Situación actual del Sistema Nacional de Salud y la importancia del buen gobierno

José Martínez / Emili Ferrer

España es hoy uno de los países del mundo con mayor esperanza de vida al nacer: 82 años de media, dato que nos sitúa dentro de un selecto grupo de países en cuanto a longevidad se refiere.

La esperanza de vida es el indicador de salud más frecuentemente utilizado en la evaluación de la salud de las poblaciones, aun cuando otros determinantes tienen también influencia. Sin duda, el aumento relativo de las personas de más avanzada edad, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida, es una de las muestras de los altos niveles de bienestar alcanzados por la sociedad española en las últimas décadas. No obstante, debemos tener presente que la longevidad tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales. No en vano, los años vividos por una persona no están libres de enfermedad, un hecho que se hace cada vez más patente conforme avanzan los años.

Ello lleva necesariamente a una reflexión: ¿los años que vamos ganando a la esperanza de vida son años vividos con buena salud, es decir, libres de incapacidades o limitaciones? ¿Cómo podríamos mejorar nuestros estándares de vida en este escenario? La promoción de la autonomía personal, el envejecimiento activo y la necesidad de repensar el modelo organizativo asistencial de nuestros servicios de salud son cuestiones asociadas a esta reflexión clave que van ganando peso conforme la pirámide de población de España cambia. Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, la población de 65 y más años supondrá el 26,5% del total en el año 2035[1]; y ello plantea todo un desafío para nuestro Estado del bienestar.

La protección a la salud es un derecho constitucional que, junto a la educación y las prestaciones sociales, constituye el tercer pilar del Estado de bienestar. Es, sin duda, una de las mayores conquistas sociales en este país y un bien preciado para la población española, con independencia de su ideología. Garantizar una asistencia sanitaria pública, universal y de calidad es una obligación de los poderes públicos; y el hecho de que estos sean, en buena medida, las administraciones autonómicas, plantea también el desafío de la cohesión entendida en dos vertientes. Por un lado, la adecuada cobertura de las necesidades de salud de la población con criterios de equidad y con independencia de su lugar de residencia. Por otro, garantizar las necesidades presupuestarias de unas administraciones que deben ser eficaces, eficientes e igualitarias en los servicios de prevención y tratamiento de enfermedades que ofrecen a sus ciudadanos.

La equidad en el acceso sanitario en todo el territorio del país probablemente sea el principal caballo de batalla del sistema autonómico español y su principal motivo de erosión ante una ciudadanía que, con razón, no entiende que vivir en Andalucía, Galicia o la Comunidad de Madrid pueda suponer diferentes prestaciones sanitarias.

1 Instituto Nacional de Estadística (2022). Proyecciones de Población 2020-2070, https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

La pandemia de la covid-19 nos dejó muchas lecciones. El valor de lo público, la importancia de la acción coordinada en un sistema territorial de competencias y responsabilidades compartidas, y el impagable compromiso de unos profesionales sanitarios, que fueron una referencia de confianza y seguridad para la población en aquellos días oscuros. Sin embargo, la mayor lección de todas posiblemente fue lo mucho que distintas comunidades autónomas habían descuidado una sanidad pública a la que, de pronto, se le pidió que afrontase el mayor golpe contra la salud colectiva desde hacía un siglo.

Este artículo trata de esbozar en pocas páginas la situación en la que llegó el Sistema Nacional de Salud a la pandemia, comparando algunas variables de peso en cuatro comunidades autónomas, elegidas bajo criterios de población: Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana. Y tratará asimismo de presentar la situación actual del Sistema Nacional de Salud y dos de las cuestiones de máxima actualidad social en su funcionamiento.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España es consecuencia del impulso desarrollado desde los poderes públicos en los años 80 del siglo pasado, a raíz de la restauración de la democracia y el consiguiente despliegue de la Constitución Española de 1978, que en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y mandata a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública. La Ley General de Sanidad de 1986 crea el SNS y establece las bases para su extensión y desarrollo, abriendo un periodo globalmente muy satisfactorio para el conjunto de la población en España.

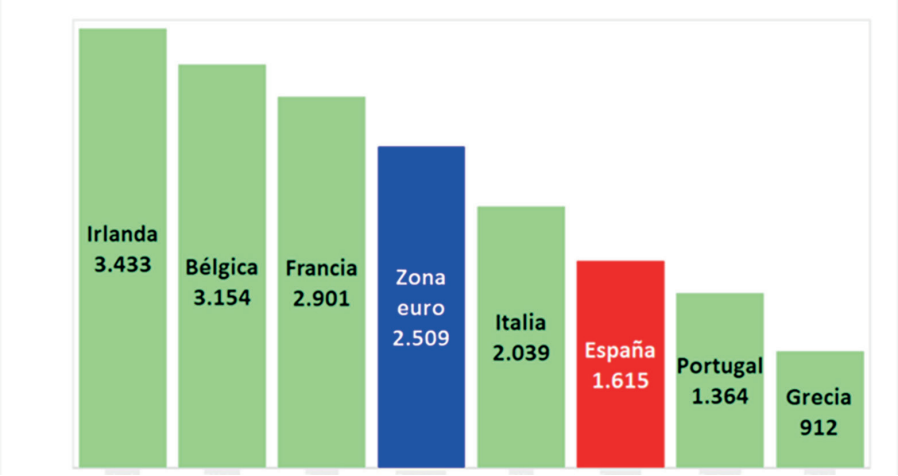
Así, esta ley, impulsada por Ernest Lluch en el primer Gobierno socialista presidido por Felipe González, junto a los estatutos de autonomía y sus respectivas leyes de salud, así como otras normas promulgadas por las Cortes Generales, ha permitido disponer de un amplio dispositivo que (con diferentes niveles de intensidad en las políticas públicas), ha contribuido de manera decisiva a mejorar la salud de la ciudadanía y disminuir significativamente la desigual distribución de los indicadores de salud a nivel territorial. El balance general de la aportación del SNS en estos años es, por tanto, globalmente positivo.

La sanidad pública, según datos publicados por el Ministerio de Sanidad, ha destinado en 2022 la cantidad de 73.672 millones de euros, lo que viene a suponer unos 1559 euros por habitante/año y un incremento del 4,35% respecto a 2021. Pese a ello, según muestran los datos de Eurostat, en términos de igualdad de poder de compra, en 2019 España todavía se mantiene en un nivel de gasto público sanitario por debajo de la media de la zona euro.

Dispone de unos 162.000 profesionales médicos (43.000 en atención primaria, 80.000 en atención hospitalaria, 3.000 en servicios de urgencias y emergencias y unos 28.000 médicos especialistas en formación) y unos 210.000 profesionales de enfermería, 39.000 en atención primaria, 166.000 en atención hospitalaria, 3.000 en urgencias y emergencias y unos 2.000 especialistas en formación) y unos 354.000 profesionales de otras categorías, generando empleo directo para, al menos, unos 726.000 profesionales. Claramente, la sanidad pública es la principal empresa del país.

Sin embargo, el SNS en España atraviesa un momento difícil. Por un lado, se enfrenta a diversos desafíos vinculados sobre todo a la evolución demográfica, que se caracteriza por un importante envejecimiento (y que se asocia a cronicidad), al impacto de nuevas tecnologías (más costosas y muy disruptivas) y a la necesidad de reforzar sus características de equidad, universalidad y eficiencia. Por otro, a todo ello se une el desgaste de los recortes presupuestarios y las modificaciones en sus

Gasto público en sanidad por habitante 2019. Euros valor corriente



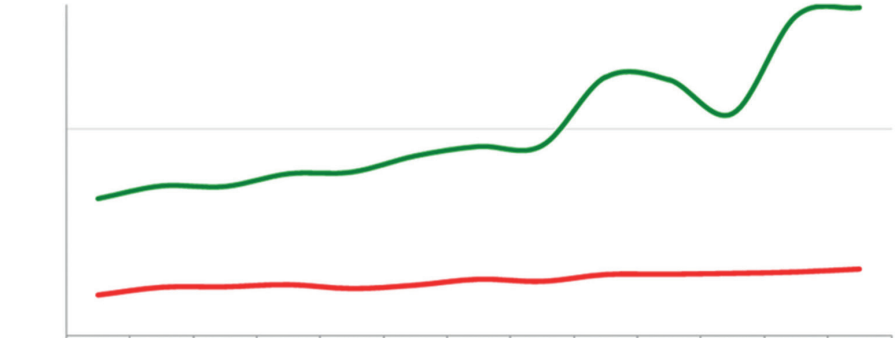
G1.1_DSP_Hb_19 Fuente: Eurostat y elaboración propia EFERRERI

características de universalidad (con la exclusión de inmigrantes en situación irregular), que fueron establecidos en el Real Decreto Ley 16/2012.

En efecto, la situación actual del SNS es difícil y está muy condicionada por el impacto de los recortes presupuestarios vinculados al Real Decreto Ley 16/2012 que dieron lugar a una importante crisis de inversión en la sanidad pública y a un declive en su capacidad de respuesta.

Entre sus consecuencias puede destacarse el incremento de las listas de espera y los tiempos de respuesta (pasaron de los 459.885 pacientes en espera quirúrgica con 73 días de espera media a 31-

Listas de espera de intervenciones quirúrgicas (IQ) y consultas atención especializada (CAE)
Pacientes * 1.000 habitantes



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
IQ	9,83	11,71	11,82	12,34	11,4	12,21	13,65	13,13	14,78	14,85	15,06	15,39	16,09
CAE	33	36,1	35,94	39,03	39,43	43,35	45,66	45,87	62,51	61,84	53,6	77,23	79,3

inclasns-msssi_lista de espera España. G1 Fuente: inclasns Ministerio de Sanidad

12-2011 a los 704.997 pacientes con 121 días de espera media a 31-12-2019[2]; o de 36,1 pacientes por 1000 habitantes en espera de consultas externas con una media de 58 días de espera el 31-12-2011 a los 63,7 por 1000 habitantes y una media de 88 días a 31-12-2018)[3] o un éxodo de profesionales jóvenes que encontraron grandes dificultades para su incorporación laboral al SNS.

La pandemia de la covid-19 ha supuesto también una situación en la que el SNS ha visto tensionada toda su estructura organizativa y su capacidad asistencial. Esto ha hecho que se hayan incrementado las listas de espera y los tiempos de respuesta y, por tanto, que sigan siendo uno de los retos más relevantes que afecta al funcionamiento de la sanidad pública y condiciona la imagen ante la opinión pública.

El barómetro de febrero de 2023[4] del Centro de Investigaciones Sociológicas refleja que la sanidad está en cuarto lugar como principal problema que existe actualmente en España tras la crisis económica, el paro y los problemas políticos en general, siendo el segundo problema que los ciudadanos encuestados manifiestan que les afecta más. Si se observan datos de una década antes, la sanidad estaba en los penúltimos lugares en ambas percepciones[5].

En el estado actual del Sistema Nacional de Salud pesan elementos estructurales como el envejecimiento progresivo de la población y las limitaciones presupuestarias mencionadas anteriormente. No obstante, la naturaleza descentralizada de la sanidad española se ha dejado sentir en la evolución de algunos de los principales pilares del sistema de manera desigual.

En la medida en que, de acuerdo con la Estadística de Gasto Sanitario Público, el 92,6% de este es gestionado por las CCAA[6], resulta conveniente detenerse a valorar el impacto de algunas variables de la gestión pública en sanidad de las CCAA. Para ello, se analizará, en primer lugar, la evolución de dos aspectos de la máxima actualidad como son la situación de la atención primaria y el progresivo crecimiento de lo privado en la sanidad.

LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: DIFERENCIAS TERRITORIALES

La crisis financiera y la política de recortes y contención del gasto público tuvieron un impacto generalizado en todos los territorios del país, si bien con niveles desiguales, con la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana experimentando en 2013 (el peor año de la serie con carácter general) las mayores caídas de hasta el 15,18% y el 14,33%, respectivamente, respecto a los niveles de 2011[7], medidos en euros por habitante de valor constante. Las caídas en los presupuestos tanto de Andalucía (11,22%) como de Cataluña (10,56%) fueron asimismo notables, aunque más contenidas y por debajo de la media nacional para el mismo periodo (12,48%). Respecto a la recuperación del gasto, Andalucía, Comunidad Valenciana y Cataluña habían recuperado ya en 2019 los niveles de 2011, no así la Comunidad de Madrid, que no volvería a dichos niveles hasta 2020, en el contexto de las transferencias generalizadas desde el Estado a las comunidades autónomas para hacer frente a la pandemia de la covid-19.

2 Sistema de Información de Listas de Espera. Ministerio de Sanidad, https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEsperaInfAnt.htm
3 Ídem.
4 Centro de Investigaciones Sociológicas (2023). Barómetro de Febrero, https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3380_3399/3395/es3395mar.pdf
5 Centro de Investigaciones Sociológicas (2012). Barómetro de Febrero, https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2920_2939/2932/Es2932.pdf
6 Estadistica de Gasto Sanitario Público, https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gasto-Sanitario2005/home.htm
7 Ídem

GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO
Euros por habitante. Euros valor constante 2020

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019(*)	2020(*)
CCAA	1.495	1.573	1.523	1.442	1.326	1.262	1.275	1.364	1.386	1.397	1.420	1.482	1.638
Andalucia	1.417	1.403	1.333	1.212	1.151	1.084	1.076	1.132	1.155	1.177	1.216	1.258	1.398
Aragón	1.594	1.718	1.639	1.635	1.594	1.280	1.477	1.531	1.609	1.588	1.607	1.672	1.765
Asturias	1.621	1.829	1.719	1.715	1.617	1.476	1.487	1.593	1.647	1.665	1.683	1.757	1.892
Baleares	1.393	1.489	1.707	1.550	1.225	1.185	1.229	1.325	1.335	1.372	1.392	1.470	1.577
Canarias	1.594	1.657	1.537	1.411	1.259	1.249	1.270	1.340	1.356	1.356	1.404	1.472	1.617
Cantabria	1.494	1.559	1.610	1.390	1.852	1.404	1.414	1.472	1.507	1.493	1.548	1.679	1.798
Castilla y León	1.597	1.565	1.571	1.405	1.430	1.396	1.315	1.509	1.533	1.553	1.583	1.656	1.863
Castilla-La Mancha	1.604	1.752	1.725	1.595	1.312	1.248	1.264	1.358	1.369	1.403	1.450	1.504	1.698
Cataluña	1.502	1.592	1.581	1.445	1.323	1.284	1.285	1.382	1.414	1.421	1.438	1.510	1.760
Valencia	1.389	1.528	1.538	1.444	1.267	1.181	1.237	1.360	1.381	1.389	1.413	1.469	1.585
Extremadura	1.707	1.795	1.739	1.644	1.477	1.449	1.500	1.565	1.617	1.624	1.632	1.677	1.776
Galicia	1.548	1.653	1.571	1.418	1.335	1.333	1.340	1.451	1.481	1.476	1.497	1.562	1.702
Madrid	1.330	1.425	1.276	1.408	1.248	1.195	1.202	1.287	1.269	1.274	1.278	1.336	1.491
Murcia	1.672	1.755	1.701	1.662	1.511	1.473	1.465	1.532	1.556	1.571	1.573	1.633	1.769
Navarra	1.654	1.797	1.739	1.657	1.503	1.445	1.484	1.568	1.603	1.640	1.657	1.689	1.856
País Vasco	1.731	1.865	1.828	1.750	1.655	1.613	1.636	1.695	1.736	1.745	1.760	1.867	1.948
La Rioja	1.658	1.647	1.614	1.542	1.369	1.351	1.379	1.441	1.456	1.451	1.482	1.530	1.604

Fuente: Estadistica Gasto Sanitario Público y elaboración propia EFERRERI

GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO
Euros por habitante. Euros valor constante 2020

Varación anual	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019(*)	2020(*)
CCAA	5,4	5,2	-3,2	-5,3	-8,1	-4,8	1,0	7,0	1,6	0,8	1,7	4,4	10,6
Andalucia	10,1	-0,9	-5,0	-9,1	-5,0	-5,8	-0,7	5,2	2,0	1,9	3,3	3,4	11,1
Aragón	2,7	7,8	-4,6	-0,2	-2,5	-19,7	15,4	3,6	5,1	-1,3	1,2	4,0	5,6
Asturias	4,1	12,8	-6,0	-0,2	-5,7	-8,8	0,8	7,1	3,4	1,1	1,0	4,4	7,7
Baleares	1,1	6,9	14,6	-9,2	-20,9	-3,3	3,7	7,9	0,7	2,8	1,5	5,6	7,3
Canarias	7,0	3,9	-7,3	-8,2	-10,8	-0,8	1,7	5,5	1,2	0,0	3,5	4,8	9,8
Cantabria	-11,3	4,3	3,3	-13,7	33,2	-24,2	0,7	4,1	2,4	-1,0	3,7	8,5	7,0
Castilla y León	12,4	-2,0	0,4	-10,6	1,8	-2,4	-5,8	14,7	1,6	1,3	1,9	4,6	12,5
Castilla-La Mancha	6,4	9,2	-1,5	-7,6	-17,7	-4,9	1,3	7,4	0,8	2,5	3,3	3,7	12,9
Cataluña	3,7	5,9	-0,7	-8,6	-8,4	-3,0	0,1	7,5	2,3	0,5	1,1	5,1	16,5
Valencia	3,5	10,0	0,6	-6,1	-12,3	-6,8	4,7	10,0	1,5	0,5	1,7	4,0	7,9
Extremadura	3,9	5,2	-3,1	-5,5	-10,2	-1,9	3,5	4,3	3,3	0,4	0,5	2,7	5,9
Galicia	5,4	6,8	-4,9	-9,7	-5,9	-0,1	0,5	8,3	2,1	-0,3	1,4	4,4	8,9
Madrid	3,3	7,1	-10,5	10,4	-11,4	-4,3	0,7	7,0	-1,4	0,4	0,3	4,5	11,6
Murcia	14,5	5,0	-3,1	-2,3	-9,1	-2,5	-0,5	4,5	1,6	1,0	0,1	3,8	8,3
Navarra	4,4	8,7	-3,3	-4,7	-9,3	-3,9	2,7	5,7	2,2	2,3	1,1	1,9	9,9
País Vasco	5,5	7,7	-2,0	-4,3	-5,4	-2,5	1,4	3,6	2,4	0,5	0,8	6,1	4,3
La Rioja	-20,3	-0,6	-2,1	-4,4	-11,2	-1,3	2,1	4,5	1,0	-0,3	2,2	3,2	4,8

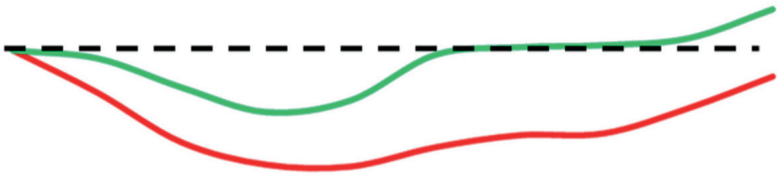
Fuente: Estadistica Gasto Sanitario Público y elaboración propia EFERRERI

Particularmente relevante resulta el caso de la atención primaria, muy presente en la conciencia colectiva del país en estos días. Entre 2011 y 2019, el gasto público por habitante en atención primaria creció en Andalucía el 1,43 %, a partir de 209 euros por habitante en 2011, y en la Comunidad Valenciana el 19,25%, a partir de 187 euros por habitante en 2011. Esta última con dos periodos diferenciados: una disminución del gasto por habitante entre 2011 y 2015 del 10,16 % y aumento entre 2015 y 2019 del 32,73 %. En el mismo período, Andalucía, con un incremento del 43,7 % recuperó y superó el nivel de gasto de 2011.

En Cataluña, entre 2011 y 2019, el gasto público por habitante en Atención Primaria creció el 3,57%, partiendo de 187 euros en 2011, el nivel más bajo entre las CCAA; en el mismo año en Extremadura se situó en 272 euros por habitante. La Comunidad de Madrid entre 2011 y 2019 experimenta una reducción del 1,95%. Ambas comunidades autónomas, que ya partían por debajo de la media nacional

en 2011, en 2019 seguían en la misma situación, situándose un 3,8 % y un 28,4 %, respectivamente, por debajo de la media nacional: 211 €/habitante[8].

Evolución del gasto por habitante en atención primaria i en atención hospitalaria
2010=100 (euros valor constante 2020)



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019(*)
Atenció Primaria	100,00	92,49	83,62	79,65	79,32	82,73	84,89	85,23	89,70	95,35
Atenció Hospitalaria	100,00	98,60	93,35	88,95	91,04	99,23	100,60	100,96	102,19	107,41

G2_A-AHP\egspt_AP_AH_GSP_Hb Fuente: egspt y elaboración propia EFERRERI

El gasto sanitario por habitante en Atención Primaria (AP) tiene una relevancia especial por varios motivos. En primer lugar, por ser el nivel que más impacto tiene en la salud comunitaria y el más próximo a los efectos de los determinantes sociales de la salud. En 2008, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, dirigida por Michel Marmot, estableció que las desigualdades en salud "son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas".

En segundo lugar, por constituir el acceso básico al SNS. Y por último, por ser el sujeto del cambio de paradigma asistencial para transitar desde la centralidad solo en la cura a la incorporación de la prevención y de promoción de la salud, asegurando que la atención primaria, la atención hospitalaria y la sociosanitaria debería actuar como un sistema integral de atención a lo largo de la vida.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

El gasto sanitario por habitante en Atención Hospitalaria confirma una tendencia en sentido contrario al cambio de paradigma sanitario. Por ejemplo, entre 2011 y 2019 en Madrid crece el 2,1 %, frente a una disminución del 1,9 % en Atención Primaria. En Andalucía crece el 5,9 % frente al un crecimiento del 1,4 % en Atención Primaria. En Cataluña aumenta el 14,2 % frente al 3,6 en Atención Primaria. Valencia ha evolucionado en el sentido del cambio de paradigma, con un aumento del gasto por habitante en Atención Hospitalaria del 5,9 % frente a un aumento del 19,2 en Atención Primaria.

8 Ídem.

LOS PROFESIONALES

Sin embargo, esta importancia central de la atención primaria como base del sistema no se ha correspondido con una dotación suficiente para mantener su capacidad asistencial, no solo en términos meramente presupuestarios, sino también en términos de personal sanitario. Nuevamente, con diferencias perceptibles entre comunidades autónomas en parámetros básicos del sistema.

Si atendemos, por ejemplo, a la dotación de personal, en 2019, el número de médicos en atención primaria por cada 1.000 habitantes era de 0,79 en la Comunidad Valenciana (de nuevo, con un fuerte contraste entre el crecimiento nulo de 2011 a 2015 y el crecimiento del 7,04% entre 2015 y 2019), 0,76 en Andalucía (+7,04%); 0,77 en Cataluña (+5,48%), y de tan solo 0,68 en la Comunidad de Madrid, fruto de una disminución del 1,45%, según Indicadores Clave del SNS[9].

La media nacional en ese año fue de 0,77 médicos por cada 1000 habitantes. Si consideramos los profesionales de enfermería, se observan crecimientos en todas las CCAA de estudio, con un crecimiento modesto en Andalucía (de 0,59 en 2011 a 0,60 en 2019) y más pronunciados en Comunidad Valenciana (0,57 a 0,63) y Cataluña (0,68 a 0,72); frente a una disminución en la Comunidad de Madrid (0,52 a 0,50), que se colocó en 2019 muy debajo de la media nacional (0,67) y a la cola de todo el país[10].

Los datos oficiales muestran también un claro trasvase de la atención sanitaria desde los centros de atención primaria a los hospitales, fruto de la merma en su capacidad asistencial. Así, entre 2011 y 2019 la frecuentación en consulta de atención primaria disminuyó en la Comunidad Valenciana un 2,11%, en Cataluña un 4,71%, en Andalucía un 8,19% y hasta un 18,2% en la Comunidad de Madrid[11]. Por contra, las consultas en atención hospitalaria reflejan un incremento del 10,64% en Cataluña, 16,09% en Comunidad Valenciana, 25,65% en la Comunidad de Madrid y un 33,8% en Andalucía para el mismo periodo[12].

Estas cifras apuntan hacia un mayor recurso a las urgencias hospitalarias por parte de la población en la búsqueda de soluciones ante el declive de la capacidad asistencia de la atención primaria, una realidad en todo el país, si bien con notables diferencias territoriales.

LA CONCERTACIÓN

En cuanto al gasto en conciertos, nuevamente los indicadores muestran un grado de dispersión notable. Así, el gasto varía entre los 133 euros por habitante de la Comunidad de Madrid y los 113,9 de Cataluña, por una parte, y los 59,2 euros de Valencia y los 52,4 euros de Andalucía de acuerdo a la Estadística de Gasto Sanitario Público. Esta diferencia se refleja en el peso relativo del gasto en conciertos sobre el total: representa el 23,89% del total en Cataluña y el 10,28% en la Comunidad de Madrid, comparado con el 4,15% de Andalucía y el 4,08% en la Comunidad Valenciana; siendo Cataluña (+0,67%) y la Comunidad de Madrid (+24,91%) las únicas de las CCAA de estudio en las que este peso ha crecido desde 2011[13].

9 Ministerio de Sanidad (2023). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Personal médico en atención primaria por 1000 personas asignadas, http://inclasns.msssi.es/main.html#table-737541

10 Ministerio de Sanidad (2023). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas, http://inclasns.msssi.es/main.html

11 Ministerio de Sanidad (2023). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año, http://inclasns.msssi.es/main.html

12 Ministerio de Sanidad (2023). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 hab./año, http://inclasns.msssi.es/main.html

13 Ministerio de Sanidad (2023). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Porcentaje del gasto dedicado a conciertos, http://inclasns.msssi.es/main.html

La concertación en la sanidad pública, en tanto que forma de gestión público-privada, requiere una adecuada regulación de los sistemas de control y seguimiento, de transparencia y las formas de evaluación de los resultados de la gestión. Y en algunos casos se puede cuestionar su oportunidad, como es el caso de algunos hospitales de Madrid gestionado por fondos de inversión con cotización en las bolsas internacionales.

En el caso de Andalucía, el apoyo con decisiones institucionales a la sanidad privada se ha concretado, entre otras medidas, con la decisión de eliminar el concepto de dedicación exclusiva en la sanidad andaluza, favoreciendo la compatibilidad del ejercicio profesional en la sanidad pública privada, al tiempo que también, se puede señalar que presupuestos del Servicio Andaluz de Salud para conciertos con la sanidad privada han tenido un incremento del 36% desde que el Partido Popular gobierna en Andalucía, a partir de 2019 y hasta ahora, incluyendo el presupuesto de 2023. Véase último presupuesto del Gobierno socialista del 2018 y el último aprobado para 2023 por el actual Gobierno andaluz del Partido Popular.

PRESUPUESTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCIA			
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD			
PROGRAMA: ATENCIÓN SANITARIA			
CONCIERTOS CON ENTIDADES EXTERNAS		2018	2023
252	**Conciertos con entidades privadas**	**161.152.966**	**212.833.421**
253	**Servicos de dialisis**	**60.727.131**	**76.051.007**
253.02	Club dialisis	51.952.305	62.328.250
253.03	Hemodialisis en centros satélites	1.251.488	2.500.000
253.04	Otras dialisis	7.523.338	11.222.757
254	**Asistencia concertada con especialistas**	**39.272.414**	**59.664.661**
254.02	Oxigenoterapia y otras terapis vias respiratórias	26.718.624	38.645.172
254.03	Terápias quirurgicas	10.225.644	14.915.013
254.04	Terápias oncológicas	1.659.720	5.823.218
254.05	Rehabilitación	668.426	281.258
255	**Otros servicios de asistencia sanitaria**	**1.175.478**	**6.334.768**
255.01	Asistencia sanitaria por sentencia	90.982	
255.02	Otros servicios sanitarios no concertados	1.084.496	
256	**Servicios de carácter diagnóstico**	**17.755.762**	**33.291.390**
256.01	Tomografia axial computerizada	2.348.386	8.187.634
256.02	Resonancia nuclear magnética	13.492.111	21.545.075
256.09	Otros medios de diagnóstico	1.915.265	3.558.681
257	**Transporte sanitario**	**130.022.760**	**169.866.728**
257.01	Transporte en ambulacias asistidas (UVI móbiles)		10.000.000
257.05	Transporte sanitario urgente	38.808.194	52.247.052
257.06	Transporte saniatrio programado	48.473.482	55.779.022
257.07	Otros transportes sanitarios	42.741.084	51.840.654
	TOTAL	**410.106.511**	**558.041.975**
	TOTAL CAPITULO 2	**2.445.503.152**	**3.984.462.833**

Los datos disponibles en relación con el incremento de pólizas de seguros sanitarios privados en Andalucía, tras la llegada al Gobierno del Partido Popular, muestra una subida desde los 1.523.469 asegurados de 2018 a los 1.756.661 asegurados de 2021, según los últimos datos publicados por la Fundación IDIS. Supone un incremento de aproximadamente un 15%.

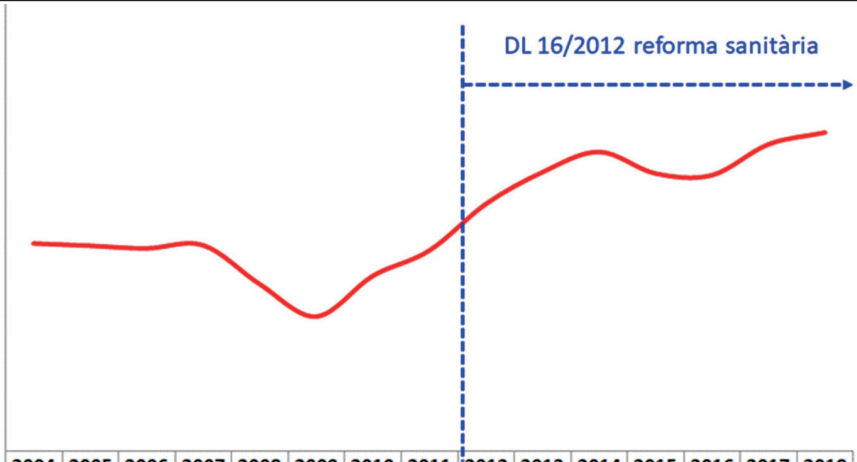
De esta forma se observa cómo el avance de la sanidad privada en España ha ido creciendo paulatinamente en los últimos años, si bien con notables diferencias entre territorios, con Cataluña y la Comunidad de Madrid como principales exponentes de este fenómeno en España. El apoyo a la sanidad privada por parte de gobiernos autonómicos (con decisiones recientes como la eliminación del concepto de dedicación exclusiva en la sanidad andaluza) ha favorecido también el crecimiento continuo del sector sanitario privado.

EL AVANCE DE LA SANIDAD PRIVADA EN ESPAÑA

La privatización de la sanidad es una de las consecuencias más relevantes de las políticas de ajuste fiscal, de la reducción del gasto público en sanidad, y del RDL 16/2012. Según datos de Indicadores Claves del SNS, entre 2011 y 2019 el gasto sanitario privado creció el 27,95%, llegando hasta los 858 € por habitante/año, una tercera parte del total de gasto sanitario por habitante en España.

En palabras de Joseph E. Stiglitz *"los recortes descerebrados del sector público nos han dejado sin protección ante el infortunio"*[14]; es decir, la sociedad de la privatización del riesgo ante las incidencias vitales. Una sociedad en la que nadie depende de nadie. Basada en que *"la salud es un bien privado que depende de uno mismo, no del Estado"*[15] y, por lo tanto, no existe un derecho a la salud, porque esta

Porcentaje del gasto sanitario privado por habitante sobre el gasto sanitario total



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sanidad privada	31,79	31,71	31,63	31,73	30,46	29,41	30,73	31,56	33,08	34,11	34,77	34,07	34,01	35,02	35,40

G1 Sanidad Privada. Fuente: MSSSI inclasns

14 El País, 5 de abril de 2020

15 2011, Boi Ruiz, conseller de Salut de la Generalitat. 24 de enero de 2011 entrevista en TV3: contratar seguros privados de salud tiene efectos positivos para el sistema público, ya que permite repartir el presupuesto público un número más reducido de ciudadanos. También 25 de octubre de 2011 en Agencia EFE y Ara.cat.

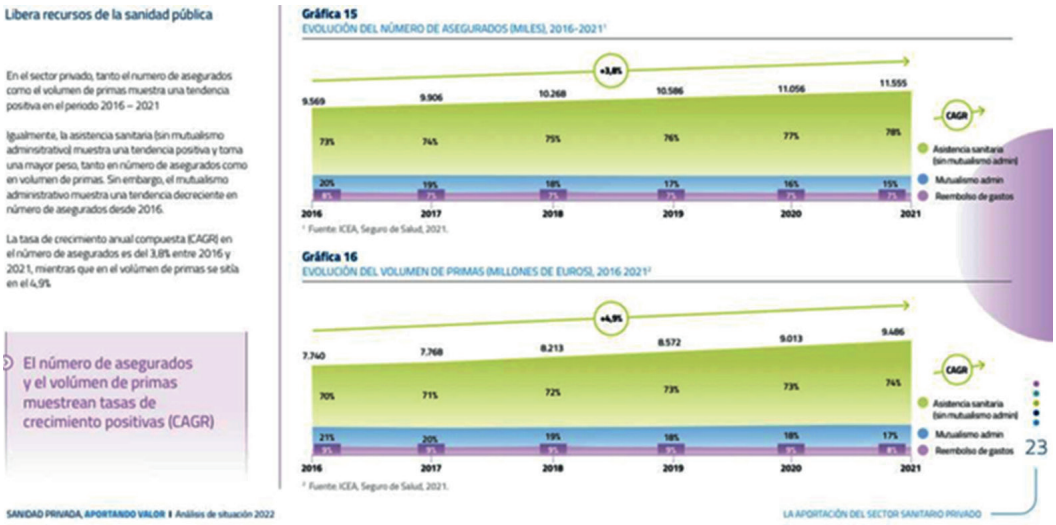
depende del código genético que tenga la persona. Con lo que la sanidad pública se sitúa en un plano benéfico.

La aplicación de estas políticas incentiva la privatización de la sanidad, un crecimiento de la sanidad privada superior al ritmo de crecimiento de la sanidad pública, con el consiguiente desplazamiento de la población hacia lo privado en la búsqueda de soluciones a sus necesidades

En este sentido, puede utilizarse como métrica un determinante básico en las decisiones de los ciudadanos, como son los tiempos de espera, nuevamente con notables diferencias a nivel territorial. Si, por ejemplo, comparamos el porcentaje de pacientes con citas a más de 60 días en atención especializada en 2019, vemos una horquilla que abarca desde el 20,5% de Andalucía hasta el 60,2% de la Comunidad de Madrid, con la Comunidad Valenciana (32,9%) y Cataluña (37,5%) en valores intermedios y por debajo de la media nacional (49,1%)[16]. La falta de series históricas consolidadas impide verificar el grado de variación a lo largo de la década de este importante factor, pero nos muestra en cualquier caso importantes porcentajes de la población en largas listas de espera para ser atendidos por especialistas en cardiología, digestivo o traumatología.

Asimismo, los datos de UNESPA[17] sobre la capilaridad del seguro médico privado, en porcentaje de la población, reflejan la diferente incidencia de la privatización hasta 2019: mientras que la Comunidad Valenciana y Andalucía muestran porcentajes del 16,9% y el 19,5% respectivamente, Cataluña y la Comunidad de Madrid alcanzan niveles del 31,36% y del 34,8%, sobre una media nacional del 22,4%. Si atendemos a datos más recientes a nivel nacional, aportados por la Fundación IDIS[18], en España se alcanza ya un total de 11 millones de asegurados. Esto supone un incremento del 47% desde los 7,5 millones de asegurados de 2011 hasta diciembre de 2021.

Evolución del número de asegurados y del volumen de primas



16 Ministerio de Sanidad (2019). Sistema de Información de Listas de Espera. Informe 2019 https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEsperaInfAnt.htm

17 Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (2019). El seguro de salud ene 2019, https://www.unespa.es/main-files/uploads/2020/06/1.4.-El-seguro-de-salud-FINAL.pdf

18 Fundación IDIS (2022). Informe nº 12: Sanidad privada, aportando valor, https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/informe_sanidad_privada_aportando_valor_2022.pdf

La aportación del sector sanitario privado

CONCLUSIÓN: POR UNA MAYOR COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El análisis de la evidencia disponible pone de manifiesto la necesidad de una nueva visión de la sanidad que aborde las disfunciones del Sistema Nacional de Salud que la pandemia y la actualidad presente han puesto de manifiesto y que se han colocado ya en lo más alto de las preocupaciones de los ciudadanos. Tras años de recortes presupuestarios e inestabilidad de las plantillas profesionales, las costuras del sistema comienzan a saltar en forma de movilizaciones masivas en defensa de la sanidad pública que denuncian estas cuestiones y reclaman solución.

El creciente tensionamiento de la atención primaria, base del sistema, el aumento de las listas de espera y el creciente protagonismo de la sanidad privada en la cobertura sanitaria de la población son algunas de las dinámicas actuales que exigen respuesta. Una respuesta que sería conveniente que incidiera en minimizar las desigualdades económicas y territoriales en los niveles de protección de la salud de la población y en reforzar estructuralmente el buen gobierno o gobernanza del sistema para facilitar el desarrollo de unas políticas públicas de salud más eficaces y eficientes que aborden de forma integrada las necesidades de protección de la salud de la población.

En ese objetivo debe encuadrarse la inversión de 1000 millones de euros de en atención primaria recogida en los Presupuestos Generales del Estado para 2022 y 2023. Una inversión dedicada, dentro del reparto competencial existente, a mejorar las infraestructuras de atención primaria (equipos de diagnóstico, consultorios, centros de salud…), que se suma a la inversión prevista en el llamado Plan de Inversiones en Equipos de Alta Tecnología (INVEAT) para atención hospitalaria. Como también debe encuadrarse en este objetivo el incremento de las plazas públicas de las universidades españolas, el aumento de un 40% de la Formación Sanitaria Especializada y, más específicamente, de un 36% de la de Medicina Familiar y Comunitaria, el crecimiento en un 180% de las plazas ofertadas en enfermería, la homologación de títulos y el plan de estabilización de la carrera de hasta 67.000 profesionales sanitarios. El PERTE para salud de vanguardia o la Estrategia de Salud Digital completan el cuadro de

una apuesta decidida desde el gobierno central por recomponer la sanidad pública tras largos años de deterioro y de adaptar sus estructuras y recursos a la realidad digital y poblacional actual y futura.

Sin embargo, en un sistema en el que el 93% del gasto público es ejecutado por las comunidades autónomas, resulta imperioso contar con su concurso en la consecución de un objetivo compartido. Los efectos negativos que sobre el sistema sanitario han tenido las políticas de ajuste fiscal y la desregulación laboral y sanitaria han terminado provocando un balance que permite inferir rasgos comunes, aunque muy acentuados, en según qué territorios. La reducción de recursos materiales y humanos, con la consiguiente reducción de eficiencia y eficacia, crecimiento de las listas de espera y el incipiente trasvase de pacientes a la atención privada, son realidades comunes a casi todas las comunidades autónomas, aunque con notables diferencias entre territorios como la Comunidad Valenciana o la Comunidad de Madrid.

Para garantizar que se minimizan las desigualdades territoriales en salud sin dejar a nadie atrás y para reforzar estructuralmente el buen gobierno o gobernanza y la legitimidad de nuestro sistema sanitario público, como se establece en el Proyecto de Ley de 24 de junio de 2022 por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, es necesario convertir el Consejo Interterritorial en órgano de cogobernanza de la salud y la sanidad pública en el sentido federal y la creación de la Agencia de Salud Pública

Para recuperar la sanidad pública, resulta necesaria una respuesta que priorice la estabilidad y suficiencia de las plantillas profesionales, distribuyendo homogéneamente por el territorio los especialistas médicos necesarios para que el Sistema Nacional de Salud recupere las cuotas de calidad y cohesión perdidas y avance más allá en ambos criterios. La sanidad está en el frontispicio de la acción de gobierno ante los ciudadanos, y estos reclaman desde hace años una acción coordinada de las comunidades autónomas y el gobierno central para alumbrar un sistema cohesionado. Un sistema que asegure la calidad, la garantía de niveles de acceso y atención más igualitarios entre las diferentes comunidades autónomas, y que disponga de sistemas de información suficientes para evaluar el desempeño.

La suficiencia financiera es una condición básica para la recuperación del Sistema Nacional de Sanidad, aunque como hemos visto no es condición suficiente. Es necesario activar los mecanismos oportunos para hacer efectiva la capacidad financiera.

% s/PIB de 2020	España	Zona euro
Ingreso fiscal total	37,5	41,4
Gasto público	51,9	53,5
Sanidad publica	7,6	8,2
Font: eurostat		

Desde esta perspectiva, los gobiernos autonómicos deben ejercer la capacidad fiscal de los impuestos cedidos para contribuir al sostenimiento de los servicios públicos fundamentales e impulsar unas políticas económicas y fiscales acordes a las necesidades la ciudadanía. Resulta obvio que una política fiscal que no permite sostener adecuadamente el Estado de bienestar no es aceptable en el conjunto de la sociedad española. La calidad de la asistencia sanitaria pública no puede depender del código postal de cada ciudadano, en la medida en que la atención sanitaria pública bajo criterios de calidad, equidad y acceso adecuado es un derecho constitucional. Para recuperar la sanidad pública debemos mejorar la gobernanza de su descentralización.

Resulta, pues, necesario un nuevo enfoque de cambios para fortalecer al SNS y para ello cabe tener en cuenta las conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados que, por una amplísima mayoría, propugnó un Pacto Social por la Sanidad Pública y un nuevo sistema de gobernanza basado en la cooperación coordinada entre el Estado y las comunidades autónomas, y de estas entre sí. El modelo de cogobernanza ensayado durante la pandemia demuestra que es posible, que una descentralización coordinada es capaz de vacunar a 47 millones de personas en tiempo récord a nivel mundial. Pero para ello debemos llegar a la constatación compartida de que la sanidad pública es un bien preciado que no podemos seguir socavando.

Albert Camus escribió que *"La peste tiene alguna acción benéfica: abre los ojos y hace pensar"*[19]. La sacudida que supuso la pandemia de la covid-19, que tensionó nuestro sistema de salud hasta extremos inimaginables apenas unos meses antes, nos invita a repensar la acción en materia sanitaria seguida durante la pasada década y aprender de los errores cometidos. Cuando en 2019 comenzaron las primeras noticias sobre lo que ocurría en China, nuestro sistema sanitario ya sufría las consecuencias de años de socavamiento de los recursos que precisaba para funcionar de manera correcta y cumplir sus fines.

Nuncio Ordine decía, citando a Séneca: *"la humanidad es como una cúpula donde, si quitas un solo ladrillo, todos los demás ladrillos caen"*[20]. La sanidad pública es, junto a la educación y las políticas sociales, el ladrillo más importante del Estado del bienestar. Que no caiga depende, en buena medida, de nuestra vida en comunidad.

19 Albert Camus (1947: "La peste" y Salvador Illa (2022) "El año de la crisis", páginas 295 y siguientes.
20 Nuncio Ordine: Entrevista. El País Semanal, 9 de octubre de 2022