que toma el paciente en la utilización de servicios y debemos tener en cuenta que éste no es un experto en sanidad y, por lo tanto, puede cometer errores que

perjudiquen su salud, por eso el copago debería servir para que aquellos servicios que dejen de consumirse sean los menos beneficiosos para la salud del ciudadano.

Además, en general, el copago no parece empeorar el estado de salud de los pacientes salvo dos excepciones;

1. Los pacientes con rentas más bajas.
2. Los pacientes de alto riesgo, los más vulnerables como por ejemplo, los pacientes crónicos.

Por otro lado, si comparamos los copagos en servicios de atención primaria y servicios de urgencias vemos que si el copago está limitado únicamente al servicio de atención primaria esto puede hacer que el paciente utilice incorrectamente el servicio de urgencia para así, ahorrare un coste que, podría verse reflejado en un aumento del gasto para el sistema. Además, el copago en atención primaria podría reducir el uso de medidas preventivas como pueden ser las visitas periódicas.

Por último, el copago es una forma más que puede servir para ayudar a racionalizar el gasto en sanidad, pero no es la única. Aunque, en ningún caso podría sustituir a una reforma más profunda que de respuesta a las nuevas necesidades derivadas del envejecimiento de la población y otras causas.

SUMMARY

The current crisis together with the high public deficit have called the sustainability of our health care system into question as it actually costs almost 10% of the Gross Domestic Product in Spain.

Considering the situation, the copayment seems to be the solution to reduce the health deficit effect. However, the problem is not only focused on the economic crisis that we're coping with but also on the expansive phases that the health service entails since it has been shown as luxury belongings and it clearly produced a significant expense increase both in Spain and the remaining countries.

And this adjustment compared to the income, should be carried out through some of the following procedures; I) Increasing the income, It can be made by raising the taxes or through the mentioned copayment, ii) Reducing benefits or compensations, ii) Adjusting management expenditures.

It's possible that the expenditures in advanced economies health service increase so much due to new technologies that represent more than 50% of the expenses increase, as well as due to the noticeable change in the composition of the general population.

In this case, the economies are adopting several measures to control the public expenditures. These measures can be aimed to the demand that implies to move part of the patients services cost or it can also be aimed to the offer by prioritizing benefits, by changing incentives for the supliers, or just by changing the system to make it adapted to the new demographic needs.

The present article will be focused on the different patterns on health service copayment that nowadays have been implemented in the European countries in order to get to understand their consequences both in health services use and how it affects to the citizens general health and then, be able to come to a conclusion.

I'm also strongly interested in understanding the copayment and its implications as mechanisms to promote the "good correct use" on the health service but not as a financing method. That's why it's really important to take into account the copayment over the services whose decision corresponds directly to the users, for example, visits to the Emergency or the medicines intake.

As a result, it can be deduced that the copayment diminishes the health services use but it's necessary to wonder which services the citizens are willing to get by without.

Copayment implies direct effects on patients' decisions about health services use but it should not be forgotten that they are not health experts. Therefore, they can make wrong decisions that may damage their own health. So,

copayment should be useful only for those services that once are stopped being consumed, they are considered the less beneficial ones.

Furthermore, in general terms, copayment does not seem to worsen the general health state. In spite of that, there are 2 main exceptions:

1. Patients with the lowest income.
2. High risk patients, the ones that are more vulnerable such as chronic patients.

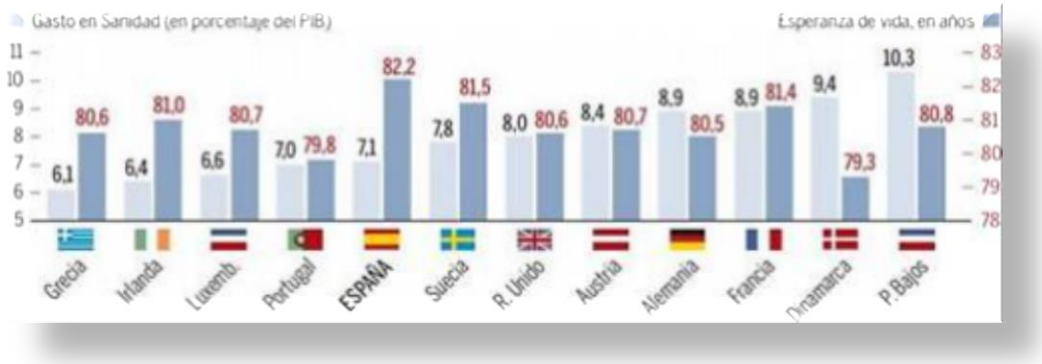
On the other hand, if primary health care and emergency services are compared, the results show that if copayment is limited to the primary health care, it may cause that patients use emergency services wrongly in order to save expenses that could be reflected in an outstanding expenses increase through the general system. Besides, copayment in primary health care services may cut down the preventive measures use such as regular medical control.

In the end, it should be pointed out that copayment is another way to help to rationalize expenses in medical services but it’s not the only one. Although it could never ever replace deeper initiatives to give response to the new needs that come from the natural aging of the population among other causes.

1. INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades. Además, es el servicio público más utilizado y valorado por los ciudadanos.

A pesar de que el contexto económico actual por el que estamos atravesando no sea el mejor, según un estudio realizado por la OCDE (2012), la sanidad española está situada entre las mejores del mundo por su eficiencia y calidad. De hecho, los españoles son los que tienen una esperanza de vida mayor en Europa, solo por detrás de los suizos, que superan los 82 años, situándose por encima de la media.



Fuente: OCDE

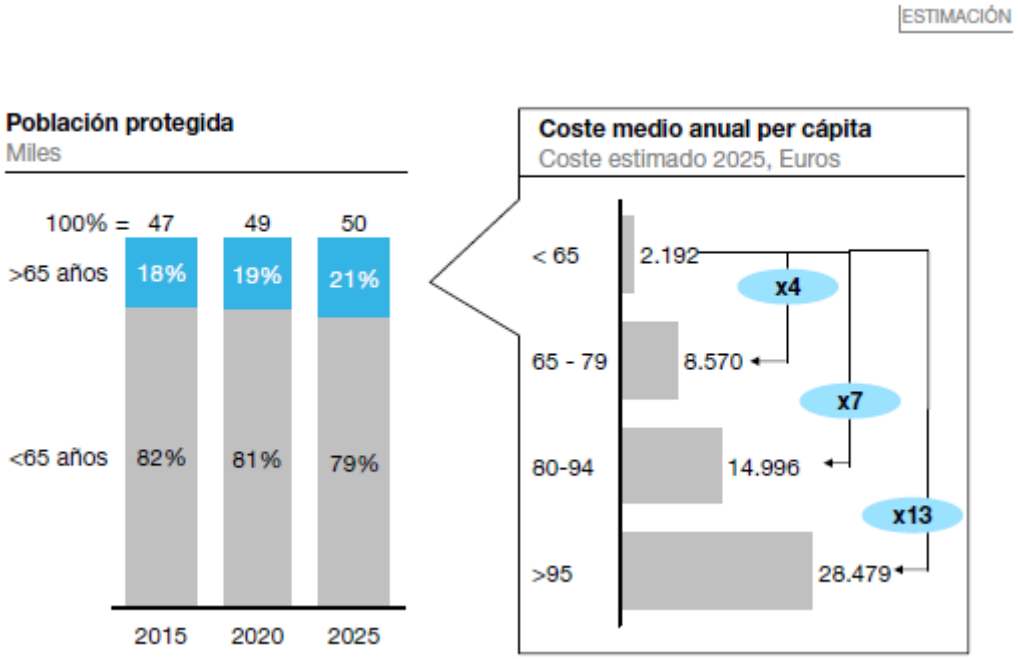
Este hecho es perfectamente compatible con posibles mejoras en muchos de sus factores ya que, según los ciudadanos españoles está considerado como uno de los servicios por el que el pago de impuestos está más justificado, pero que es en el cual se hace el peor uso y el que tiene una mayor necesidad de mejora.

Es evidente que lo que no queremos es disminuir la calidad del sistema y, por supuesto, de nuestras condiciones de salud. Para ello, debemos hacer frente a los problemas actuales para poder poner solución y así, poder logar los objetivos que se esperan del Sistema Nacional de Salud.

Como podemos leer en el documento *"Impulsar un cambio sostenible en el Sistema Sanitario" (Fedea, 2009),* a pesar de que nuestro sistema de sanidad parte de una buena situación, es de los países europeos con una esperanza de vida superior a la media, los resultados clínicos se encuentran al nivel de los países más avanzados (las tasas de supervivencia al cáncer están igualadas con países como Suecia, Francia o Alemania) y, además, es referente internacional por su universalidad y nivel de acceso en comparación con otros países desarrollados, éste no es sostenible ni a corto ni a medio plazo:

- El déficit de financiación acumulado es cada vez mayor. En las últimas décadas el gasto público en sanidad ha crecido a mayor ritmo que el PIB en los países de la Unión Europea. El gasto en sanidad en España pasó de representar un 8.5% del PIB en el año 2007 a un 9.5% en el año 2009.
- El envejecimiento de la población hace que aumente el coste sanitario, en el siguiente gráfico podemos ver la estimación de la cantidad de personas mayores de 65 años y cuál es el coste sanitario que dicha población ocasionará.
  El aumento de la edad, entre otras cosas, causa la necesidad de consumir más medicamentos, el incremento de las visitas al médico y produce la aparición de enfermedades crónicas por lo que, esto incrementará los recursos destinados a estos pacientes.

ESTIMACIÓN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS Y COSTE SANITARIO



FUENTE: FEDEA

- Además, los nuevos tratamientos y tecnologías fomentarán una mayor demanda, al hacer posibles nuevas intervenciones y tratamientos.

Algunas soluciones que se presentan para paliar el actual déficit sanitario son:

1. Incremento de los ingresos. Esto puede realizarse mediante el incremento de los tributos o mediante el copago.
2. Reduciendo las prestaciones.
3. Ajustando los costes de gestión.

¿Impuestos o recortes?

La elección es realmente complicada, parte de la población está dispuesta a pagar más impuestos para, a cambio, proteger las prestaciones pero, por lo contrario, hay quienes prefieren perder prestaciones sociales antes que subir los impuestos.

En este trabajo, haré referencia a la vía de ajuste mediante el copago ya que, es un tema interesante que está en boca de la mayoría de los ciudadanos españoles, los cuales critican la implantación de dicha "tasa" puesto que, para ellos, supone un pago compartido con el sistema, algo que se entiende que ya se hace mediante el pago de impuestos, es decir, "volver a pagar por algo que ya se ha pagado a través de éstos", a pesar de que, realmente esto no es así ya que, si pagásemos suficientes impuestos no haría falta el copago, por lo tanto, no se trata de pagar dos veces, sino de pagar la parte que no se puede financiar con tributos porque no se recauda o no se paga lo suficiente.

El copago es una "vía de financiación" de un servicio de salud por el cual el usuario paga una cantidad determinada cada vez que utiliza sus prestaciones. Y se denomina así porque, como ya hemos dicho anteriormente, se complementa con otra vía de financiación, los impuestos, o una cuota periódica cuando hablamos de un sistema de seguro médico privado.

El principal objetivo de dicha tasa es contribuir a financiar el sistema de salud y reducir su uso innecesario.

Pero, como todo, el copago tiene también sus desventajas. La principal es que si su importe es muy alto se corre el riesgo de apartar del uso del servicio sanitario a personas que necesitan usarlo pero tienen pocos ingresos, es decir, con este pago se ve afectada la equidad.

Para poder moderar esta desventaja, puede haber diferentes niveles de cobertura en determinados casos, por ejemplo, reducciones para grupos más vulnerables como, niños o ancianos, o para enfermedades cuyo tratamiento sea especialmente costoso.

El copago ha sido presentado como la principal solución para la dudosa sostenibilidad del sistema de sanidad español pero, para introducirlo de manera responsable debemos plantearnos las siguientes cuestiones:

Primero, ¿Qué efecto tendría la disminución de la utilización de los servicios sanitarios sobre la salud de los ciudadanos? Segundo, ¿Cómo cambiarían esos efectos con las características de los pacientes y que tipo de servicios de salud disminuirían más con la introducción del copago? Y. por último ¿Qué forma debería adoptar el copago.

2. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL Y SUS CARACTERÍSTICAS

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012):

"El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que integran todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la Ley, son responsabilidad de los poderes públicos."

El artículo 46 de la Ley General de Sanidad determina las características fundamentales del SNS:

- ✓ La extensión de sus servicios a toda la población.
- ✓ La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- ✓ La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- ✓ La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- ✓ La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

El SNS garantiza:

EQUIDAD	CALIDAD	PARTICIPACIÓN
• Acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad. • Efectiva en todo el territorio y libre circulación de todos los ciudadanos.	• Calidad de evaluación del beneficio. • Calidad de las actuaciones clínicas incorporando solo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud implicando al sistema sanitario.	• Participación ciudadana tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como usuarios del sistema sanitario.

¿Cómo podemos acceder a los servicios que ofrece el SNS?

El acceso a dichos servicios se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria individual la cual se expide por cada Servicio de Salud.

En España son titulares de los derechos a la protección de la Salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del SNS, aquellas personas que tienen la condición de asegurado, es decir, aquellos que cumplen alguno de los siguientes requisitos (a modo general):

8. Ser trabajador por cuenta ajena o propia, afiliado a la seguridad social y en situación de alta o asimilado de alta.
9. Ser pensionista del sistema de la Seguridad Social.
10. Percibir cualquier otra prestación periódica, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
11. Haber agotado la prestación o subsidio por desempleo y figurar inscrito como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

"MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD"

Con los últimos recortes que se han realizado en sanidad se ven afectados tanto el personal sanitario como los ciudadanos pero, evidentemente, aquellos que más van a sufrir las consecuencias van a ser los ciudadanos y, concretamente, los más desfavorecidos, el doctor Antonio Vergara, responsable de la Unidad de Infecciosos de Puerto Real, lo explica de esta manera en una entrevista realizada por el periódico *"El País" (2012):*

"El sistema sanitario público ha dejado de ser universal (excluyen a todas las personas que no son productivas económicamente), ya no es gratuita con la introducción del copago o repago, se están reduciendo las prestaciones, las carteras de servicios y los recursos de personal y materiales, y lo que es aún más perjudicial, se están privatizando de forma descarada los recursos sanitarios públicos. "

Ministerio de Sanidad (2010): "La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles, lo que quiere decir que, cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud."

¿Cómo hace el Estado para financiar estos servicios?

El Estado del Bienestar necesita cubrir sus gastos recaudando dinero mediante unas políticas fiscales las cuales ejercen un doble papel de distribución, la redistribución de la renta lo que conlleva a que a la financiación de servicios de carácter universal, y gratuitos en el momento de su uso.

A partir de la década de los 90, en España, ya se empieza a discutir la forma de financiación de la sanidad española y se empieza a considerar que los ciudadanos y usuarios del sistema de sanidad español deberían participar en el pago de los servicios, que en principio sería una participación simbólica.

Unos años más tarde, con la llegada de la aprobación del Pacto de Toledo, se confirmó que, definitivamente, la financiación de la Sanidad se realizaría mediante la recaudación de impuestos, es decir, de las aportaciones directas de los contribuyentes a través del Estado, que se concretó plenamente en los Presupuestos Generales del Estado de 1999 y, por lo tanto, se define un modelo de financiación que se plantea la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad.

Sin embargo, aunque es cierto que la mayor parte del gasto sanitario es de carácter público, también es cierto que una gran parte de este gasto está subvencionado directamente por los usuarios del sistema mediante, por ejemplo, el pago de ciertas prestaciones de salud que no están cubiertas por el sistema sanitario (copago de medicamentos a personas menores de 65 años, atención buco dental, productos ópticos…)

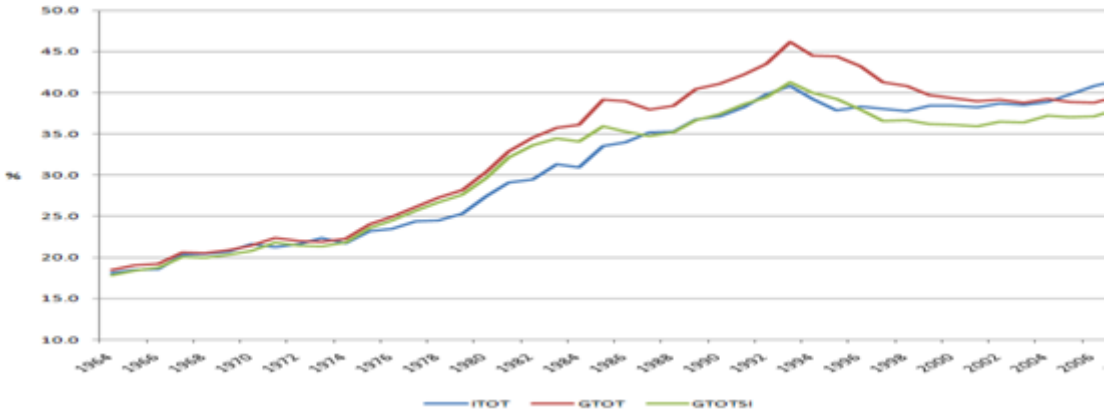
3. LA ECONOMÍA ESPAÑOLA Y SUS EFECTOS SOBRE LA SANIDAD.

¿Qué pasó en la economía española?

Para poder hacer un análisis más concreto dividiremos la evolución de la economía española en períodos:

1. 1964-2007

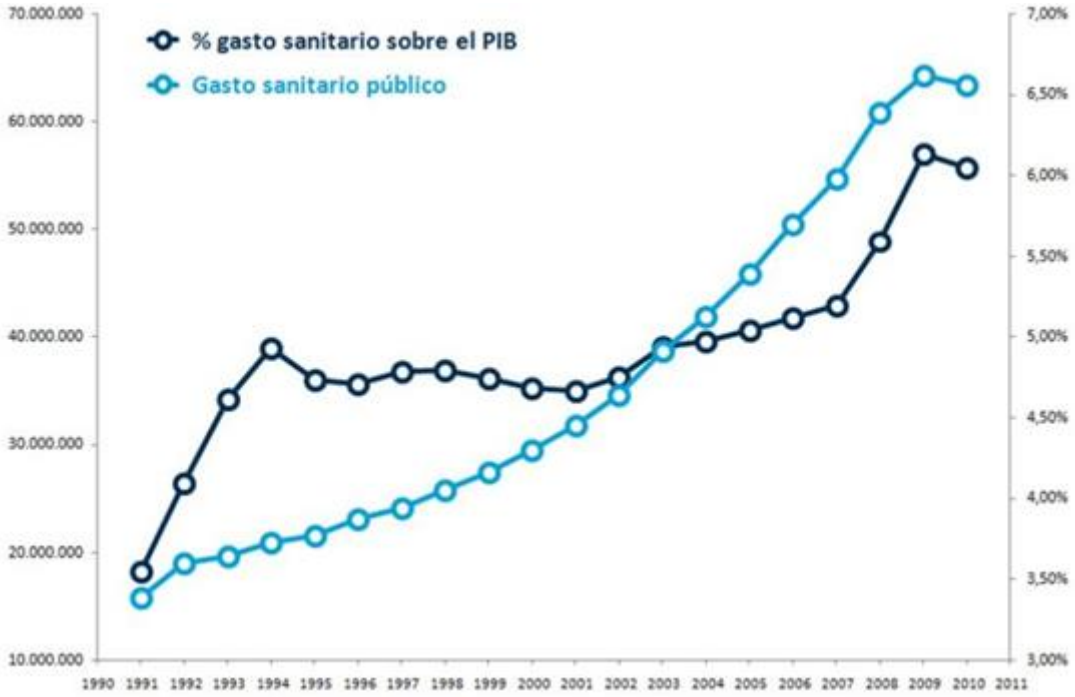
GASTOS TOTALES EN % DEL PIB



Fuente: Banco de España

España registra una situación de superávit, donde los ingresos superan a los gastos del Estado. En este período España gozaba de unas finanzas públicas muy equilibradas, situándose entre las más saneadas de la Unión Europea. El motivo principal es que los ingresos y gastos de este período están ligados al ciclo económico, influenciado por el gran crecimiento del sector de la construcción.

GASTO SANITARIO ESPAÑOL



Fuente: Fundación BBVA

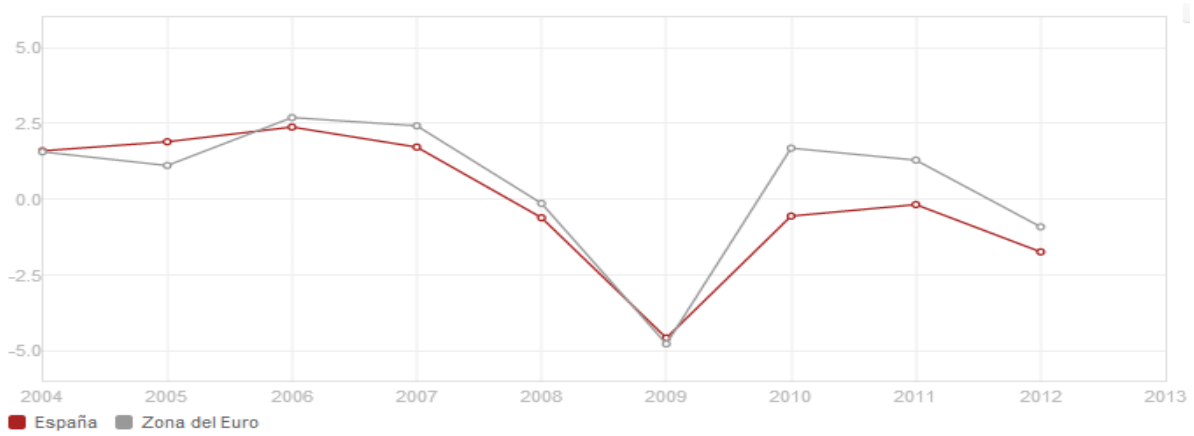
Esto provoca que el crecimiento económico signifique un creciente gasto sanitario en sanidad, pero ¿significa que la inversión llevada a cabo fue adecuada?

¿Cuáles fueron las prioridades de los distintos gobiernos en un momento de bonanza económica?

Es posible que, las decisiones de tipo político y la persecución de objetivos a corto plazo, no estuvieran dirigidas a cumplir con los objetivos del SNS y que supusieran que durante el periodo en que se podría haber llevado a cabo una reforma estructural del sistema que permitiera su solvencia a largo plazo, se prefirieron políticas que resultan más llamativas desde el punto de vista de la opinión pública.

2. A partir del año 2008.

EVOLUCIÓN DEL PIB PER CÁPTITA



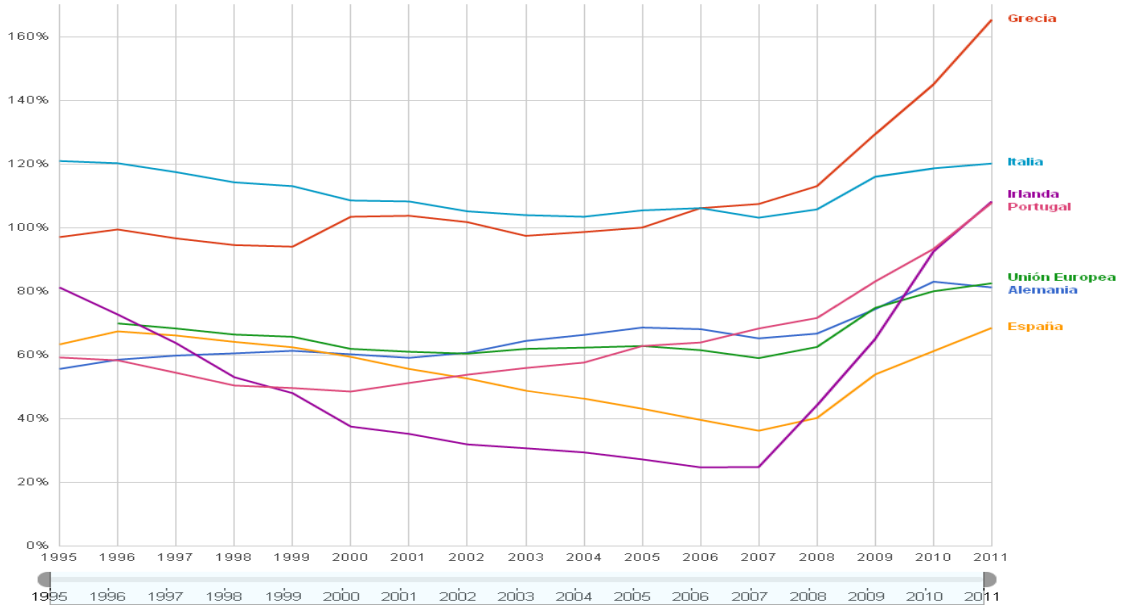
Fuente: Banco Mundial

El PIB registró un decrecimiento continuado durante el último semestre de 2008 que provocó que, por primera vez en quince años, España entrase en una recesión.

El sector público español alcanza los mayores déficits de la economía española: un 4.5% de déficit en 2008; 11.2% en 2009; 9.3% en 2010 y 8.5% en 2011. En esta ocasión, la brecha que separa los ingresos de los gastos vuelve a ser consecuencia del contexto económico mundial. El ciclo económico se contrae, principalmente, por la crisis mundial del sector financiero, España se ve más afectada por el hundimiento del sector de la construcción. Los ingresos del Estado empiezan a caer y el gasto aumenta público de nuevo los ingresos del Estado se ven disminuidos y el gasto público aumenta, las partidas de gastos por prestaciones sociales crecen por las consecuencias de la crisis.

Es en este período donde podemos ver como se incumple el Pacto de Estabilidad y Crecimiento, aprobado en el Consejo Europeo de Dublín (1996), el déficit no podía ser superior al 3% del PIB.

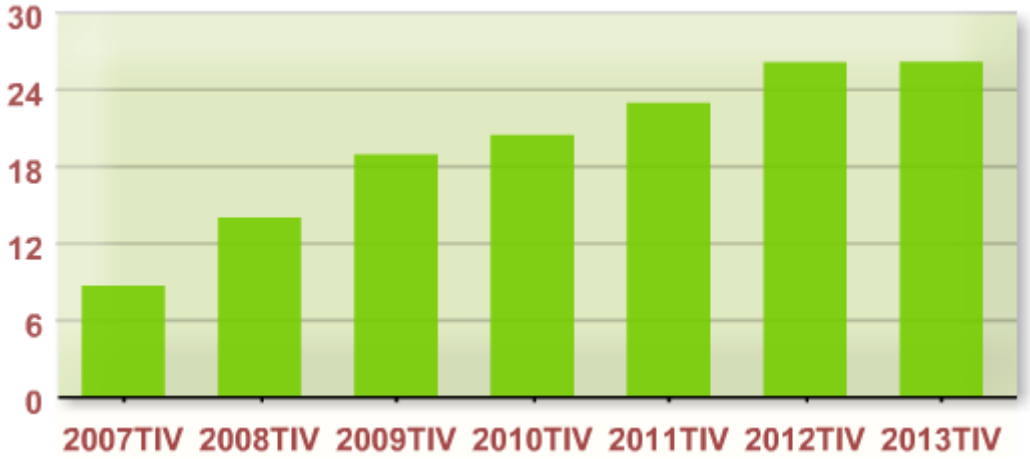
DEUDA PÚBLICA EN PORCENTAJE DEL PIB



Fuente: Elaboración propia.

La deuda pública que, en 2007 representaba un 36,1% del PIB, se duplicó en tres años, situándose en el 60,1% en 2010. En cambio, la prima de riesgo con respecto al bono alemán comenzó a dispararse durante el año 2011, y así aumentaron los temores de un posible rescate económico de España, como los llevados a cabo en Grecia, Irlanda, Portugal y Chipre. La prima de riesgo marcó récord en año 2012, desde la entrada de España en el euro, con 616 puntos básicos respecto al bono alemán a 10 años.

TASA DE PARO



Fuente: INE

Según datos de la EPA, la evolución de la tasa de paro general desde el primer trimestre del año 2007 es creciente, partiendo de un nivel situado en el 8,6% a finales del año 2007, hasta alcanzar un 26% en el año 2012-2013.

El paro juvenil es uno de los más afectados, dicho paro ha duplicado los valores de las tasa de paro total. En el 2007 esta alcanzaba casi el 20% para situarse en más de un 50% seis años después.

Actualmente, la cifra de millones, teniendo en cuenta que esta cifra estaba casi en los 2 millones de parados en el año 2007, España ha experimentado un crecimiento del paro muy fuerte en los últimos años.

Actualmente, la crisis económica ha provocado un clima de inestabilidad financiera en los países miembros de la Unión Europea.

España es uno de los países más desequilibrados de la Unión Europea, en el año 2011 se registró un déficit del -9,4% del PIB, tan solo detrás de Irlanda, con un -13,4%. En los últimos seis años España ha pasado de ser uno de los países de la Unión Europea con mejor saneamiento de las finanzas públicas (en 2006 se registraba un superávit del 2,4% del PIB) a ser uno de los Estados miembros que tiene con uno de los mayores déficit presupuestario.

A partir del año 1994 se produce una subida progresiva hasta el 7,4%, este porcentaje se mantiene bastante estable hasta el año 2002. Y desde entonces, hemos visto un proceso de aumento que alcanza su máximo en 2009, con un 9,62%, y que disminuye desde entonces hasta el 9% en 2011.

Como ya sabemos la crisis mundial ha afectado no solo a la actividad productiva y al empleo sino también a la evolución de los servicios públicos. Y en el caso de la sanidad, esto lo podemos ver reflejado a partir del año 2009, y más concretamente en los años 2010-2011 cuando el gasto en sanidad comienza a efectuar una significativa disminución. De acuerdo con el Sistema de Cuentas de Salud, España gastó en el año 2011 casi un 2% menos en sanidad con respecto al año 2010, siguiendo así con la senda de reducción que se inició en el año 2010.

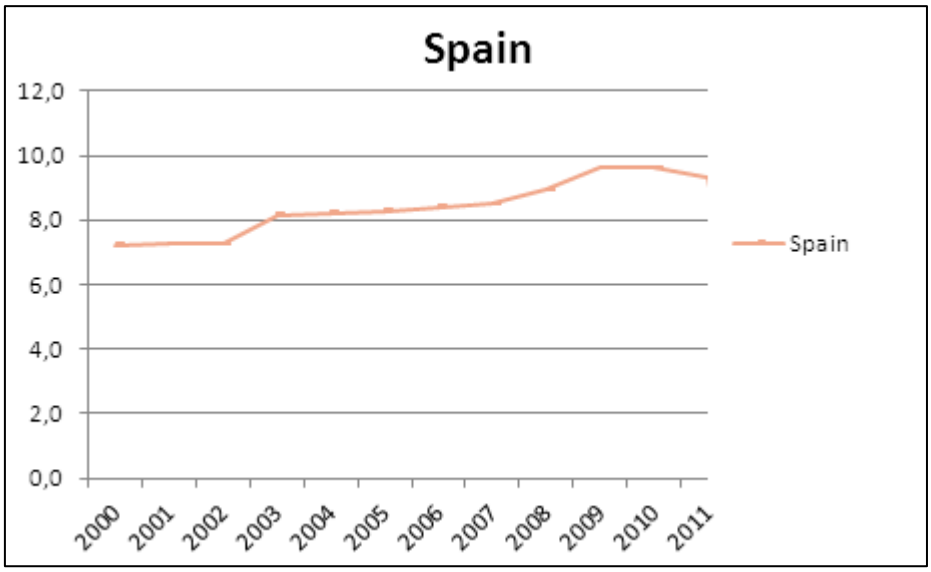
En el año 2011 el gasto en sanidad equivalía al 9% del PIB, aproximadamente, mientras que en los años anteriores éste mismo equivalía casi al 10%.

En todo caso, el crecimiento del peso del gasto sanitario sobre el PIB no es un fenómeno exclusivo de España. Reino Unidad ha tenido una evolución similar a la de España y, aunque partiendo de un gasto mayor, sucede lo mismo en Alemania.

Desde hace ya un tiempo se está poniendo en cuestión la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud manifestando que, en España existe un elevado gasto sanitario que tiende a un crecimiento incontrolado, una alta utilización de los servicios sanitarios incentivada por el hecho de que son gratuitos en el momento de usarlos y la existencia de deudas con los proveedores de las distintas comunidades autónomas.

La crisis está obligando a los gobiernos a replantearse los sistemas de financiación, entre los que se encuentra el modelo sanitario.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA % SOBRE EL PIB



Fuente: OCDE y elaboración propia.

A. 2000-2008. Período en el cual el gasto sanitario español aumentó en un 5.6% de media, situándose así ligeramente por encima del promedio de los países de la OCDE, el cual estaba, aproximadamente en un 5%. En ambos casos esta tasa se encontraba por encima de la tasa de crecimiento real de la economía.

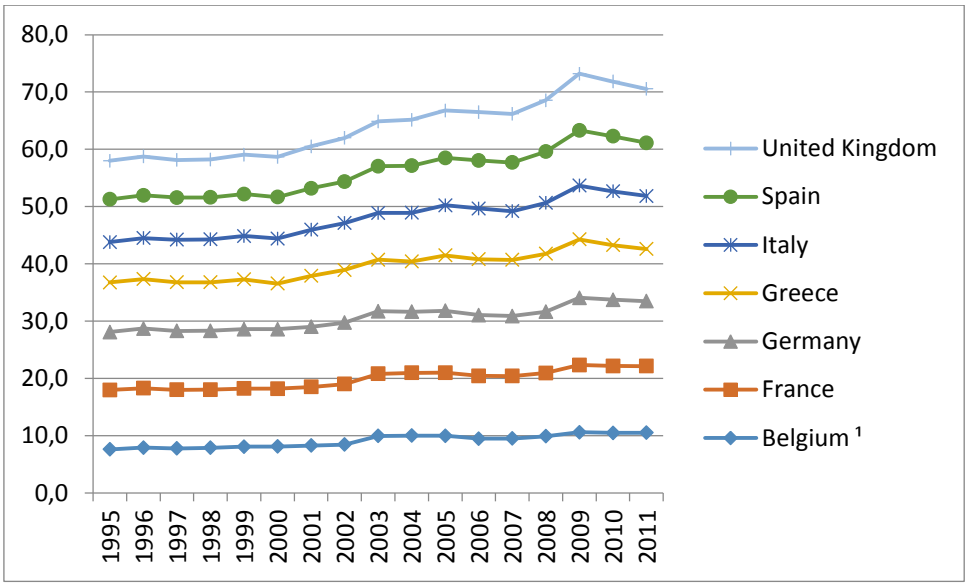
B. 2009-2010. El mayor recorte de los gastos en sanidad se produjo durante este período, concentrándose, principalmente, en los países europeos más afectados por la recesión; Irlanda, Islandia, Estonia y Grecia, dos de ellos son países de la zona euros ya intervenidos. Fuera de la Eurozona, el crecimiento del gasto sanitario registró una disminución en 2010.

Pero, ¿qué ha sucedido en el resto de países?

Para poder comparar los datos referentes al gasto sanitario en relación al PIB, debemos tener en cuenta el ritmo de crecimiento de los países. España, es uno de los países europeos que ha tenido un mayor ritmo de crecimiento real en los últimos años superando a países como Reino Unido, Holanda e Irlanda.

Datos de la OMS nos permiten ver la evolución del gasto sanitario de la gran mayoría de los países europeos y, podríamos diferenciar 3 períodos:

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PAÍSES DE LA OCDE



Fuente: OCDE y elaboración propia.

1. 1995-2000. Período en el cual se produce la contención del gasto en un buen número de países.

2. 2000-2005. Expansión generalizada en toda la UE.

3. 2005-2010. Crecimiento más moderado.

Si comparamos España con países como Reino Unido y Alemania, podemos ver cómo nos encontramos en una situación intermedia de gasto sanitario total en relación al PIB, incluso algo por debajo de la media de la UE. En EEUU el peso del gasto sanitario es del 17% y, actualmente, no podríamos decir que el modelo sanitario estadounidense es el mejor, por lo tanto, el peso del gasto sanitario total sobre el PIB no es el único factor que debemos tener en cuenta para saber si el gasto sanitario en un país es el adecuado o no. Es, sin duda, un dato relevante pero hay otros factores que pueden tener igual o mayor importancia.

Sanidad es la segunda partida presupuestaria con mayor dotación de recursos, registrando en 2011 un 14% del gasto. La sostenibilidad del sistema sanitario es, actualmente, una gran preocupación con la crisis que estamos viviendo. El problema principal identificado es el crecimiento del gasto sanitario por encima del PIB.

Este crecimiento del gasto sanitario es consecuencia de varios factores que podemos clasificar en dos grupos:

1. Exógenos (los relacionados con la demografía y la salud) .

Son aquellos relacionados con la demografía y la salud. Los problemas que causan suelen erradicarse con más recursos.

2. Endógenos.

Aquellos relativos a la responsabilidad de las CCAA y la introducción de nuevas tecnologías. Son, por ejemplo, el avance e introducción de nuevas tecnologías en el sistema sanitario, más costosas e imprescindibles para mejorar la calidad de los servicios sanitario y el “consumismo” médico, relacionado con la frecuencia en que los españoles acudimos a los servicios médicos.

Éstos están relacionados con la eficiencia y las políticas organizativas.

Debemos tener en cuenta que el sistema sanitario se enfrenta a la crisis económica actual, intensifica el peligro de la sostenibilidad del mismo: la actual crisis amenaza a la financiación sanitaria, provocando la disminución de los recursos presupuestarios y una menor inversión en nuevas tecnologías y procesos. Empeora, también, la falta de liquidez financiera para afrontar pagos, de manera que los proveedores tienen grandes retrasos en los cobros, lo cual un aumento de los costes por los intereses de demora.

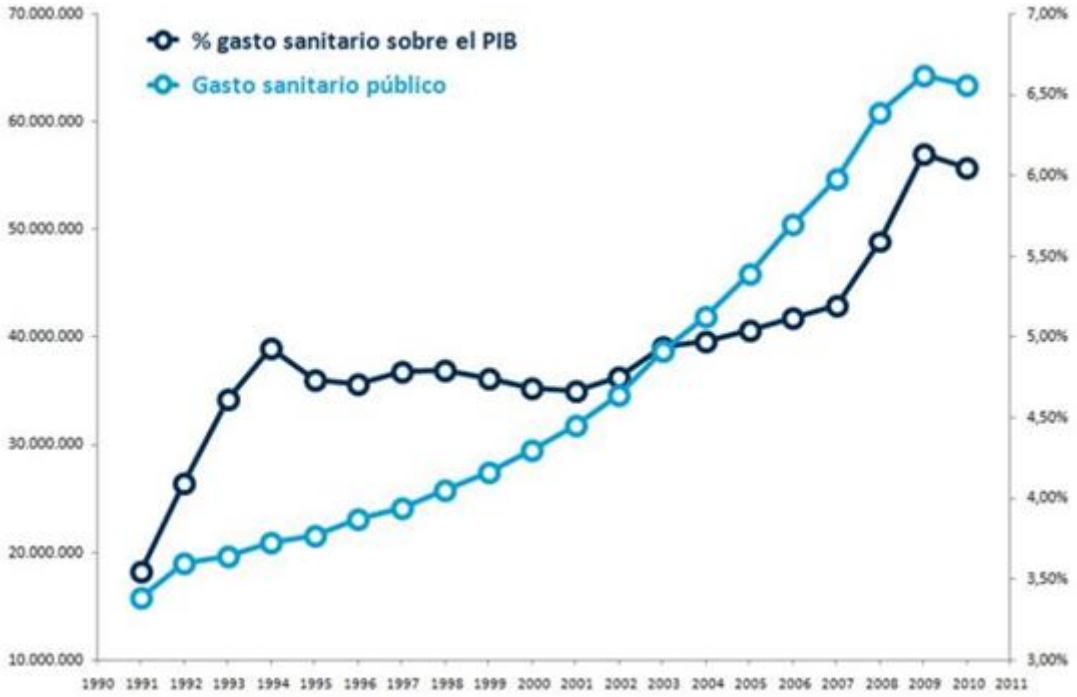
4. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA.

El gasto sanitario ha sufrido un incremento considerable a lo largo de los años, como consecuencia de un mayor acceso a la población, por el envejecimiento de la población y por la aparición de nuevos sistemas de diagnóstico.

El gasto ha sido tan grande que ha crecido sistemáticamente por encima del crecimiento del PIB, de tal forma que como consecuencia, ha supuesto un mayor porcentaje de gasto con respecto al PIB llegando a ser el gasto sanitario total en el año 2009 equivalente al 9,5% del PIB.

1. Análisis de la evolución del gasto sanitario período 2000-2008.

GASTO SANITARIO ESPAÑOL



Fuente: Fundación BBVA

Como podemos observar en el gráfico, durante el periodo 2003-2008, el gasto sanitario ha crecido a ritmo siempre superior al 4% anual, llegando a su máximo en el año 2008 con un crecimiento aproximado del 7%.

El caso de España es bastante particular, la relación entre PIB per cápita y gasto sanitario hasta el año 2002 ha sido bastante más elevada que en el resto de Europa (elasticidad renta-demanda 1.82 frente al 1.70 europeo). Es decir, podríamos decir que en España el gasto sanitario se ha comportado como un bien de lujo durante la fase expansiva del ciclo económico, un servicio cuya demanda obedece muy estrechamente al poder adquisitivo del estado. A partir del año 2009-2010 podemos observar como la disminución de este poder adquisitivo hace que disminuya también la demanda en sanidad.

¿Cuáles son las principales causas del crecimiento del gasto sanitario?

Las dos causas que explican más del 85% del incremento del gasto sanitario público son, la remuneración del personal, en España el número de médicos por cada 1000 habitantes es bastante superior a la media de los países de la OCDE y, por otra parte, el consumo de recursos para cubrir las necesidades de los ciudadanos.

Los factores que han motivado el crecimiento de las causas citadas anteriormente son:

1. Mayor demanda de atención sanitaria por parte de la población.

A su vez éste aumento de la demanda se ha visto impulsado por más factores, cambios en los patrones de enfermar, unos hábitos de vida menos saludables y menos tolerancia al malestar y el envejecimiento de la población ya que, el aumento de la edad provoca, entre otras cosas, un aumento de las enfermedades tanto generales como crónicas por lo que los pacientes deben acudir más a menudo al medico

2. La tecnificación de la prestación sanitaria.

Las nuevas tecnologías sanitarias han contribuido en gran medida a la mejora de los resultados en salud pero, a su vez han sido una de las principales causas del incremento del gasto sanitario. Muchas de ellas han sido incorporadas en la práctica sin haber valorado previamente su relación *coste-efectividad* o los *criterios de uso* que las hacen eficientes, incrementando el coste por encima de los beneficios obtenidos. Por otro lado, la introducción de muchas tecnologías no ha estado acompañada de la desinversión de las sustituidas.

3. El incremento de la inflación sanitaria por encima de la inflación general.

En los últimos años la inflación de productos farmacéuticos y material terapéutico tenía crecimientos interanuales alrededor del 20%, valores que se han moderado en los últimos años, debido principalmente a la reducción de los precios.

Además, la super especialización de los profesionales sanitarios y la escasez en algunas disciplinas han favorecido la actualización de sus retribuciones por encima del IPC, contribuyendo al aumento de la inflación sanitaria por encima de la general.

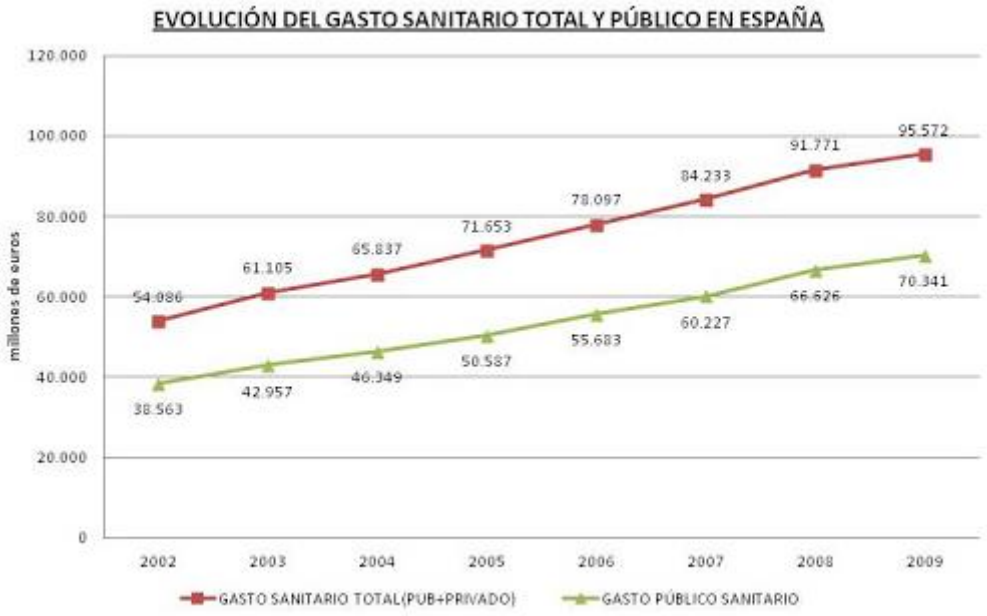
2. Análisis de la evolución del gasto sanitario período 2009-2011.

Hemos visto que el crecimiento económico significó un creciente gasto sanitario en sanidad, pero ¿significa que la inversión llevada a cabo fue adecuada?

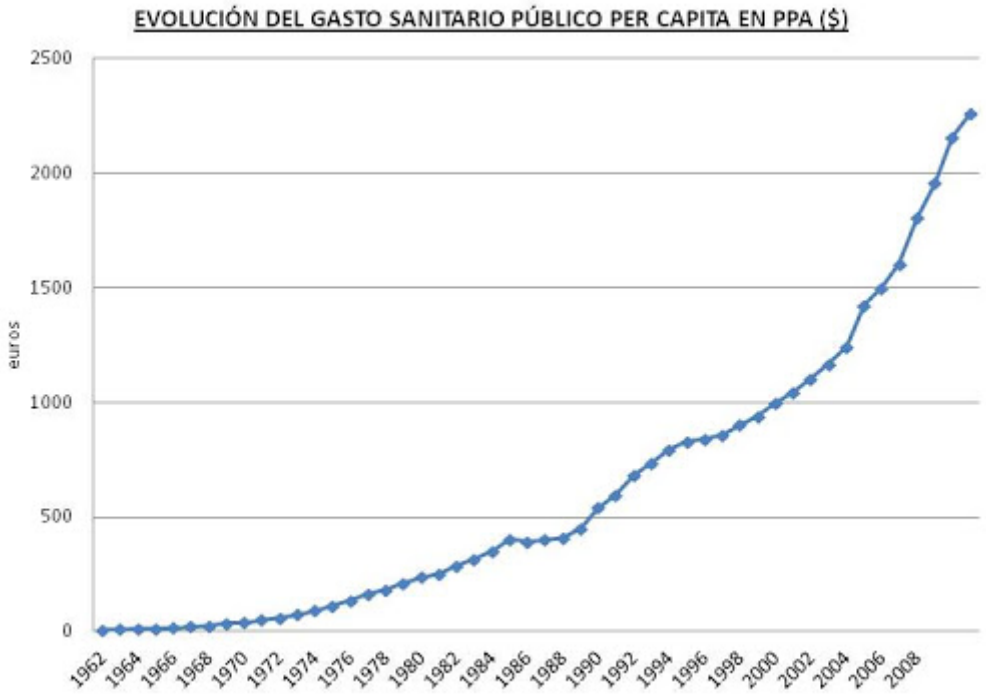
¿Cuáles fueron las prioridades de los distintos gobiernos en un momento de bonanza económica?

Es posible que, las decisiones de tipo político y la persecución de objetivos a corto plazo, no estuvieran dirigidas a cumplir con los objetivos del SNS y que supusieran que durante el periodo en que se podría haber llevado a cabo una reforma estructural del sistema que permitiera su solvencia a largo plazo, se prefirieron políticas que resultan más llamativas desde el punto de vista de la opinión pública.

El gasto sanitario total se puede clasificar en privado y público. El gasto sanitario público, según datos de la OCDE (2011) supone el 73.6% del gasto sanitario total. El gasto público se ha incrementado a lo largo de los años de forma considerable ya que, por ejemplo en el año 2002 suponía casi 39 millones de euros mientras que en el año 2009 superaba los 70 millones de euros, lo que supone un incremento de más del 82%



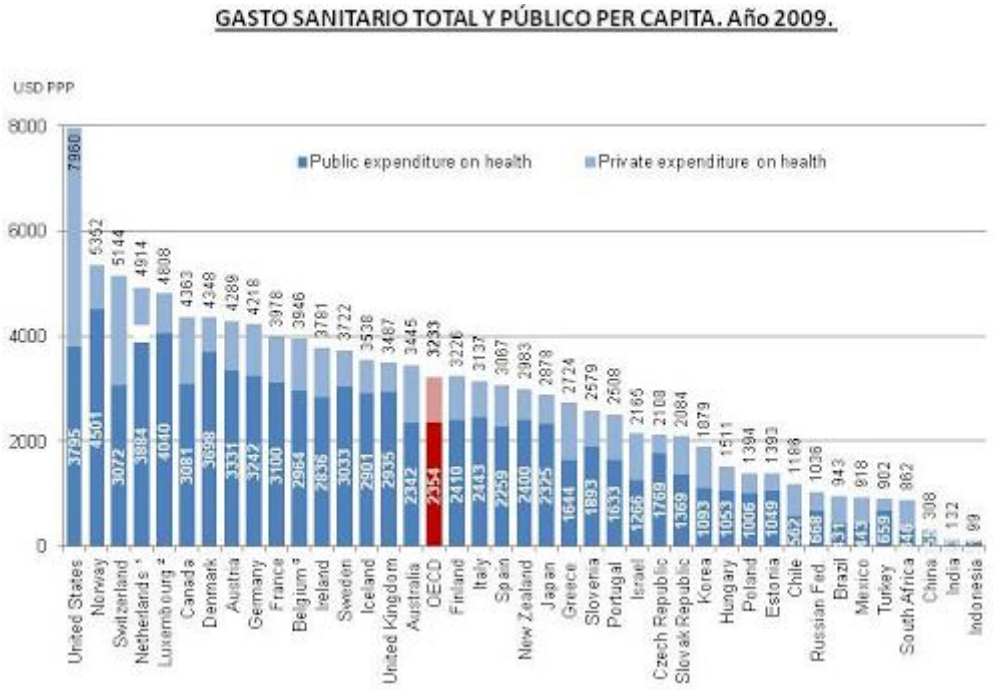
FUENTE: FEDEA



FUENTE: FEDEA

Sin embargo, la evolución del gasto sanitario público no es la medida más apropiada para evaluar la evolución del gasto sanitario. Una medida más apropiada sería la evolución del gasto per cápita ya que, el tamaño de la población cambia con el tiempo. Evolución que podemos ver en el gráfico anterior.

Los datos en paridad de poder adquisitivo, nos permiten hacer una comparación con el gasto per cápita de otros países de la OCDE.

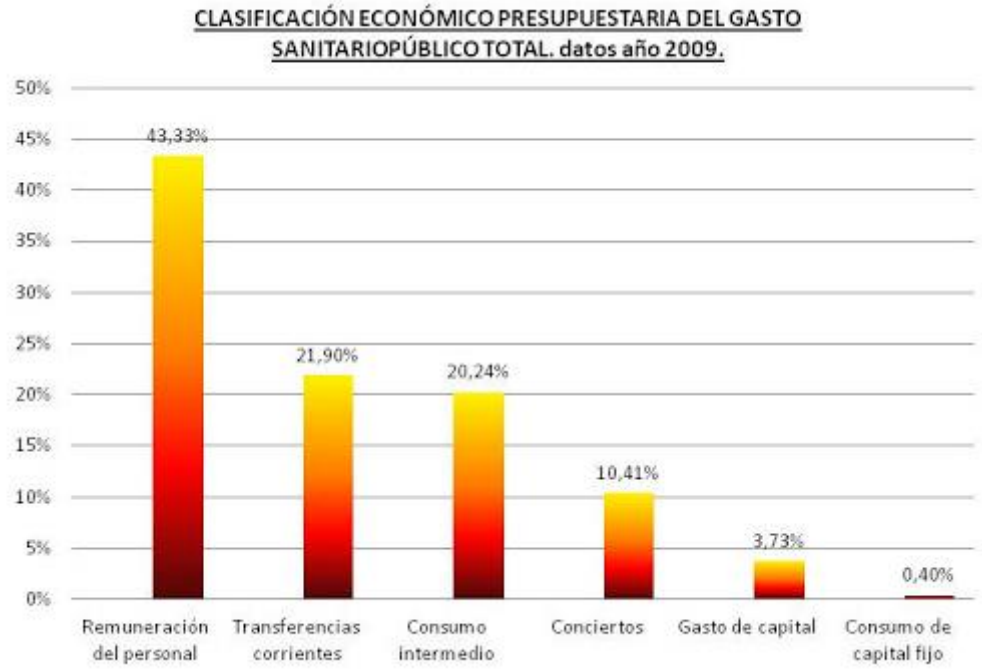


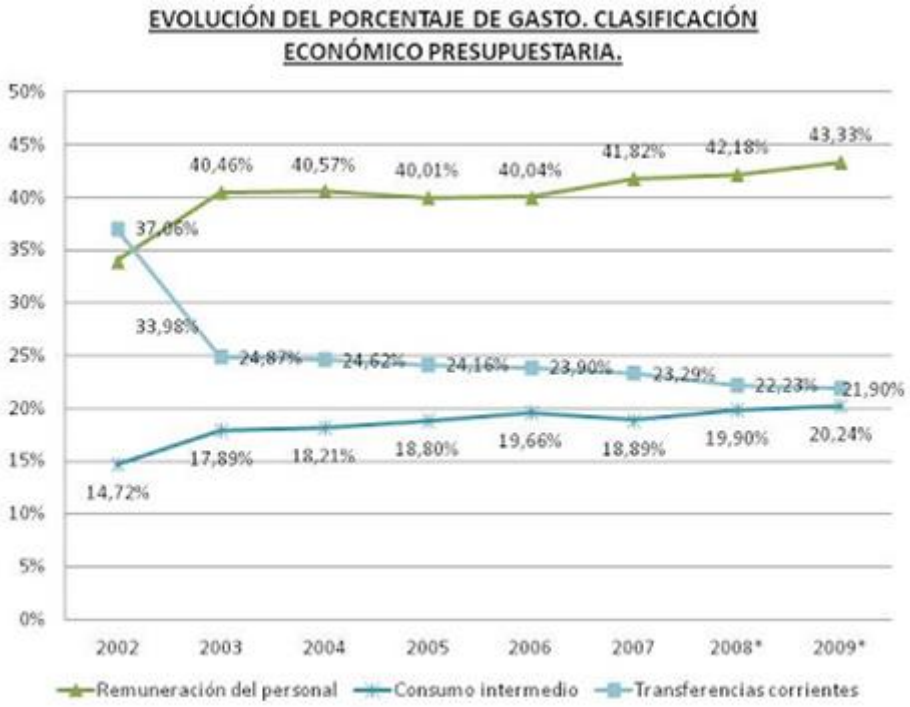
Como podemos observar en el gráfico, el gasto es algo inferior a la media de la OCDE y del resto de los países europeos con mayor renta per cápita, sin embargo esto puede deberse a que los costes de determinadas partidas son bajos como por ejemplo, el personal que supone, en España un poco más del 40% del gasto.

Si los precios de estas partidas fuesen equiparables al del resto de los países quizá tendríamos un gasto per cápita superior a ellos.

A la hora de analizar el gasto sanitario público no debemos limitarnos a su cuantía y su evolución, sino que el gasto se puede desglosar para analizar cada una de sus partidas y su evolución en el tiempo.

Hay dos tipos de clasificación de los gastos, la funcional, que determina para qué tipo de actividad se aplica cada gasto y la económico-presupuestaria, que clasifica los gastos esencialmente en corrientes, de capital y variaciones de pasivos y activos. Si analizamos los datos desde el punto de vista económico presupuestario podemos ver que, la partida más importante es la remuneración del personal (43,3%), seguida de las transferencias corrientes (21,9%), los consumos intermedios, que son los bienes y servicios necesarios para la actividad (20,24%,) suponiendo los conciertos un 10,41% del gasto público total.





Si analizamos la evolución de la proporción del gasto correspondiente a cada partida observamos como el gasto de personal, se ha incrementado desde el año 2002, pasando de un 34% a más de un 43%, y los consumos intermedios se han incrementado desde el 14,7% hasta el 20,2% del total. Otra partida interesante de observar son las transferencia corrientes, en las cuales se incluyen los medicamentos, que suponían un poco más del 37% en el año 2002 pero que has disminuido hasta suponer casi un 22% en el año 2009, es la partida que ha experimentado una mayor contracción.

La clasificación del gasto funcional se reparte en distintas partidas en función de la actividad financiada. Las partidas más importantes en este caso son; la atención personalizada (AE) la cual se lleva la mayor parte de los recursos, más de un 55%, la farmacia que llega casi al 20% y la atención primaria (AP) que se lleva poco más del 15% de los recursos.

Como podemos ver en el gráfico anterior, los gastos de atención personalizada se han incrementado desde el 52% hasta el 55,5%, mientras que el porcentaje de gasto dedicado a farmacia se ha reducido de un 22% a poco más de un 19% y atención primaria ha permanecido más o menos constante en el tiempo alrededor del 15%.

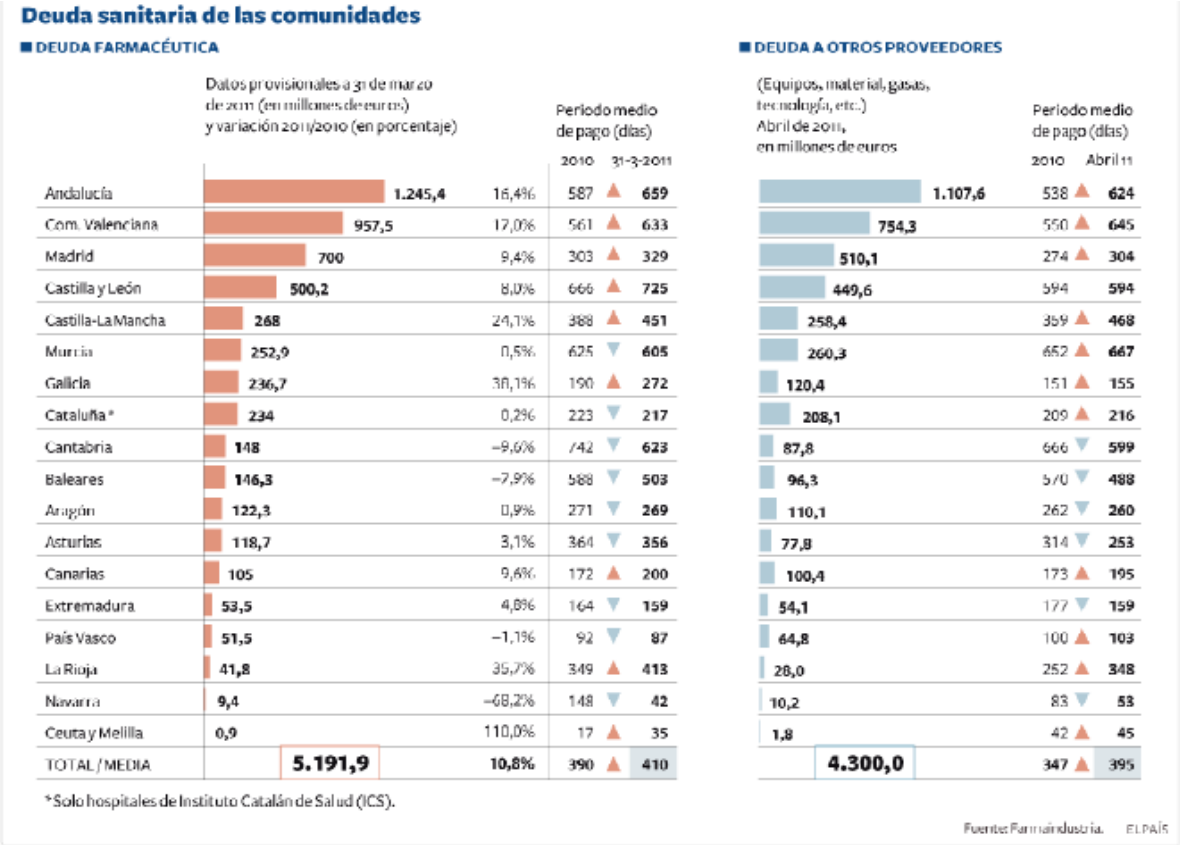
El sector público es la fuente principal del gasto sanitario en todos los países de la OCDE, con excepción de Chile, EEUU y México. España alcanzó, en el año 2009, un gasto sanitario público del 73.6%, un porcentaje ligeramente superior al promedio de la OCDE, que fue del 72.2%. Los países con una mayor financiación pública de los gastos sanitarios son los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia), el Reino Unido y Japón.

Aunque es verdad que el gasto sanitario en España se sitúa en el promedio de los países de la OCDE, el problema es que éste ha estado creciendo, en términos reales, muy por encima del crecimiento real de la economía durante los últimos años, incluyendo los primeros años de la crisis (2008-2009). En momentos de desaceleración del crecimiento económico, la tasa de variación anual del gasto sanitario no debería haber aumentado más que la tasa de variación anual del PIB real.

¿Por qué se habla tanto sobre la insostenibilidad del Sistema Nacional de Salud?

Uno de los argumentos está basado en las deudas de las comunidades autónomas y su retraso en el pago a los proveedores.

DEUDA CCAA



Deuda sanitaria de las comunidades

DEUDA FARMACÉUTICA

	Datos provisionales a 31 de marzo de 2011 (en millones de euros)	Variación 2011/2010 (en porcentaje)	Periodo medio de pago (días) 2010		31-3-2011
Andalucía	1.245,4	16,4%	587	▲	659
Com. Valenciana	957,5	17,0%	561	▲	633
Madrid	700	9,4%	303	▲	329
Castilla y León	500,2	8,0%	666	▲	725
Castilla-La Mancha	268	24,1%	388	▲	451
Murcia	252,9	0,5%	625	▼	605
Galicia	236,7	30,1%	190	▲	272
Cataluña*	234	0,2%	223	▼	217
Cantabria	148	−9,6%	742	▼	623
Baleares	146,3	−7,9%	588	▼	503
Aragón	122,3	0,9%	271	▼	269
Asturias	118,7	3,1%	364	▼	356
Canarias	105	9,6%	172	▲	200
Extremadura	53,5	4,8%	164	▼	159
País Vasco	51,5	−1,1%	92	▼	87
La Rioja	41,8	35,7%	349	▲	413
Navarra	9,4	−68,2%	148	▼	42
Ceuta y Melilla	0,9	110,0%	17	▲	35
TOTAL / MEDIA	5.191,9	10,8%	390	▲	410

*Solo hospitales de Instituto Catalán de Salud (ICS).

DEUDA A OTROS PROVEEDORES

(Equipos, material, gasas, tecnología, etc.) Abril de 2011, en millones de euros	Periodo medio de pago (días) 2010		Abril 11
1.107,6	538	▲	624
754,3	550	▲	645
510,1	274	▲	304
449,6	594		594
258,4	359	▲	468
260,3	652	▲	667
120,4	151	▲	155
208,1	209	▲	216
87,8	666	▼	599
96,3	570	▼	488
110,1	262	▼	260
77,8	314	▼	253
100,4	173	▲	195
54,1	177	▼	159
64,8	100	▲	103
28,0	252	▲	348
10,2	83	▼	53
1,8	42	▲	45
4.300,0	347	▲	395

Fuentes: Farmaindustria. EL PAÍS

Desde el año 2001 son las CCAA las que se encargan de gestionar la sanidad pública, éstas reciben una cantidad para atender a todas las competencias, por lo tanto, son los gobiernos de las CCAA y sus parlamentos los que deciden

cuánto dinero se dedica a la sanidad pública, de acuerdo con sus propias prioridades de gasto.

Como resultado de esto tenemos una dispersión en los presupuestos sanitarios entre comunidades, obviamente las CCAA con menor presupuesto per cápita tienen tendencia a presentar deudas mayores.

Lo que indica que, el modelo de financiación no es el más adecuado, además, los ingresos que las CCAA destinan a la sanidad no tienen un mecanismo de control para garantizar que se haya destinado correctamente ese importe a la sanidad.

Según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011, para poder asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, debemos avanzar en una serie de aspectos:

1. **Asegurar la suficiencia financiera.**

Es decir, seguir con presupuestos insuficientes que sólo generan incumplimientos y deuda no lleva a ninguna parte. Debemos establecer cuáles son las verdaderas necesidades financieras del Sistema Nacional de Salud y, una vez hecho esto, dotarlo con una financiación suficiente.

Sería necesario aumentar de la financiación pública, aproximadamente, de un 0.5% sobre el PIB.

2. **Incrementar la recaudación: recuperar impuestos.**

Tener una financiación suficiente debe basarse en una recaudación de impuestos suficiente para poder cubrir los gastos. Es decir, incrementar la presión fiscal, especialmente la que recae sobre la parte de la población con mayores ingresos.

3. **La financiación debe ser finalista.**

Tener un objetivo con respecto a la financiación es imprescindible puesto que, de esta manera los incrementos impositivos no se destinen a otros fines.

4. **No a los copagos.**

En un momento de crisis tienen grandes consecuencias para la mayoría de la población y no contienen el gasto.

5. **Control del gasto farmacéutico.**

Disminuir el gasto farmacéutico para situarlo, al menos, en el promedio del gasto de la UE. Esto conllevaría un ahorro de, aproximadamente, 5.000 millones de euros anuales.

Y, establecer transparencia sobre este gasto.

6. **Paralizar las privatizaciones.**

Las privatizaciones incrementan los costes y la deuda sin mejorar las prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad.

Como consecuencia de la situación vivida en España y la necesidad de controlar el déficit y el endeudamiento públicos de la economía española ha hecho que sea necesario introducir ajustes en los presupuestos del Gobierno y de las Administraciones, repercutiendo directamente sobre las prestaciones sociales entre las que se encuentra la sanidad.

Las primeras medidas que, fueron adoptadas en el año 2010, fueron de ámbito estatal y consistieron entre otras cosas en una reducción generalizada de los salarios.

Durante el año 2011 también se llevaron a cabo una serie de ajustes tanto en el ámbito del gasto de personal (reducción de las retribuciones y aumento de los despidos) como en el ámbito de la actividad clínica (cierre de algunos hospitales o algunas áreas de éstos, revisión del catálogo de las prestaciones, revisión de los medicamentos que entran en el catálogo, suspensión de las convocatorias para plazas…)

Este tipo de recortes como medidas inmediatas para paliar los efectos de la crisis y, por tanto, reducir los costes han sido realizados teniendo en cuenta únicamente el impacto económico a corto plazo pero no el impacto en salud a medio y largo plazo.

¿Qué debería suceder en España a partir de ahora?

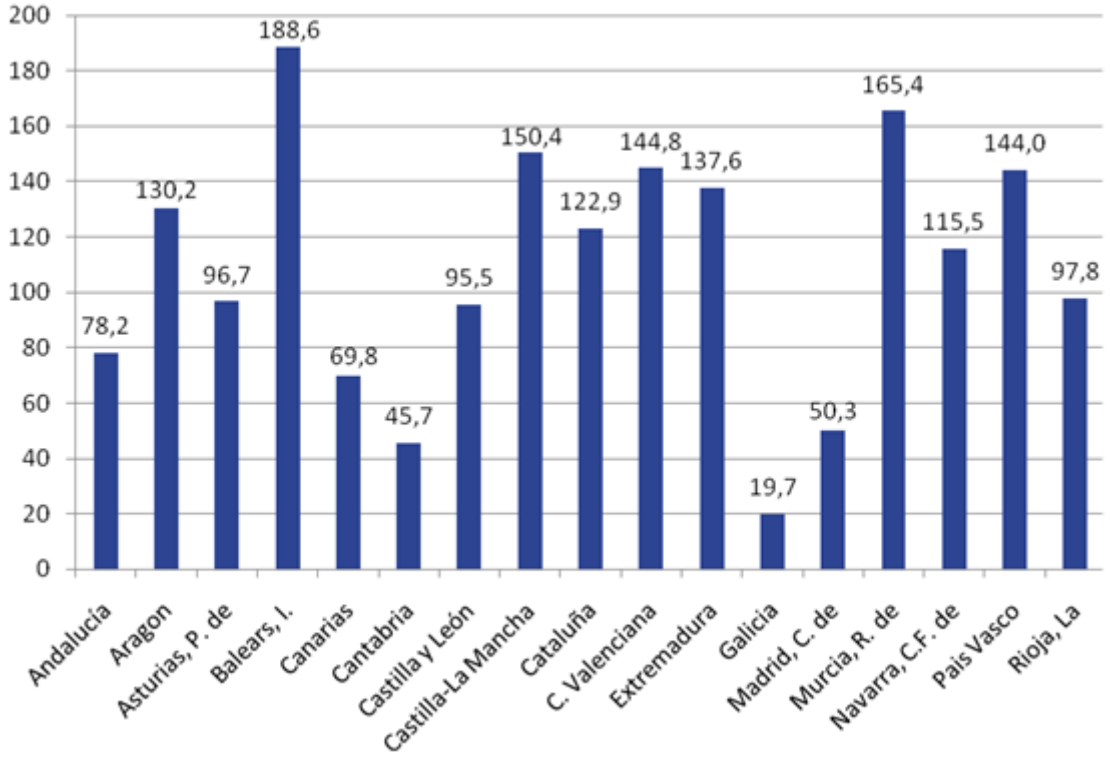
Según un informe realizado por la fundación BBVA:

"La economía debería crecer un mínimo del 1,4% anual en el período 2013-2016 para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario si no se adoptan reformas para controlar el gasto ya que, se prevé que el gasto sanitario público español crecerá, de media anual, un 4.4% hasta el año 2016 si se mantienen las tendencias actuales y no se introducen reformas que puedan modificarlas."

Si las previsiones de crecimiento económico, realizadas por organismos como el FMI, de la economía española no se cumplen a muy corto plazo, ninguna CCAA tendrá garantizado, a medio plazo, la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público.

El crecimiento medio anual del gasto sanitario público español esperado para el periodo 2013-2016 se espera que sea del 4,4%, siempre y cuando no se implante ninguna reforma que modifiquen significativamente la tendencia de crecimiento de los años anteriores, aunque las previsiones dejan entre ver la variabilidad entre las distintas CCAA.

Índice del crecimiento medio anual previsto del gasto sanitario total por C CAA en ausencia de reformas (2013-2016)



Fuente: Fundación BBVA

Como podemos ver en el gráfico anterior, cinco comunidades reducirían de forma relevante su posición relativa con respecto a la media española –Galicia, Cantabria, Madrid, Canarias y Andalucía-, otras tres mantendrían un ritmo de crecimiento semejante al de la media nacional – Castilla y León, Asturias y La Rioja–, mientras que en las restantes –Navarra, Cataluña, Aragón, Extremadura, País Vasco, Valencia, Castilla-La Mancha, Región de Murcia e Illes Balears– el gasto sanitario crecería por encima de la media.

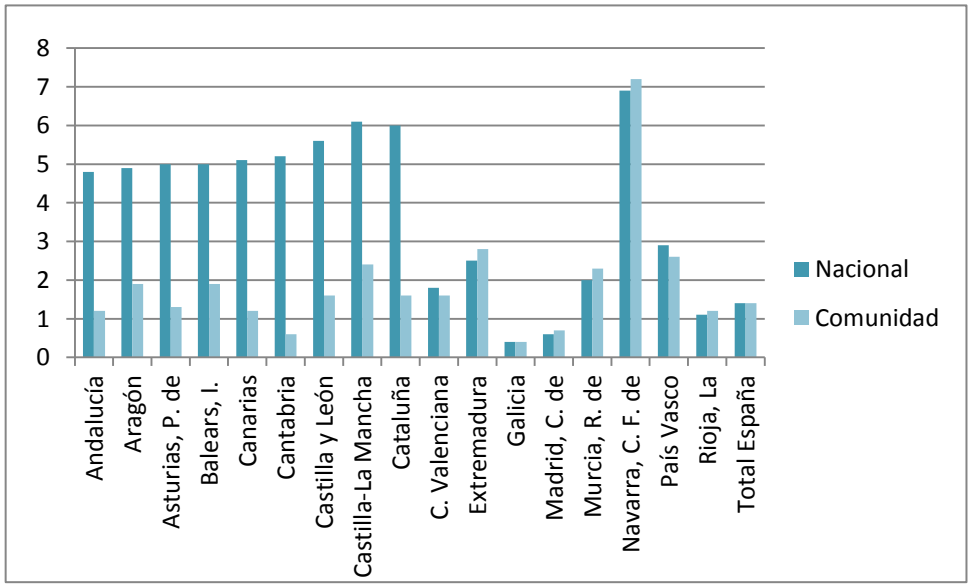
¿Cuál debería ser el crecimiento de la economía española y de cada CCAA para que los recursos de cada una igualen el crecimiento previsto del gasto sanitario en el período 2013-2013?

Según el estudio realizado por el profesor de la Universidad de Murcia, José María Abellán, junto a un equipo de especialistas en Economía de la Salud, el crecimiento de la economía española debería ser del 1.4% anual en términos reales. Esto permitiría que la relación gasto público-ingresos públicos permaneciera estable.

Pero, ¿Qué pasa con las distintas CCAA?

La sostenibilidad, en este caso, depende de dos cosas, la primera, es la tendencia de crecimiento tanto del PIB nacional como del autonómico ya que, ambas influyen en los ingresos de cada comunidad en distinta proporción y, el segundo, es el crecimiento del gasto sanitario en cada región. Como hemos podido ver en el gráfico anterior, Galicia presenta unas menores previsiones de crecimiento del gasto lo que supone un menor crecimiento económico para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público: bastaría con que la economía registrase una tasa de crecimiento medio anual del 0,4% en el periodo 2013-2016 para que estuviera garantizada la sostenibilidad de la sanidad gallega. Pero por otra parte, Navarra sería la comunidad que necesitaría un mayor crecimiento de la economía (6,9% nacional y 7,2% autonómico) para sostener su sistema de salud. En el caso de les Illes Balears, éstas necesitarían que España creciese alrededor a un 3% en tasa media anual para la sostenibilidad de su sistema sanitario.

Crecimiento económico nacional y autonómico medio anual requerido para lograr la sostenibilidad del sistema sanitario público autonómico hasta 2016



Fuente: Fundación BBVA y elaboración propia.

Por lo tanto, podemos concluir que es necesario introducir reformas que aumenten la eficiencia del sistema sanitario público y que, además, reduzcan el crecimiento del gasto sanitario.

5. EL COPAGO SANITARIO

¿CUÁLES SON LOS FACTORES POR LOS QUE AUMENTA EL GASTO EN SANIDAD?

1. Mayor demanda de atención sanitaria por parte de la población.

A su vez éste aumento de la demanda se ha visto impulsado por más factores, cambios en los patrones de enfermar, unos hábitos de vida menos saludables y menos tolerancia al malestar y el envejecimiento de la población ya que, el aumento de la edad provoca, entre otras cosas, un aumento de las enfermedades tanto generales como crónicas por lo que los pacientes deben acudir más a menudo al medico

2. La tecnificación de la prestación sanitaria.

Las nuevas tecnologías sanitarias han contribuido en gran medida a la mejora de los resultados en salud pero, a su vez han sido una de las principales causas del incremento del gasto sanitario. Muchas de ellas han sido incorporadas en la práctica sin haber valorado previamente su relación *coste-efectividad* o los *criterios de uso* que las hacen eficientes, incrementando el coste por encima de los beneficios obtenidos. Por otro lado, la introducción de muchas tecnologías no ha estado acompañada de la desinversión de las sustituidas.

3. El incremento de la inflación sanitaria por encima de la inflación general.

En los últimos años la inflación de productos farmacéuticos y material terapéutico tenía crecimientos interanuales alrededor del 20%, valores que se han moderado en los últimos años, debido principalmente a la reducción de los precios.

Además, la super especialización de los profesionales sanitarios y la escasez en algunas disciplinas han favorecido la actualización de sus retribuciones por encima del IPC, contribuyendo al aumento de la inflación sanitaria por encima de la general.

¿Qué pasa desde el punto de vista de la demanda?

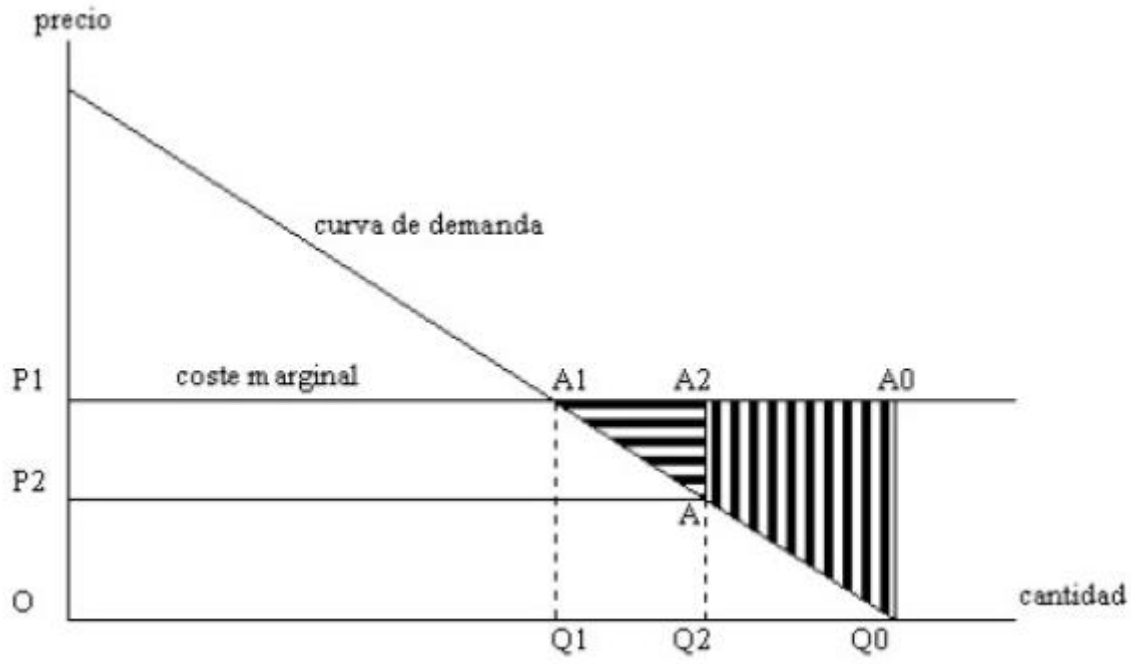
Cuando hablamos de aumento del gasto público desde el punto de vista de la demanda no referimos al aumento provocado por el mecanismo de coste cero que explica una demanda desorbitada por parte de los ciudadanos, por lo que nos encontramos con una ineficiencia en el Sistema Sanitario que debamos solventar.

Como ya sabemos, la Sanidad es una prestación gratuita en España y esta gratuidad afecta al nivel de consumo tanto de los servicios que se prestan como de la medicación que se da.

Cuando la persona que consumen dichos servicios no tiene que pagar por ellos, es decir, el coste es 0 se produce una distorsión (que vendría a estar representada en el gráfico por la suma de las dos zonas rayadas) de la cantidad consumida.

Al ser gratuitos, el consumidor demanda estos servicios hasta que el beneficio marginal que le proporcionan sea cero, a pesar de que el coste marginal de los servicios suministrados no es cero.

Implantar un pequeño pago (tasa) por estos servicios haría que dicha distorsión disminuyera (en este caso la representa la zona a rayas horizontales).



A esta tasa la llamamos *copago* sanitario y se presenta como una fórmula en la que los pacientes tendrán que pagar una cantidad de dinero por recibir atención médica, así como también se pondría freno a la hora de subvencionar los medicamentos y de esta manera, luchar contra el abuso de los fármacos por parte de gran parte de la población.

Los españoles debemos saber que no todos los servicios pueden darse a un coste 0 ya que, detrás de ello existen unos costes, a veces muy elevados, que están siendo subvencionados por el Estado y que muchas veces son innecesarios y como ya sabemos la economía española ha sufrido en los últimos años una fuerte crisis que ha afectado tanto a la actividad productiva como al empleo y esto ha afectado a la evolución de los servicios públicos.

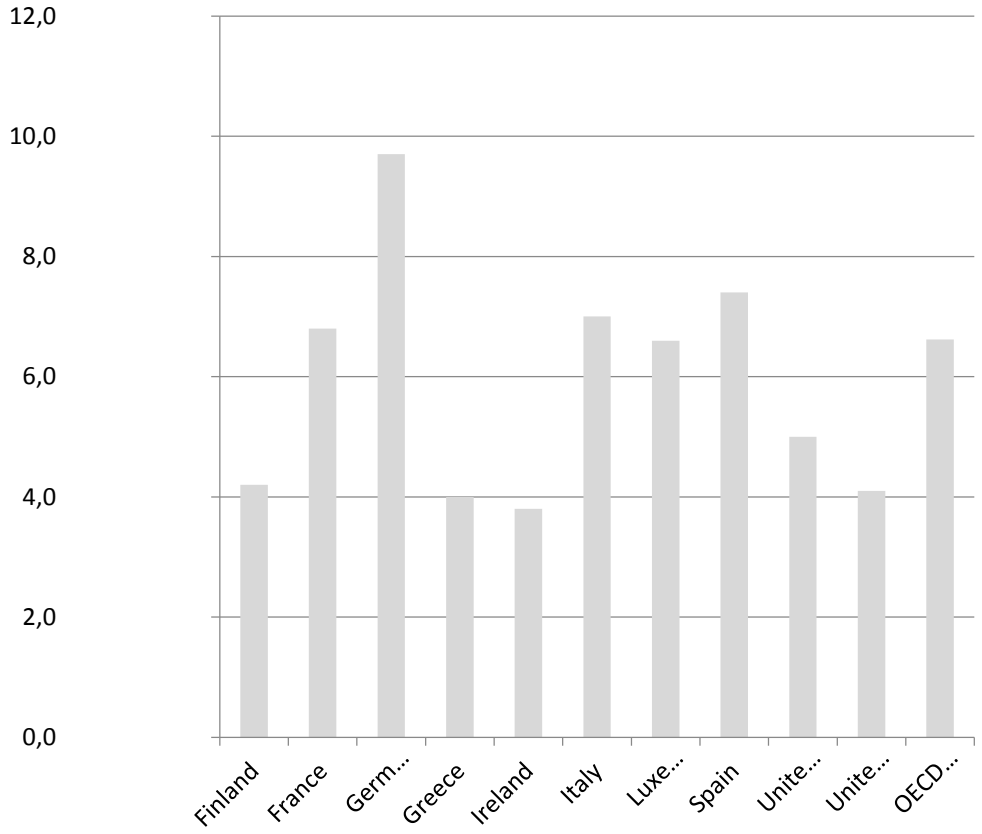
En el caso del servicio sanitario, entre los años 2003-2008 el gasto en sanidad crecía a ritmos superiores al 4% y es a partir del 2009 cuando dicha crisis empieza a notarse con una gran disminución en los años posteriores.

"La clave de una reforma en profundidad que asegure la sostenibilidad del Sistema es realizar actuaciones sobre la demanda, la oferta y la innovación para alinear los incentivos e incrementar la responsabilidad de pacientes profesionales y gestores.
Responsabilizar a los usuarios requiere la introducción de copagos en atención primaria y urgencias y la revisión del actual modelo de copago farmacéutico que se ha ido desactualizando con el paso del tiempo. Estas medidas no tienen que tener una finalidad recaudadora, sino mejorar la calidad de la atención primaria induciendo a un mejor uso de la misma y con más tiempo de atención al paciente por parte del médico. En particular, sería necesaria la introducción de un pago fijo por visita en atención primaria y en urgencias para filtrar la entrada no necesaria de pacientes en las puertas del sistema".

Bajo esta cita del informe de Fedea (2011) muchos han defendido la introducción del copago sanitario, como un mecanismo disciplinario eficaz ante los "abusos" en el uso del sistema público sanitario por parte de los ciudadanos.

Es decir, lo que se pretende no es gastar más sino mejor. Entonces ahora es cuando debemos plantearnos si en España se hace, realmente, un mal uso del Sistema Nacional de Sanidad.

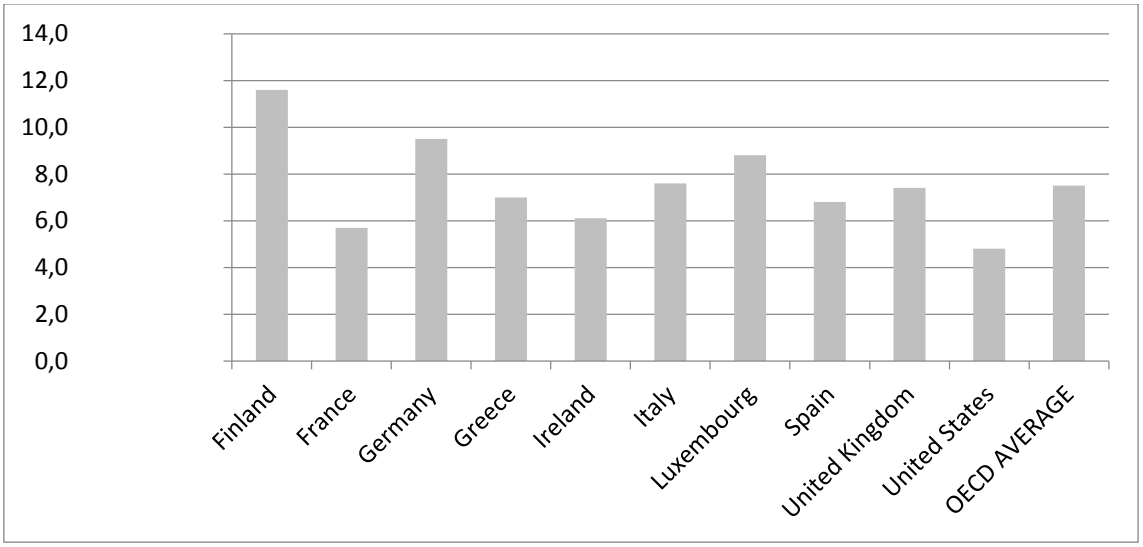
VISITAS MÉDICAS POR CÁPITA 2011



FUENTE: OCDE y elaboración propia.

Como podemos ver en el gráfico anterior, España, por detrás de Alemania, es el segundo país con más visitas médicas por habitante.

DURACIÓN MEDIA DE LA ESTANCIA 2011



FUENTE: OCDE y elaboración propia.

Sin embargo, las estancias hospitalarias en nuestro país son sensiblemente inferiores a la media.

Además, otros datos interesantes sobre el sector sanitario en España son:

1. España tiene un número de médicos por cada 1000 habitantes, aproximadamente del 4%, por encima de la media de los países de la OCDE que se sitúa un poco por encima del 3%, pero un número de enfermeras por cada 1000 habitantes (casi un 5%) muy por debajo de la media de los países de la OCDE que alcanza, prácticamente, el 9%.

2. El número de camas en el hospital por cada 1000 habitantes es de 2.5, por debajo de la media de la OCDE, 3.4.

¿A qué se debe esta diferencia en el uso de los distintos servicios de salud?

En España se da el caso de que muchas de las consultas son de carácter burocrático y que, por lo tanto, son claramente evitables como, por ejemplo, el seguimiento de las bajas laborales, recogida de recetas en casos de largo tratamiento, certificados…
Son consultas que, actualmente, están empezando a evitarse mediante sistemas informáticos apropiados, además, el papel de los enfermeros en atención primaria no está utilizado de manera eficiente puesto que, muchas consultas médicas podrían ser resueltas perfectamente por este sector.

¿Qué diferencia hay entre los diferentes modelos de copago que existen en Europa?

Está claro que, en España, es necesario establecer un sistema de participación en el gasto sanitario por parte de los usuarios para que puedan acceder a los diferentes servicios y prestaciones que son necesarios para el mantenimiento de su salud y la evitación o agravamiento de enfermedades.
Es importante tener en cuenta lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2003):

"Hay que abolir las barreras a la asistencia médica, cualquier tasa por pequeña que sea tiene un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente más desfavorecidos".

Es importante saber cuál es la capacidad de la población para asumir nuevos costes de en la atención primaria.
Según datos del INE para el año 2013 existen algo más de 8 millones de pensionistas con un importe medio de sus pensiones de 780€/mes, incluso menos en los casos de viudedad, por ejemplo, y aunque dichos importes han sido aumentados no llegan al 1% aquellos cuyas pensiones superan los 1900€/mes.
A esto debemos sumarle que la gran mayoría de pensionistas tienen una o varias enfermedades crónicas y que, por lo tanto su consumo de fármacos por prescripción médico es elevado.
Debemos considerar, también, que el número de parados asciende ya a más del 26% de la población, que más de 1 millón de hogares tienen a todos sus miembros en paro y que más de la mitad de la población tienen un sueldo menor a 1000€/mes.

Con todo lo citado anteriormente podemos concluir que la mayoría de la población, especialmente aquellos que más utilizan los servicios sanitarios, es decir, las personas mayores de 65 años, tienen unos recursos muy limitados.

La función del copago no es recaudatoria sino más bien "pedagógica", es decir, lo que se pretende es reeducar a la población con el fin de que utilicen de una manera más correcta los servicios prestados por parte del Sistema Nacional de Sanidad.

De esta manera, ahorraríamos recursos que están desaprovechados y que podrían destinarse a necesidades sanitarias y sociales prioritarias.

Según José Manuel Repullo Labrador en su obra *"Copago si, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo"*

Existen tres sistemas básicos de costes compartidos:

1. LOS DEDUCIBLES.

Establecen un gasto inicial del paciente a partir del cual empieza a actuar la cobertura aseguradora. Esto provoca que el usuario contenga la utilización inicial, inhibiendo el uso en problemas menos graves e hipocondrías, pero también en visitas periódicas preventivas.

2. LOS COSEGUROS.

Supone pagar un porcentaje del coste de los servicios utilizados y, por ello, el usuario está más influenciado por la preocupación del gasto. En este tipo de modelo de financiación, cuantos más servicios o cuanto más caros sean éstos, la carga financiera que recae sobre el paciente es más elevada.
Este modelo es utilizado en países como Francia y lo hacen de la siguiente manera; el paciente paga el 100% de la consulta médica y después le pide a la Seguridad Social la devolución del 70% mientras que, el 30% restante, pertenece al coseguro o "ticket moderador". El hecho de que, el paciente tenga que adelantar un dinero, supone que la demanda sea inferior a la de un sistema gratuito.

3. LOS COPAGOS.

Cargan la cantidad por servicio utilizado (no por su coste), lo que busca es una conducta de moderación en el volumen de servicios demandados o utilizados, considerando supuestamente que el coste de los servicios recae más bajo la responsabilidad de quienes lo proveen, en este caso el sistema sanitario y sus profesionales, que de quien los consume, es decir, el paciente.

El copago está muy extendido en Europa y prácticamente todos los países europeos tienen establecidas políticas de participación del ciudadano en algún nivel. España, Dinamarca y Reino Unido no han extendido esta participación más allá de los fármacos.

Según un documento de SemFYC. “Copago. Conclusiones desde la evidencia empírica.”, dentro del copago nos encontramos con varios tipos:

- ✓ Sobre servicios de atención médica (AP, hospitales, servicios de urgencias).
- ✓ Sobre servicios hoteleros (hospitalizaciones).
- ✓ Sobre los medicamentos y farmacia.

Los copagos por atención médica existen en numerosos países europeos, sobre todo en aquellos con sistemas sanitarios tipo Bismark (basados en las contribuciones a la Seguridad Social) más que en los de tipo Beveridge o sistemas nacionales de salud (financiados mediante impuestos). Y son todavía más habituales en los sistemas basados en los seguros privados, como el de Estados Unidos.

Características que el copago debe tener desde el punto de vista económico

1. La eficacia de los mecanismos de copago depende, básicamente, de que la demanda de los servicios sanitarios a los que se aplica el copago sea elástica (suficientemente sensible a las variaciones en el precio) ya que, si la demanda no es lo suficientemente flexible ante una variación en el precio del servicio la cantidad demandada apenas cambiará por lo que el objetivo de reducción del gasto no se cumplirá, aunque sí que se conseguirá el objetivo recaudatorio.

2. La elasticidad de la demanda en sanidad es relativamente baja porque los servicios médicos, en general, no se pueden dejar de consumir, ni pueden ser reemplazados por otros bienes o servicios aunque suba su precio. En servicios no tan necesarios, la elasticidad puede ser mayor y se comporta de forma inversa al nivel de renta.

3. La demanda de atención sanitaria es, en gran parte, inducida por el médico. El usuario de los servicios sanitarios no es una persona informada que escoge qué y cuánto comprar, sino que es el médico, quien tiene mucha más información sobre el diagnóstico y los posibles tratamientos que el propio paciente, el que decide su demanda de servicios.

4. La elasticidad de la demanda es diferente según los servicios y no se mantiene constante a lo largo del tiempo.

5. La medida debe garantizar tanto la equidad en el acceso como en la financiación.

En Europa, parece que el copago tiene doble finalidad, la recaudatoria y la disuasoria. La mayoría de países tienen sistemas de copago en servicios donde el paciente puede decidir como por ejemplo, atención primaria, servicios de urgencias o consumo de fármacos. Pero también tienen copagos en servicios donde la decisión del paciente tiene poco peso como es el caso de las visitas a médicos especialistas o la atención hospitalaria.

A continuación veremos los diferentes tipos de copagos en el entorno europeo según los siguientes autores: *J. P. Quiñonero, C. Villar Mir, V. Suvalski, B. Castiella, B. Rodrigo y N. Ramírez de Castro (2011):*

A. ALEMANIA.

Dentro del sistema estatal alamán existen varias formas de copago. Para la compra de medicamentos, la aportación de los pacientes es del 10% del precio, con un mínimo de 5 euros y un máximo de 10. Es un copago que debe ser desembolsado por todos los usuarios, incluidos los pensionistas. En el caso de hospitalización, el paciente debe abonar 10€/día, aunque con un límite máximo de 28 días laborables por año. Además, para ser atendidos por un médico de cabecera, dentista o cualquier otro especialista en su consulta, los pacientes del sistema público deben realizar un pago único trimestral de 10€, sin importar las veces que acudan al doctor en ese período. Mientras que, las visitas al pediatra no se cobra.

B. SUECIA Y NORUEGA.

El sistema de asistencia médico sanitaria en Suecia es de financiación pública y está fuertemente descentralizado. Los ciudadanos pueden elegir el médico o centro sanitario que deseen, pero pagan una cantidad por servicio. Cada paciente paga entre 150 y 200 coronas suecas, es decir, entre 15€ y 20€ por visita al médico, sea generalista o especialista. Pero, una vez que se han supera los 85€ de gasto, todas las visitas al médico o al hospital serán gratuitas, de esta manera, limitan los gastos de los pacientes y enfermos crónicos. Lo mismo suceden con los medicamentes que son recetados con una máximo de 180€ de gasto. Todas las operaciones son gratuitas y los pacientes ingresados pagan, aproximadamente, 7€/dia.
En Noruega, el sistema es casi idéntico al sueco. Las visitas al médico cuestan alrededor de 20€.También es libre la elección del médico o especialista. Y con respecto a aquellas personas que no tienen recursos o están desempleados no pagan mientras que, los jubilados tienen subsidios para ayudarlos con los gastos sanitarios.

C. REINO UNIDO

El sistema del Reino Unido es muy similar al español. Es un sistema en el cual no existe copago sanitario, excepto en el caso de determinados medicamentos, como sucede en España. Las visitas al médico o a los servicios de urgencias son gratuitas, así como la atención en el hospital. Con respecto a las medicinas, las más comunes son recetadas de manera gratuita mientras que, en otras el precio está compartido con el paciente.

Los ciudadanos mayores de 60 años, las embarazadas y los enfermos crónicos tienen todos los medicamentos con recete gratuitamente. El copago no es una medida que, actualmente, tenga el Gobierno dentro de sus posibilidades como fin para reducir el déficit público.

D. IRLANDA

En Irlanda, la atención médica es gratuita para aquellos que tienen menos ingresos económicos, para las embarazadas y para los niños menores de 6 meses, lo que les da derecho a la tarjeta médica, que cubre, aproximadamente, al 32% de la población.
Aquellas personas que no disponen de la tarjeta médica deben pagas 100€ por consultas a urgencias siempre y cuando no hayan sido enviados por el médico de cabecera. La hospitalización tiene un coste de 100€/día y en medicamentos cada hogar paga un máximo de 120€ a lo largo de un mes, a partir de este importe son gratuitos.
Las personas de más de 70 años que no tienen este último derecho, reciben una subvención anual de 400€, como máximo, para acudir al médico de cabecera.

E. GRECIA

Todos los ciudadanos tienen acceso a una sanidad pública (IKA) o incluso a otros organismos parecidos (“Tamío”), éste último es algo parecido a una caja de pensiones con cobertura sanitaria.
El paciente de la sanidad pública o IKA paga los 25% del precio del medicamento, incluidos pensionistas y enfermos crónicos. Además, los pacientes paga los “extras”, es decir, cambiarse a una habitación individual, tener una enfermera privada ya que, en los hospitales públicos hay muy pocas por planta, las ambulancias son gratuitas, únicamente, en caso de ingreso de urgencia, por lo contario, cualquier recorrido debe ser autorizado para ser abonado por el seguro. El paciente que desea una segunda opinión y elegir médico debe pagar 50€ por consulta.
El “sobrecito” es un pago que se realiza de manera informal a médicos y personal sanitario para agilizar los trámites como, por ejemplo, saltarse las listas de espera, tener una cama en pocos días…

F. ITALIA

Las consultas al médico de cabecera, en Italia, tienen un coste de 10€. Las visitas a un especialista pueden costar de 15€ y 20€.
Además, en Italia, está penalizado el abuso de las urgencias, es decir, si el médico considera que el problema no necesitaba acudir a urgencias puede cobrarle al paciente 25€.

G. BÉLGICA

La sanidad en Bélgica se gestiona con el copago. Los ciudadanos tienen libertad para elegir médico y están obligados a pagar la consulta en función de unas tarifas libres que fijan los facultativos. Posteriormente el sistema de seguridad social, que se gestiona a través de mutualidades, rembolsa a los ciudadanos un porcentaje de la factura, que suele estar alrededor del 80% mientras que, en el caso de los niños el rembolso llega, prácticamente, al 100%.
El Estado sólo cubre parte de los gastos de hospitalización, por lo que es habitual que los ciudadanos de Bélgica tengan un seguro complementario. Las urgencias están cubiertas y los medicamentos, salvo los antibióticos, deben ser pagados por los pacientes.

A pesar de que los mecanismos anteriores parecen no tener ningún problema en el país de aplicación, hay que tener en cuenta algunos aspectos.

Primero, que varios estudios que se han realizado sobre los efectos del copago coinciden y concluyen en que la eficacia en la contención del gasto sanitario es mínima o irrelevante, de hecho son, incluso, un impedimento de importancia en el acceso a los servicios para las personas pobres y las ancianas que viven con bajos ingresos, que retrasan o impiden el uso de servicios sanitarios necesarios y que no se ha demostrado su capacidad para contener la demanda que, incluso, en algún caso se ha incrementado.

Segundo, el copago puede tener costes indirectos no considerados inicialmente.
Un efecto secundario del copago es la reducción de las visitas necesarias con un empeoramiento de las enfermedades que acaban produciendo ingresos que podrían evitarse, además de que la duración de éstos es todavía mayor.

Y por último, la demanda de atención sanitaria es, en gran parte, una demanda inducida por el médico. El usuario de servicios sanitarios no es un cliente “informado” que escoge qué y cuánto comprar, sino que es el médico quien tiene mucha más información sobre el diagnóstico y los posibles tratamientos que necesita el propio paciente, por lo tanto, es el médico el que, indirectamente, decide la demanda de servicios de los pacientes.

Por lo tanto, ¿cuáles son las ventajas y los inconvenientes del copago?

1. **VENTAJAS.**

La principal ventaja que hace referencia a la implantación del copago son las siguientes:

Si las personas enfermas pagan directamente parte de los servicios o productos consumidos se reducirá el uso excesivo e injustificado de éstos, y se ahorrarán recursos que podrán utilizarse más eficientemente para ayudar a financiar una sanidad pública que teóricamente es "insostenible", ya que resulta demasiado costosa.

2. **DEVENTAJAS**

Pero por otra parte se ha demostrado que el copago reduce el uso de servicios sanitarios, es decir, se reduce el número de visitas médicas, de prescripciones farmacéuticas y de admisiones hospitalarias o servicios preventivos. El problema viene cuando al reducir el número de visitas médicas necesarias, se está perjudicando a la población que necesita atención y como consecuencia puede alargar, en un futuro, la estancia en el hospital puesto que, la gravedad que sufre el paciente cuando acude al médico es mayor. Un estudio realizado en Estados Unidos realizado por la Rand Corporation evaluó las ausencias en las visitas al pediatra de los niños de 0 a 4 años y de 5 a 13 años bajo la presencia de copago. Como resultado obtuvieron que los niños de 5 a 13 años doblaron el porcentaje de visitas anuales perdidas (15% a 32%), mientras que los niños de menor edad incluso llegaron a triplicar el porcentaje de visitas no realizadas (5% a 18%).

Por otra parte, En EEUU los pacientes mayores de 65 años redujeron la atención ambulatoria (20%), pero aumentaron las hospitalizaciones (2,2%) y la duración de las estancias hospitalarias (13,4%), especialmente aquellas personas que estaban en peor situación socioeconómica y con enfermedades crónicas.

Como hemos podido ver antes, uno de los objetivos del copago es desalentar la “mala utilización” del Sistema Sanitario, ya que obtener servicios "gratuitos" (aunque previamente pagados vía impuestos) induce a un mayor consumo o "abuso" del sistema sanitario. Con el copago, se pretende que aquellos que estén enfermos tomen más conciencia del gasto y adquieran una mayor responsabilidad, valoren más los servicios que consumen y, por lo tanto, moderen su demanda de servicios.

A pesar de que esta es una de las ventajas que tiene el copago, esto afecta a la equidad. El copago tiene efectos negativos sobre la equidad, ya que representa una discriminación para acceder a los servicios sanitarios, en especial para los grupos socioeconómicos más pobres y con menos recursos, (inmigrantes, población infantil, personas de edad avanzada y con discapacidad) que padecen más enfermedades crónicas y problemas de salud.

El copago no sólo perjudica a los más pobres, sino que en muchos países genera nuevos pobres debido al alto coste de los servicios sanitarios.

Como conclusión de esto podemos ver como el copago puede producir un ahorro en el gasto sanitario en algunos aspectos, pero aumentar otros y, por ello puede ser que el resultado final que genera dicha tasa, no sea el esperado.

6. CONCLUSIÓN.

Existe una gran variabilidad de modalidades de costes compartidos entre los países europeos, al igual que existen también muchas diferencias en las variables elegidas para establecer las reducciones.
Los costes compartidos, aunque tienen un papel financiero muy pequeño, están extendidos en los sistemas sanitarios europeos, con el principal propósito de inducir un uso racional de los servicios, es decir, reducir el uso excesivo e inapropiado de los servicios que nos ofrece el Sistema Nacional de Salud.

España se encuentra entre aquellos países cuyo modelo es la contribución del ciudadano a través de un porcentaje sobre el precio total, modalidad que sigue el 60% de los países analizados.
La contribución del paciente en los costes en España es una de las más bajas de los países de la eurozona debido a la baja contribución de los pacientes intensivos, un porcentaje elevado de los cuales son pensionistas y por tanto exentos de contribución.

¿Cuáles son las recomendaciones para solucionar el problema del gasto sanitario y que, por tanto, se crea en la sostenibilidad del mismo?

1. Aumento de la aportación del ciudadano en aquellos medicamentos financiados para síntomas menores.

2. Información directa al paciente de los costes anuales totales en medicamentos, con el fin de concienciar al paciente cuales son los costes reales y que vean, realmente que la sostenibilidad del sistema no es algo fácil si seguimos con esta mecánica.

3. El autor José Manuel Repullo Labrador, en su obra citada anteriormente, propone:

"En cuanto a la aportación del usuario, proponemos un sistema mixto que añada a la aportación actual, un copago por parte del paciente de 0,5 € por receta con un máximo de 4,5€ al mes. Esto supondrían que el usuario podría llegar a pagar un máximo de 1 € semanal por su medicación y la traducción económica podría oscilar entorno a los 500 millones de euros anuales, pero lo más importante sería el efecto disuasorio de la medida y crear conciencia del valor de la atención sanitaria y del propio medicamento."

Hay personas que consumen medicamentes sin que éstos correspondan con sus patologías y lo hacen de manera habitual, teniendo en cuenta que el coste de éstos es muy bajo o nulo.

4. Utilización de tecnologías de la información y comunicación para realizar seguimientos sobre el cumplimiento de los tratamientos de los pacientes, implicando a los farmacéuticos de oficina de forma activa.
   De manera que, un paciente que sigue de forma continuada si tratamiento podría hacer que, en un futuro, no se convierta en una

enfermedad mucho más grave con posible diagnóstico crónico que, esto se traduciría en un coste superior.

5. Desarrollar sistemas de conciliación de la medicación en el ingreso hospitalario y en el momento de darle al alta en el hospital para transferirlo al médico. El objetivo de esto es evitar duplicidades y medicamentos innecesarios, aumentando la seguridad de los pacientes y reduciendo los costes de los tratamientos.

6. Sistema de información tanto sobre el coste del tratamiento como de no seguirlo tal y como el médico lo ha recomendado. Esto debería hacerse en todos los ámbitos de la salud y de forma sistemática de manera que, el ciudadano se conciencie de que los medicamentos están hecho para seguir un tratamiento de cura que nos permitirá que la enfermedad no solo no se agrave sino que, incluso, desaparezca.

7. Introducción de un posible copago por la asistencia sanitaria recibida, con el objetivo principal de incentivar el consumo eficiente reduciendo la utilización innecesaria que no aporta salud pero genera costes.

En definitiva, todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el procesos de salud han de asumir nuevas responsabilidades, sacando el máximo provecho de sus capacidades para contribuir a un uso adecuado de los servicios que necesitan los pacientes.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Recortes de prensa.

2. INE. "Contabilidad regional de España"

3. Banco de España. *"EFICIENCIA Y REGULACIÓN EN EL GASTO SANITARIO EN LOS PAÍSES DE LA OCDE"*

4. Organización Mundial de la Salud. (OMS)

5. Fedea. *"Sanidad cambio posible"*

6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *"Recursos del Sistema Nacional de Salud".*

7. Ministerio de Economía y Hacienda.

8. OECD. "Health Data- Frequently requested "

9. Confederacion Sindical de Comisiones Obreras (CCOO). *"Informe el Gasto Sanitario en España"*

10. Revista Española de Salud pública

    a. *"Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria"*
    b. *"El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política"*
    c. *"Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad"*
    d. *"Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis"*
    e. *"reforma sanitaria"*

11. Institutos de Estudios Fiscales (IEF) *"Proyecciones de gasto público en cuidados de larga duración en la Unión Europea (2007-2060)"*

12. Universitat Pompeu Fabra (Department of Economics and Bussiness)

    a. *"¿Recortar o desinvertir?" (Jaume Puig-Junoy)*
    b. *"La crisis econòmica llega a la sanidad"*
    c. *"LA REFORMA SANITARIA" (Vicente ORTÚN y María CALLEJÓN)*

13. *"Infome Evolucion gastos anitario"* (Agustín Molina Morales, Almudena Guarnido Rueda e Ignacio Amate Fortes)

14. fundacion BBVA

    a. *"financiacion gasto sanitario"*
    b. *"Posibles áreas de mejora del Sistema Sanitario Español"*

15. Documentos SemFYC. *"Copago. Conclusiones desde la evidencia empírica."*

16. IESE Business School University of Navarra. *"Los Sistemas de copago en Europa, EEUU y Canadá: implicaciones para el caso español."*