

**ESADE**

RAMON LLULL UNIVERSITY

ESADEgov

INSTITUTE FOR  
HEALTHCARE MANAGEMENT

ANTARES  
*consulting*



# FUNDING THE GAP

---

**EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO:**

**¿será posible financiar el sistema y reducir las desigualdades en salud?**

**INSTITUTE FOR HEALTHCARE MANAGEMENT, ESADE**

Manel Peiró  
Francesc Xavier Mena  
Francisco Longo

**ANTARES CONSULTING**

Joan Barrubés  
David Roé  
Eduard Portella



# CONTENIDO

## RESUMEN EJECUTIVO

P 04

---

## LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

P 06

---

## DESIGUALDAD Y SISTEMA SANITARIO: UN DEBATE DEL QUE NO SE HABLA

P 24

---

## EL IMPACTO DE LA CRISIS EN EL SISTEMA SANITARIO

P 28

---

## LA PROYECCIÓN DEL GASTO SANITARIO A LARGO PLAZO EN ESPAÑA: *FUNDING THE GAP*

P 40

---

## ANEXOS

P 46

---

**ESADE**

RAMON LLULL UNIVERSITY

ESADEgov

INSTITUTE FOR  
HEALTHCARE MANAGEMENT

Institute for Healthcare Management,  
ESADE

Manel Peiró  
Francesc Xavier Mena  
Francisco Longo

**ANTARES**  
consulting 

Antares Consulting

Joan Barrubés  
David Roé  
Eduard Portella

# RESUMEN EJECUTIVO

La universalización de los sistemas sanitarios ha aportado una mejora significativa del estado de salud y ha contribuido a reducir las desigualdades sociales en los países desarrollados. La estructuración de los sistemas de salud de alcance universal ha sido uno de los avances sociales más significativos y más apreciados por los ciudadanos de los países de nuestro entorno social, cultural y económico. También es un rasgo común a todos ellos la gran confianza y buena valoración de la población en relación con su sistema de salud, sus profesionales y sus instituciones sanitarias.

La mejora significativa del estado de salud en general, y de la esperanza de vida en particular, es uno de los grandes avances de nuestra época, con una contribución importante (pero no exclusiva) de los sistemas sanitarios. Esta mejora se podría resumir en un dato impactante: durante el siglo XX la esperanza de vida en los países desarrollados se incrementó 3 meses por año (o 2,5 años por década). Este fenómeno se atribuye a múltiples factores, entre los que destacan la disminución de la mortalidad en las edades medias de la vida que se produjo en la primera mitad del siglo y la disminución de la mortalidad en las edades más avanzadas que ha predominado desde la década de 1970.

Este éxito, sin embargo, ha tenido un coste significativo que preocupa a todos los gobiernos y a los responsables de los sistemas de salud. En las últimas décadas estamos asistiendo a un debate de fondo sobre la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios. Este debate, a pesar de ser importante y necesario, a menudo se ha realizado obviando los beneficios aportados por el sistema sanitario: la mejora de la salud (tanto en esperanza de vida como en calidad de vida), la creación de riqueza y de nuevos conocimientos y desarrollos en medicina o la creación de puestos de trabajo.

Tampoco se ha puesto la misma atención sobre la cuestión de la desigualdad, donde, a pesar de la universalización y los grandes avances, existen importantes puntos de mejora en España: tiempos de acceso a especialista con seguro privado, el efecto de los (no) copagos o la elevada variabilidad entre autonomías de la financiación del gasto sanitario público, por citar algunos casos. Es, pues, un debate, cuando menos, sesgado, y en cualquier caso el desarrollo de los sistemas sanitarios es más bien una historia de éxito y no de fracaso como parece inducir el debate sobre la sostenibilidad económica del sistema.

Este debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario se ha visto indudablemente agravado por la reciente crisis económica sufrida en los países desarrollados, que ha introducido dos elementos importantes a tener en cuenta en el caso de España:

- 1 Un elevado déficit y deuda públicos que han obligado a reducir el gasto sanitario. Como esta reducción no se ha llevado a cabo de forma adecuada y las causas profundas del incremento del gasto no se han abordado ni reformado, los elementos sobre los que se ha actuado volverán a presionar para recuperarse rápidamente. Estos elementos son, principalmente, los salarios de los profesionales (el gasto salarial se ha reducido más del 10% desde 2009), las inversiones (el 28% del equipamiento tecnológico en los hospitales españoles supera ya los diez años) y los precios de los fármacos (el gasto en farmacia se ha reducido un 22%).
- 2 Un empobrecimiento de la sociedad, que incrementa el riesgo de desigualdades en salud. Como se ha demostrado en diversos estudios, las situaciones de pobreza generan condiciones de peor educación, alimentación y conocimiento y acceso al sistema, y menor capacidad de seguir los consejos de los profesionales sanitarios.

Esta crisis económica, originada en el sector financiero e inmobiliario, ha acabado afectando profundamente al sistema sanitario y, de forma especial también, al riesgo de desigualdad. En los próximos diez años el sistema sanitario español necesitará entre 30.000 y 50.000 millones de euros adicionales. Esto supondrá, en el peor escenario, prácticamente doblar el gasto sanitario público actual. Y esto plantea diversas preguntas:

### ¿Podremos afrontar la factura?

Si solo lo miramos desde la óptica financiera, se está imponiendo la visión de que no podremos asumirla. Sin embargo, quizá deberíamos analizar esta cuestión desde una perspectiva más amplia para poder contestar con mayor criterio a esta pregunta.

### ¿Sabemos lo que hay que hacer para afrontar este escenario?

Parece que sí. En los últimos años se han multiplicado los informes y estudios publicados sobre los cambios y/o reformas a introducir en el sistema sanitario. Y entre ellos existe un mínimo común denominador de medidas a adoptar que supone una sólida base para iniciar dichos cambios.

### Entonces, ¿por qué no se hace?

Afrontar este escenario requiere un clima de discusión sosegado y abierto que permita entrar a fondo en aspectos ciertamente complejos y que no permiten respuestas sencillas. Y esto requiere una gran responsabilidad de todos los actores involucrados (profesionales sanitarios, gestores, políticos, agentes sociales y sociedad) para analizar la situación y transmitir los mensajes de forma clara, aunque sin caer en desatinadas simplificaciones, a menudo más ideológicas que técnicas, que acaban por no abordar los problemas reales y por no aportar las soluciones necesarias.

# LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA



## LA CONTRIBUCIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS A LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD

La esperanza de vida de las personas que viven en los países desarrollados se incrementa a un ritmo de 3 meses por año. Los avances científicos y la innovación médica han contribuido decisivamente a la mejora de la salud de la población, aunque no son los únicos factores que la explican.

Uno de los principales pilares del estado del bienestar de un país lo constituye la salud, necesidad básica e ineludible del ser humano que constituye un derecho fundamental. Para su logro, se requiere una planificación y asignación eficiente y eficaz de los recursos económicos necesarios (recursos económicos susceptibles de un uso social alternativo) para alcanzar los niveles de salud demandados por la sociedad, lo que implica el desarrollo de un sistema de salud.

Aunque sean diferentes en cada país, la estructuración de los sistemas de salud de alcance universal es uno de los avances sociales más significativos y más apreciados por los ciudadanos de los países de nuestro entorno social, cultural y económico. También es un rasgo común a todos ellos la gran confianza y buena valoración de la población en relación con su sistema de salud, sus profesionales y sus instituciones sanitarias. La contribución de los sistemas sanitarios a la mejora de la salud de la población es evidente, aunque también cabe señalar que es ciertamente limitada: de acuerdo con la clásica descripción de Dever, el sistema sanitario influye en aproximadamente un 11% sobre el estado de salud, mientras que otros factores como la carga genética (biología humana), los estilos de vida y el medio ambiente (entorno) influyen en un 89%.

Utilizando la mortalidad evitable como un indicador de la calidad asistencial y de la prevención primaria y secundaria (este indicador está considerado como una buena herramienta para la vigilancia de la salud y la calidad y accesibilidad a los servicios sanitarios e incorpora el concepto de muertes innecesarias, evitables o prevenibles y/o con diagnóstico y tratamiento de eficacia probada), se observa que dicha mortalidad ha tenido un descenso más rápido que el resto de causas de muerte en España, lo cual estaría relacionado con la mejora de la provisión de atención sanitaria.

En las últimas décadas han ido disminuyendo las tasas de mortalidad general y prematura y otros indicadores de efectividad como la esperanza de vida han aumentado de manera constante. Todas las comunidades autónomas han incrementado los indicadores de productividad de los servicios, lo que permite afirmar que la actividad de los servicios sanitarios está teniendo un efecto favorable para la salud.

Figura 1. Evolución indicadores de salud. España, 1930, 1975, 2005 y 2013

INDICADOR (* por 100.000 habitantes)	1930	1975	2005	2013
Esperanza de vida	49,97	73,26	80,44	82,84
Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	117,1	18,88	4,38	3,1
Mortalidad materna	n.a.	21,66	3,86	n.a.
Mortalidad por cardiopatía isquémica*	n.a.	169,37	56,31	n.a.
Mortalidad por AVC*	n.a.	165,35	45,7	n.a.
Mortalidad por cáncer*	n.a.	169,11	159,73	n.a.

Fuentes: Elaboración propia a partir de Revista Española de Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, CaixaBank Research, Banco Mundial, INE.

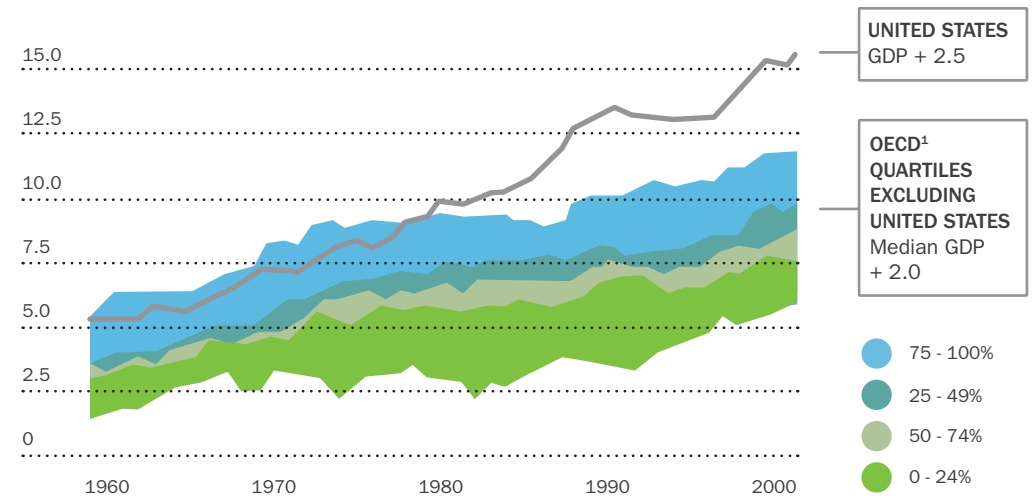
Esta mejora del estado de salud se ha producido en todos los niveles socioeconómicos de la población. Puesto que el estado de salud se distribuye de forma desigual entre la población, con peores indicadores de salud entre los niveles socioeconómicos más desfavorecidos, se puede afirmar claramente que la mejora en la accesibilidad a los servicios sanitarios y su universalización han tenido y tienen un papel determinante en términos redistributivos.

## LA SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA: UN DEBATE IMPORTANTE ABORDADO PERO DE FORMA PARCIAL

Desde 1960, en los países de la OCDE el gasto sanitario ha crecido por encima del PIB. En los últimos quince años, dichos países han tenido un crecimiento anual del PIB de un 2,6%, mientras que en el mismo periodo el crecimiento del gasto sanitario ha alcanzado un 3,9% anual. En España, el gasto sanitario creció a una media anual del 8% entre 1995 y 2008 año en que estalla la crisis. Estos datos y su proyección futura están en la base de la preocupación por la capacidad de sostener financieramente el sistema sanitario público a largo plazo.

La evidencia muestra que el gasto en salud crece a medida que los países se desarrollan, si bien a un ritmo mayor que el crecimiento de su PIB (de media, 2 puntos por encima del PIB en los países de la OCDE). En consecuencia, el porcentaje del PIB destinado a sufragar el gasto sanitario se incrementa año tras año, lo que provoca el debate sobre la sostenibilidad financiera a medio y largo plazo de los sistemas de salud.

Figura 2. Evolución del porcentaje del PIB destinado a la salud en los países de la OCDE. 1960-2005



Fuentes: Drouin, J.P, Hediger, V. y Henke, N. "Health care costs: A market-based view". The McKinsey Quarterly. Septiembre de 2008.

1. Organisation for Economic Co-operation and Development; data reflect fluctuating number of number of member countries- eg, 13 countries in 1960, 30 in 2004.



El debate macroeconómico sobre la sostenibilidad del sistema sanitario plantea la cuestión de cuánto gasto público se puede (criterio de disponibilidad de recursos) o debe (criterios de necesidad) asignar al sistema sanitario dentro del conjunto del gasto público. Dado que el criterio de necesidad supera al criterio de disponibilidad de recursos, el debate sobre la sostenibilidad está servido. Y este debate se ha acentuado en un contexto de déficit público y elevado endeudamiento. Siendo esta una cuestión fundamental (la gestión eficiente del gasto público), el debate tiende a ser relativamente parcial, pues obvia otras cuestiones también fundamentales: las coberturas del sistema sanitario o la política fiscal que sustenta el gasto público, por ejemplo.

Es un debate parcial desde el punto de vista económico, puesto que generalmente hablamos solo del gasto sanitario cuando nos referimos a sostenibilidad. Y el gasto es solo uno de los factores que influyen en esta ecuación económica. Pocas veces se aborda la cuestión de los recursos destinados al sistema o ingresos (¿son suficientes?) y de las coberturas (¿son las adecuadas y necesarias?).

La insuficiencia de recursos sanitarios parece ser una constante. En los sistemas nacionales de salud, como en España, esa insuficiencia se evidencia a través de un gasto sanitario liquidado a fin de ejercicio tradicionalmente superior al gasto presupuestado. Y en los sistemas de seguridad social, la insuficiencia de recursos se expresa mediante un gasto sanitario superior a los ingresos por cotización al sistema sanitario. En el caso de España, entre 2007 y 2012 el gasto liquidado superó de media cada año un 7% al gasto sanitario público presupuestado.

Pero ¿esta insuficiencia es estructural? Si atendemos a los avances médicos y la innovación en tecnología sanitaria, frente a la rigidez de los componentes del gasto sanitario, se puede afirmar que la insuficiencia es estructural. Pero, en cambio, si se afronta desde el punto de vista de la asignación de prioridades de la población, ¿la respuesta también sería afirmativa?

Se trata también de un debate parcial porque la sostenibilidad del sistema no es una cuestión exclusivamente macroeconómica, sino que tiene que ir ligada a los resultados de salud que se hayan alcanzado. ¿Cuál es el coste de oportunidad de una sociedad con bajos niveles de salud? A pesar del problema evidente en cuanto a la futura sostenibilidad del sistema, la realidad es que este, hasta ahora, ha arrojado resultados positivos en cuanto a su objetivo principal, la mejora de la salud. A título de ejemplo, la esperanza de vida en el mundo pasó de 47 años en 1950 a 71 años en 2012. En el caso concreto de España, la evolución de los indicadores de salud entre 1930, 1975, 2005 y 2013 de la figura 1 son elocuentes.

Por todo ello, este debate, a pesar de ser necesario, no puede obviar los resultados que el propio sistema ha obtenido. No obstante, el debate debe tener en cuenta cómo y qué modelo puede aportar en el futuro unos resultados como mínimo iguales, teniendo en cuenta, además, el mantenimiento de una de sus aportaciones principales, la contribución del sistema sanitario a la igualdad social.

## ¿QUÉ SE ENTIENDE POR SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA?

Cuando se aborda el debate sobre la sostenibilidad económica del sistema sanitario, cabe preguntarse primero cómo se define el concepto de sostenibilidad. Existen dos formas de plantear esta cuestión:

- 1 En relación con la riqueza del país. En este sentido, suele medirse el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB como indicador de riqueza nacional. Este indicador da una idea de cuánto una sociedad está dispuesta a gastar en salud dentro del conjunto de sus necesidades y prioridades.
- 2 En relación con el déficit anual del sistema sanitario, es decir, la diferencia entre los ingresos del seguro público o el presupuesto del sistema nacional de salud (según el tipo de sistema sanitario) y los gastos incurridos en la atención sanitaria.

En relación con el primer indicador, la principal preocupación respecto al creciente peso relativo de la sanidad sobre la riqueza nacional reside en que este crecimiento (si es superior al crecimiento del PIB) se realiza necesariamente en detrimento de otras partidas de gasto público. Esta afirmación es cierta en términos relativos si utilizamos una base 100 de porcentajes. Sin embargo, en términos absolutos no es necesariamente cierta. Dado que el PIB también se incrementa (así ha sido en todos los países de la OCDE en los últimos 50 años), el aumento porcentual del gasto sanitario no se realiza reduciendo los recursos destinados a otras partidas del presupuesto público (educación, infraestructuras, etc.), pues todas se incrementan al crecer el PIB.

Cabe aquí fijar otro punto del debate: si la sostenibilidad del gasto sanitario se mide a través del peso relativo sobre el PIB, entonces algunas recomendaciones recurrentes para promover el gasto privado frente al gasto público no tienen mucho sentido. Si se aplicara esta vía, lo único que se conseguiría es un efecto de trasvase del gasto, pero en su esencia el gasto total seguiría siendo el mismo, y, por lo tanto, su peso relativo sobre la riqueza nacional seguiría siendo el mismo. Y el peligro de poner en riesgo otras prioridades de gasto (privado o público) seguiría manteniéndose. La colaboración privada puede tener un papel significativo, especialmente en términos de eficiencia del gasto, pero no en esta parte del debate (suficiencia o insuficiencia de recursos asignados al gasto sanitario).

El segundo enfoque para medir la (in)sostenibilidad del sistema sanitario consiste en analizar el déficit del sistema sanitario público. El déficit se expresa mediante la combinación de tres variables:

- Los ingresos (cuotas de la seguridad social) o recursos destinados (impuestos generales), según el modelo sanitario.
- Las coberturas (población protegida y servicios incluidos).
- El coste de la atención.

Sin embargo, este segundo enfoque tiende a centrar su atención casi exclusivamente en el tercer punto: el coste de la atención. Si bien es cierto que cualquier responsable del gasto público debe evaluar correctamente y preguntarse permanentemente sobre la eficiencia del gasto público, también es cierto que este enfoque no aborda el de los ingresos fiscales, que son la base para diseñar el presupuesto de gasto público (y en el caso de España este factor es extremadamente importante), ni el de las coberturas de la población (¿todo para todos es el sistema más equitativo?).



## LA CUESTIÓN FISCAL: UN FACTOR CLAVE EN LA SOSTENIBILIDAD

Como es sabido, la financiación del sistema sanitario proviene de los impuestos recaudados. Si se analiza la recaudación fiscal en España, se observa que, en comparación con nuestros socios europeos, cada año dejamos de recaudar entre 40.000 y 90.000 millones de euros.

En un estudio de 2014, Fedea estimaba que en España el fraude fiscal alcanza los 40.000 millones. Por otro lado, si se compara la presión fiscal (porcentaje de impuestos recaudados sobre el PIB) en España (37,1%) con la media de la Unión Europea (46,2%), se detecta una diferencia de nueve puntos del PIB. Es decir, el sistema fiscal español es mucho menos eficiente que la media de los países europeos, pues, pese a que los tipos máximos de IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades están entre los más elevados y por encima de la media europea, la recaudación obtenida es un 9,1% del PIB inferior a la media europea. Considerando que, en grandes líneas, el PIB español es de un billón de euros, este 9% de “no recaudación” ascendería a 90.000 millones y compensaría el déficit público de España, que en 2013 superó los 70.000 millones de euros para el conjunto de las administraciones públicas.

Figura 3. Tipos fiscales y recaudación. Zona euro 2014

#	IRPF		IVA		SOCIEDADES		INGRESOS (en % del PIB)	
1	Bélgica	53,7	Finlandia	24	Francia	31,6	Finlandia	54,4
2	Portugal	53	Grecia	23	Malta	35	Francia	51,8
3	<b>España</b>	<b>52</b>	Irlanda	23	Bélgica	34	Bélgica	51
4	Países Bajos	52	Portugal	23	Portugal	31,5	Austria	49,2
5	Finlandia	51,1	Italia	22	Italia	31,4	Italia	47,7
6	Francia	50,2	Bélgica	21	<b>España</b>	<b>30</b>	Países Bajos	46,4
7	Austria	50	<b>España</b>	<b>21</b>	Alemania	29,8	<b>Media zona euro</b>	<b>46,2</b>
8	Eslovenia	50	Letonia	21	Luxemburgo	29,2	Alemania	44,8
9	Alemania	47,5	Países Bajos	21	Grecia	26	Grecia	44,6
10	Italia	47,3	<b>Media zona euro</b>	<b>20,5</b>	<b>Media zona euro</b>	<b>25,3</b>	Eslovenia	44,2
11	Grecia	46	Austria	20	Austria	25	Luxemburgo	43,7
12	Luxemburgo	43,6	Eslovaquia	20	Países Bajos	25	Portugal	40,9
13	<b>Media zona euro</b>	<b>43,4</b>	Eslovenia	20	Finlandia	24,5	Malta	40
14	Irlanda	41	Estonia	20	Eslovaquia	23	Estonia	39,2
15	Chipre	38,5	Francia	19,6	Estonia	21	Chipre	39
16	Malta	35	Alemania	19	Eslovenia	17	<b>España</b>	<b>37,1</b>
17	Eslovaquia	25	Chipre	18	Letonia	15	Letonia	35,1
18	Letonia	24	Malta	18	Irlanda	12,5	Irlanda	34,5
19	Estonia	21	Luxemburgo	15	Chipre	10	Eslovaquia	33,2

Fuentes: Eurostat Statistical Books. Taxation trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland and Norway. 2015 Edition.

En conclusión, la cuestión sobre la sostenibilidad del sistema sanitario requiere una visión más global que abarque cuatro áreas:

- 1 En primer lugar, una reflexión colectiva sobre las prioridades del gasto público y el nivel de riqueza común (PIB) que la sociedad está dispuesta a dedicar a la salud.
- 2 En segundo lugar, una política fiscal eficaz que permita recaudar los recursos necesarios para financiar el conjunto del gasto público (y en particular el gasto sanitario). En este punto, existe un verdadero problema de insostenibilidad fiscal en España
- 3 En tercer lugar, es necesario ahondar en el debate sobre coberturas del sistema (centrándose en el coste-efectividad de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios más que en la población cubierta y obviando los debates estériles sobre turismo sanitario o inmigrantes).
- 4 Y, finalmente, y sin que ello signifique que sea menos importante, continuar con la única política que se ha impuesto hasta el momento: mejorar la gestión del coste de los procesos de asistencia sanitaria.

## LAS CAUSAS DEL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO

Existe un amplio consenso, basado en numerosos informes y artículos científicos, sobre las principales causas de crecimiento del gasto sanitario, que se resumen en:

### — La introducción de nuevas tecnologías sanitarias.

La tecnología sanitaria ha experimentado una evolución extraordinaria en las últimas décadas y ha contribuido de un modo determinante a la mejora de la salud de la población. Las nuevas tecnologías aportan más valor en salud, pero tienen un coste cada vez mayor. También se la considera una causa de incremento del gasto sanitario cuando va asociada a un uso inadecuado o cuando se produce un incremento en las indicaciones no adecuadas o una ampliación de la población diana de los tratamientos. Asimismo, se ha detectado la introducción de nuevas tecnologías con una limitada evidencia sobre su eficacia, a lo que debería añadirse un efecto bien conocido como es que las nuevas tecnologías no siempre sustituyen a las anteriores, sino que se añaden a ellas.

### — El incremento de la inflación sanitaria por encima de la inflación general.

Algunos estudios sostienen que esta es la segunda causa, en términos de importancia económica, del crecimiento del gasto sanitario. La inflación específica del sector sanitario incluye, como principales elementos, el precio de nuevos fármacos, prótesis, dispositivos tecnológicos o material sanitario, así como las retribuciones de los profesionales sanitarios. En los años anteriores a la crisis económica hemos asistido a un proceso de encarecimiento de los precios unitarios de las nuevas tecnologías sanitarias. Y como se verá en capítulos posteriores, una gran parte del ajuste del gasto sanitario se ha producido en esos componentes del gasto. Por lo tanto, no debería sorprender una presión alcista en los próximos años. La retribución de los profesionales sanitarios también incide de forma importante en la inflación sanitaria (no en vano, representa un 45% del gasto sanitario público). En este sentido, se ha producido un fenómeno similar al descrito anteriormente: en los años anteriores a la crisis las retribuciones de los profesionales sanitarios en el sector público se incrementaron por encima del IPC, pero sufrieron un fuerte retroceso durante la crisis. También es de esperar una recuperación en el medio plazo.



### — El incremento continuado de la demanda y utilización de servicios.

Aunque siempre se relaciona directamente con el envejecimiento de la población, el incremento de la utilización se explica por múltiples causas:

- Envejecimiento de la población. Está considerado como el factor más importante en todos los países desarrollados y en opinión de algunos autores puede ocasionar cerca del 20% del incremento del gasto sanitario. Las previsiones para Europa apuntan a que los mayores de 65 años constituirán el 24% de la población en 2030. En España se prevé que en 2049 el 31,9% de la población sea mayor de 65 años (en 2009 constituía el 16,8% de la población) y el 11,8%, mayor de 80 años (era el 4,9% en 2009).
- Incremento de enfermedades crónicas. La efectividad de los sistemas sanitarios y las condiciones de vida actuales han contribuido a la mejora de la salud de la población y el alargamiento de la esperanza de vida, pero también a la transformación de problemas agudos en crónicos. La enfermedad crónica ha pasado a ser el primer patrón de morbilidad e incluso de mortalidad en nuestras sociedades.
- Hábitos de vida poco saludables. Factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo o el tabaquismo contribuyen también a un mayor uso de los servicios sanitarios y, junto con la hipertensión y la hipercolesterolemia, explican una “epidemia de mortalidad cardiovascular prematura”. España se sitúa entre los países europeos con un mayor porcentaje de obesos entre su población, y diversos estudios evidencian el mayor gasto sanitario generado por este segmento de la población.
- Mayores expectativas de la población: el incremento relativo del concepto de calidad de vida y una menor tolerancia a la enfermedad, la medicalización de problemas que antes no eran considerados como sanitarios, las segundas opiniones médicas o la judicialización del ejercicio profesional y su impacto en las prácticas médicas conservadoras.

### — Las ineficiencias sistémicas en el modelo de atención sanitaria.

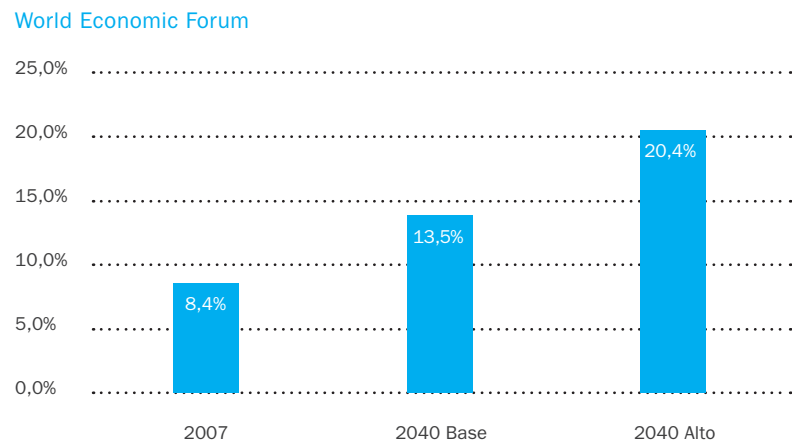
Diversos factores, en apariencia estructurales, inciden en la baja eficiencia de los sistemas sanitarios y contribuyen al incremento del gasto. Entre ellos destaca la todavía escasa integración entre niveles asistenciales a pesar de ser un objetivo prioritario en las últimas décadas. Esto genera unos costes crecientes de administración y coordinación del sistema, muy visibles en la duplicidad de visitas médicas y de pruebas diagnósticas. Asimismo, diversos análisis coinciden en señalar la baja productividad del conjunto del sector público en España y también de los profesionales del sistema sanitario. Los aumentos registrados de actividad asistencial se deben fundamentalmente a los incrementos de las plantillas de los centros sanitarios. Por otro lado, las variaciones en la práctica clínica, el sobrediagnóstico y/o tratamiento y los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria generan también un sobrecoste en el sistema. El cumplimiento de algunos trámites administrativos (renovación de recetas, cumplimentación de bajas laborales, certificaciones, etc.) supone también ineficiencias en los procesos y genera una actividad y utilización inadecuadas de los servicios médicos.

Si bien estas causas son ampliamente conocidas y estudiadas, también es cierto que difícilmente desaparecerán en los próximos años. Más bien algunas de ellas tenderán a incrementarse.

Como ya se ha comentado, en general el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario se aborda en relación con la riqueza del país. En este sentido, suele medirse el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB como indicador de riqueza nacional. Este indicador da una idea de cuánto se está dispuesto a gastar en salud dentro del conjunto de necesidades y prioridades de una sociedad.

Algunos estudios del World Economic Forum, basados en proyecciones lineales a largo plazo, sugieren que, si se proyectan estos datos a largo plazo, el gasto sanitario sobre el PIB podría superar el 20% en algunos países en el año 2040 si no se producen cambios fundamentales en las causas del gasto. Esto supondría doblar el gasto sanitario actual. Estos estudios, en los que se fundamenta la preocupación sobre la sostenibilidad del gasto sanitario, se basan en proyecciones lineales del gasto, una alta correlación entre el incremento del nivel socioeconómico y el gasto sanitario y un elevado peso relativo del envejecimiento de la población.

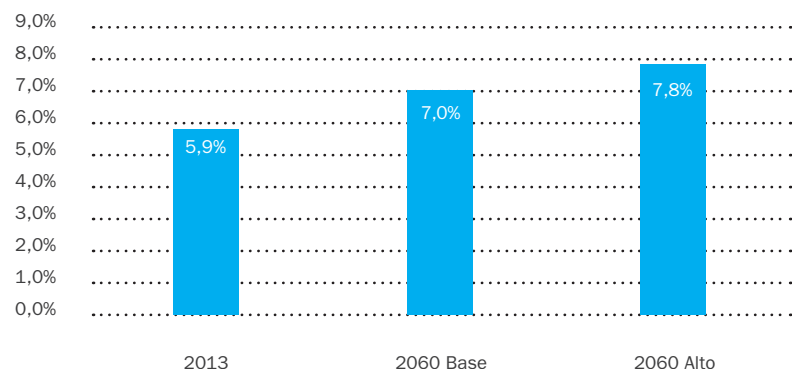
Figura 4. Estimación del gasto sanitario en porcentaje del PIB para España en 2040.



Fuentes: World Economic Forum. "Sustainable Health Systems: Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios". 2013.

Los modelos de proyección más recientes elaborados por la UE y la OCDE (basados en escenarios de evolución demográfica, tecnológica, estado de salud y otras variables) prevén también un crecimiento significativo del gasto sanitario público (y, por lo tanto, tensiones en la gestión del gasto público), aunque sus proyecciones son claramente inferiores a las anteriormente descritas.

Figura 5. Estimación de la UE del gasto sanitario en porcentaje del PIB para España en 2060



Fuentes: De La Maisonneuve, C. y Oliveira Martins, J. "A projection method for public health and long-term care expenditures". Economics Department Working Papers núm. 1048, OCDE, París. 2013.

Ambas proyecciones no pueden compararse directamente, pues una se refiere al gasto sanitario total y proyecta al 2040 (World Economic Forum) y la otra se refiere únicamente al gasto sanitario público en el horizonte 2060 (UE). Pero asumiendo que en España el gasto privado representa un 26% del total, se puede inferir que la proyección del gasto sanitario total en el modelo de la UE estaría entre el 9,5% y el 10,5% (escenario base y optimista), lejos de las previsiones del World Economic Forum.

Los modelos de la UE y de la OCDE presentan dos aportaciones de relevancia que ponen en entredicho las anteriores proyecciones lineales de crecimiento del gasto sanitario.

— **Ralentización del crecimiento del gasto sanitario a partir de cierto nivel socioeconómico.**

El efecto del crecimiento del nivel socioeconómico sobre los gastos de salud pública ha sido objeto de un gran debate. Es conocido que el gasto sanitario crece con el nivel socioeconómico de un país y los datos agregados parecen indicar una correlación entre ambas variables cercana a 1. Sin embargo, estudios más recientes muestran lo siguiente:

- a) Los países con menores niveles socioeconómicos tienden a aumentar rápidamente el gasto sanitario (efecto catch up).
- b) A mayor nivel socioeconómico, la tasa de crecimiento anual del gasto sanitario tiende a ser menor.

— **Relativización del gasto inducido por el envejecimiento.**

Estos modelos relativizan el peso del envejecimiento en el crecimiento del gasto sanitario. Como se ha demostrado en el análisis de causas, la demografía no es el principal motor de crecimiento del gasto de la asistencia sanitaria (de hecho, la proximidad a la muerte explica mucho mejor el impacto sobre el gasto sanitario que la edad). En cambio, sí es importante tener en cuenta que el envejecimiento provocará un notable cambio en la composición del gasto.

— **¿Proyección o gestión del gasto?**

Las proyecciones de gastos sanitarios sobre la base de series históricas de comportamiento del gasto pueden ser de utilidad como punto de referencia. Sin embargo, parecen poco razonables desde el punto de vista de la capacidad de introducir políticas y reformas que conduzcan a una mejor gestión del gasto sanitario público, y por lo tanto a tasas de crecimiento del gasto más moderadas.

Así pues, estos estudios recientes de la UE matizan las proyecciones realizadas hasta la fecha, basadas fundamentalmente en factores demográficos y que concluían en un futuro aumento del gasto público en salud básicamente ligado al desarrollo económico. Los nuevos estudios proponen una serie de escenarios alternativos, si bien siempre teniendo en cuenta la elevada incertidumbre en este ámbito

de estudio. Estos escenarios se diferencian de los escenarios clásicos por introducir en el análisis una nueva serie de variables y no dar por asumido que el gasto per cápita en salud crezca linealmente con el PIB per cápita. Además, si bien aceptan que el envejecimiento de la población seguirá aumentando, señalan que su efecto sobre el gasto no siempre es proporcional, ya que no asumen, como sí hacían las proyecciones realizadas hasta la fecha, que los años ganados en esperanza de vida sean a costa de un buen estado de salud. Plantean hasta ocho nuevas variables que introducen matices en los resultados hasta ahora conocidos y remarcan que algunas de ellas tienen un fuerte componente local y no afectan de igual forma a los distintos países de la Unión Europea.

Algunas de las variables introducidas en estos modelos son:

- **La innovación tecnológica**  
(los escenarios actuales subestiman su impacto en la contención de los costes).
- **La productividad de la economía**  
(que se prevé que crezca a un menor ritmo en el futuro, lo que afectará positivamente a la diferencia que había con respecto a la del sector salud).
- **Los salarios**  
(que en determinados países se contendrán en mayor medida de lo que lo han hecho hasta la fecha).
- **Los productos sanitarios y la infraestructura**  
(dependiendo del país, su evolución no siempre tiene un efecto negativo sobre el gasto público).

Los resultados muestran que el crecimiento del gasto sanitario puede ser menor que el que plantean estudios anteriores. Esta nueva perspectiva arroja como conclusión principal que el impacto de la evolución del PIB sobre el gasto sanitario será mayor en los países de la Unión Europea con niveles de renta menores, lo que desmiente a los estudios que prevén que el crecimiento del gasto sea siempre lineal al crecimiento del PIB. De esta forma, aunque se reconoce el impacto significativo que puede tener la evolución demográfica de la población, se argumenta por primera vez que el efecto de las variables no demográficas puede jugar un rol favorable en la contención del gasto público en salud.



# EL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA ENTRE 1995 Y 2014

Para comprender bien el comportamiento del gasto sanitario en España, es preciso tener una imagen histórica de su evolución, por lo que se ha analizado la serie histórica de la Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desde 1995 hasta 2014, último año disponible. Este periodo comprende una serie lo suficientemente significativa como para extraer conclusiones sobre su evolución. Dado que en este periodo se ha producido una crisis económica excepcionalmente dura, se distinguen claramente dos periodos diferenciados, 1995-2009 y 2010-2014.

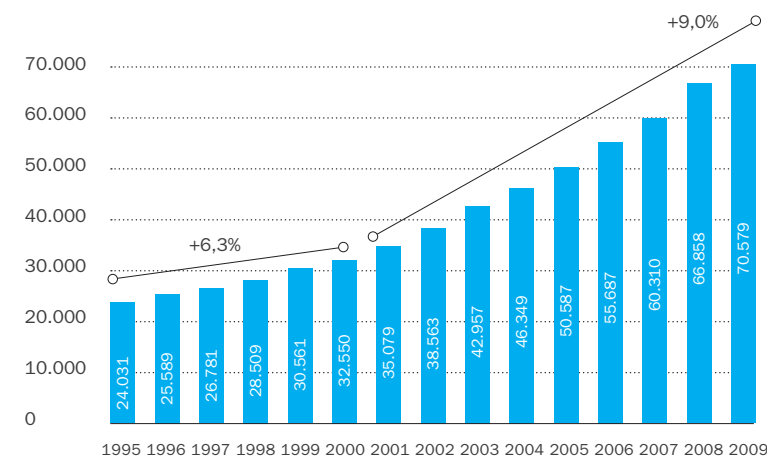
El gasto sanitario público en España tuvo un crecimiento acelerado desde mediados de la década de 1990 hasta 2009: partiendo de un presupuesto de poco más de 24.000 millones de euros en 1995, se llegó hasta los 70.500 en 2009. La tasa de crecimiento anual de este periodo alcanzó el 8,0%. No obstante, este crecimiento fue acelerándose paulatinamente y, mientras que el crecimiento interanual entre 1995 y 2000 se situó en el 6,3%, el crecimiento interanual entre el 2000 y el 2009 fue del 9,0%.

Este crecimiento del gasto en términos absolutos ha supuesto un incremento de:

- 8.000 millones de euros entre 1995 y 2000,
- 18.000 millones de euros entre 2000 y 2005, y
- 20.000 millones de euros entre 2005 y 2009.

Y, de hecho, estos 20.000 millones de euros podrían haber llegado hasta 24.000 si no se hubiese iniciado la crisis en 2008, ya que el crecimiento de 2009 se situó en el 5,6%, mientras que los crecimientos medios desde 2005 se situaron por encima del 9%.

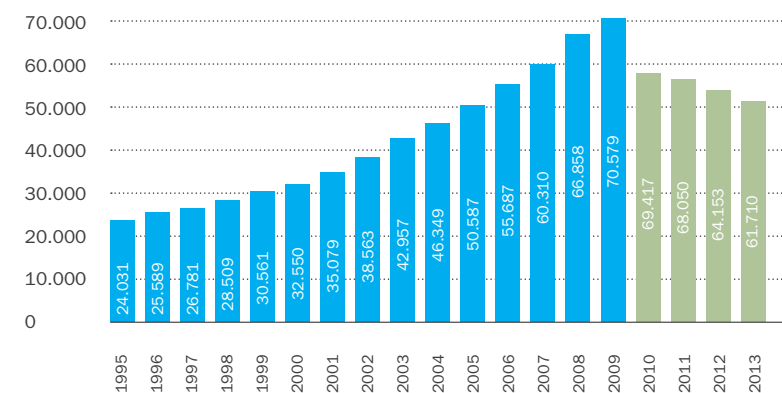
Figura 6. Estadística de gasto sanitario público (en millones). España, 1995-2009



Fuentes: Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Sin embargo, en 2008 llegó la crisis y con ella se empezaron a reflejar a partir de 2009 los efectos en cuanto a contención del gasto sanitario. Desde ese año, en el que el gasto sanitario público alcanzó su máximo, el gasto sanitario ha disminuido en 8.900 millones hasta 2014, situándose en 61.947 millones de euros. Este descenso desde 2009 hasta 2014 ha sido del -3,3% interanual, con una reducción máxima del -5,7% entre los años 2011 y 2012.

Figura 7. Estadística de gasto sanitario público (en millones). España, 1995-2014



Fuentes: Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Considerando el periodo completo de 1995 a 2014, el gasto sanitario ha crecido a una media del 5,4% anual. No obstante, si suprimiésemos el efecto de la crisis, podríamos estar hablando de un incremento medio anual en torno al 8%. La realidad, no obstante, es que España, en términos de gasto sanitario público, se ha situado en 2014 en los niveles de 2007.



# DESIGUALDAD EN EL SISTEMA SANITARIO

## UN DEBATE DEL QUE NO SE HABLA

Desde Dever en 1976, muchos autores han demostrado que el estilo de vida y el contexto social son los principales determinantes del estado de salud de la población. Pero tampoco se puede desvalorizar la contribución del sistema sanitario en la mejora del estado de salud de la población. Y en este contexto, la universalización de los sistemas sanitarios ha contribuido de forma clave en la reducción de las desigualdades en el acceso al sistema sanitario.

En España, la desigualdad en el sistema sanitario se expresa a través de distintos vectores:

- 1 | La distribución del estado de salud entre la población.
- 2 | El tiempo de acceso.
- 3 | El efecto de los copagos.
- 4 | La capacidad de navegación por el sistema o Health Literacy.
- 5 | La financiación autonómica, pues genera diferencias de gasto sanitario per cápita entre regiones de más del 30%.
- 6 | Los subsistemas de gestión privada de la cobertura pública de funcionarios públicos.

### Distribución del estado de salud

El estado de salud se distribuye de forma desigual en la población, tal y como ha sido analizado en muchos estudios. En general, se constatan peores niveles de salud relacionados con la clase social (menores recursos económicos), el sexo (mujeres, especialmente en familias monoparentales con hijos), la etnia gitana y los inmigrantes. La reciente crisis económica ha traído de nuevo elevados niveles de desempleo y mayores niveles de pobreza sostenida, por lo que cabe esperar un efecto a medio y largo plazo sobre la salud. Aunque estas fuentes de desigualdad no se han generado en el sistema sanitario, este sí puede y debe contribuir a mitigarlas. Y la universalización del acceso, especialmente el acceso a la atención primaria y las urgencias, supone un vector importante para esa atenuación.

### Tiempo de acceso

En segundo lugar, destacamos como fuente de desigualdad el tiempo de acceso. Si bien es cierto que la atención primaria ha contribuido en gran medida a la mejora del acceso a los servicios sanitarios (con un efecto muy positivo en las clases más desfavorecidas), la presencia de listas de espera genera una fuente de desigualdad en la atención especializada. La oportunidad del doble aseguramiento público/privado del que pueden beneficiarse las rentas más favorecidas permite que dichos ciudadanos puedan evitar los tiempos de espera.

### El efecto de los copagos

Los copagos, cuando existen y son significativos, pueden tener el efecto de incrementar las desigualdades en salud. Existe una amplia literatura sobre los efectos de los copagos en la equidad (sobre todo en el acceso), y la evidencia muestra que los sistemas de copago reducen la utilización de los sistemas sanitarios, reducción que afecta más significativamente a las personas con rentas bajas. En nuestro país, el país de la UE con menor número de copagos (solo en la prestación farmacéutica) y de menor importe (coparticipación en el importe total), el debate sobre los copagos está muy politizado y se ha asociado, con demasiada ligereza, con los conceptos de universalización de la cobertura y acceso gratuito (ausencia de copago en los servicios sanitarios).

Complementariamente, cabe recordar que entre los objetivos de los sistemas sanitarios definidos por la OMS, además de mejorar el estado de salud del conjunto de la población, encontramos la protección frente al coste económico de la salud. Esta es una de las razones de fondo por las que se crea un sistema de protección colectivo (el sistema de salud): hacer frente al coste económico del tratamiento. Recordemos que en EE. UU., país con un elevado nivel de no cobertura, la principal causa de ruina familiar son los tratamientos médicos. En este sentido, asociar gratuidad a universalidad podría ser una simplificación.

El acceso universal, y el derecho a la salud asociado, tiene que ver con el principio de garantizar el acceso igual de todos a la salud. Pero, en una sociedad que presenta puntos de partida desiguales (por ejemplo, rentas o estados de salud), ¿dicho acceso debe producirse para todos por igual? Es decir, ¿equidad significa uniformidad?, ¿significa gratuidad para todos? Planteando la cuestión a la inversa: ¿la ausencia de copago en todas las rentas (las más bajas, pero también las medias-altas) no es también una forma de desigualdad de acceso? Analicemos el caso. Como se ha visto, el sistema sanitario presenta listas de espera, lo que significa que la capacidad asistencial del sistema es insuficiente para atender la demanda expresada, y la forma de regularlo es mediante el tiempo de espera. Ya se ha visto como la resolución de las listas de espera genera una desigualdad a favor de las rentas más elevadas. Pero la ausencia de copagos probablemente también genera desigualdad. Establecer un copago por la utilización de servicios sanitarios (por ejemplo, coparticipación de diez euros por cada día de estancia, como en todos los países de la UE) destinado a rentas medias y altas (o dicho de otra



forma, con exención de las rentas bajas) o bien un copago del 100% para dichas rentas medias y altas de todo medicamento inferior a cinco euros generaría recursos adicionales al sistema que beneficiarían más a las rentas bajas. Si un buen sistema de exenciones protege a las clases desfavorecidas y se generan recursos adicionales para reducir las desigualdades en salud (presentes en mayor medida en las rentas desfavorecidas), quizás sí debería plantearse que la ausencia de copagos es potencialmente muy insolidaria.

Por otro lado, el debate sobre los copagos en nuestro país obvia los elementos positivos (también demostrados en la literatura): los copagos introducen una mayor corresponsabilización de los pacientes en la utilización y una mayor comprensión del coste de los servicios.

### La capacidad de navegación por el sistema sanitario

La capacidad de navegación por el sistema sanitario es otra fuente de desigualdad. Entendemos por Health Literacy (definición de la OMS) el conjunto de habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud. A nivel europeo (The European Health Literacy Project) se ha observado, a partir de una encuesta a personas adultas en ocho países (Alemania, Austria, Bulgaria y España, entre otros), que en cerca de la mitad de las personas encuestadas (47% de 8.000) las principales variables relacionadas con mejores niveles de comprensión eran: sexo femenino, menor edad, mayor nivel económico y educativo y mayor estatus social. En España la alfabetización en salud ha sido estudiada por la Universidad de los Pacientes, que identificó que el 62% de los encuestados afirmaba no tener el conocimiento suficiente para manejar su enfermedad, y que dicho conocimiento mejoraba con el nivel de ingresos y el estado de salud autopercebido o el haber padecido alguna discapacidad los últimos 12 meses.

### La financiación autonómica

El análisis del gasto sanitario público autonómico por persona es también fuente de desigualdad dentro del sistema nacional de salud. El gasto sanitario por habitante presenta diferencias sustanciales entre los diversos territorios, superando los 40 puntos porcentuales. Por ejemplo, el gasto en el País Vasco en 2014 fue un 42% más elevado que en Andalucía. En relación con su población, en 2014 las comunidades con mayor gasto sanitario público fueron el País Vasco (1.582 euros por habitante), Extremadura (1.448), Navarra (1.435), Asturias (1.433), Aragón (1.427), Murcia (1.406) y Cantabria (1.406). Las comunidades con menor gasto sanitario público fueron Andalucía (1.042 euros por habitante), Madrid (1.164), Baleares (1.194) y Comunitat Valenciana (1.195).

Figura 8. Gasto sanitario público por comunidad autónoma.

Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España 2014

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EUROS POR HABITANTE (2014)	BASE 100
País Vasco	1.582	128,3
Extremadura	1.448	117,4
Navarra (Comunidad Foral de)	1.435	116,4
Asturias (Principado de)	1.433	116,2
Aragón	1.427	115,7
Murcia (Región de)	1.419	115,1
Cantabria	1.406	114,0
Rioja (La)	1.330	107,9
Galicia	1.293	104,9
Castilla y León	1.268	102,8
Cataluña	1.241	100,6
Canarias	1.232	99,9
Castilla-La Mancha	1.213	98,4
Comunitat Valenciana	1.195	96,9
Baleares (Islas)	1.194	96,8
Madrid (Comunidad de)	1.164	94,4
Andalucía	1.042	86,4
Media CC. AA.	1.233	100

Fuentes: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En la interpretación de los datos es importante tener en cuenta que un 8,0% del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado en la estadística.

### El subsistema de aseguramiento de funcionarios civiles, judiciales y militares

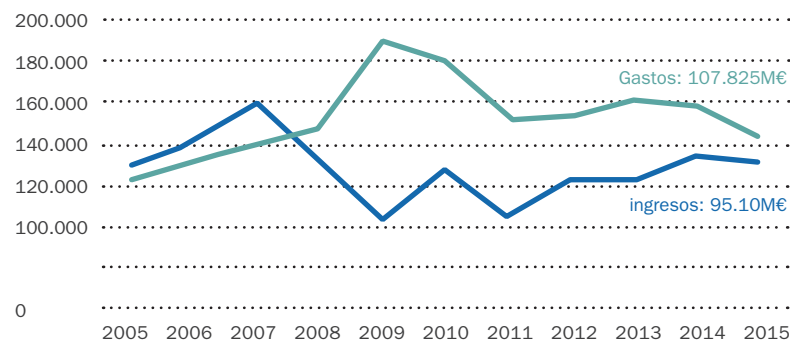
Por último, otra fuente de desigualdad en el sistema nacional de salud es el subsistema de aseguramiento de funcionarios civiles, judiciales y militares, comúnmente conocido como sistema MUFACE (Administración Civil del Estado), MUGEJU (Administración de Justicia) e ISFAS (Fuerzas Armadas). En estos modelos, las mutualidades de funcionarios conciertan la provisión de asistencia sanitaria con entidades de seguro privadas y con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), y abonan a las entidades concertadas la cuota caritativa mediante una prima mensual por persona protegida. Así, son los propios funcionarios del Estado quienes eligen libre y voluntariamente si quieren ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud (SNS) o por una aseguradora. Este es, sin duda, un hecho que genera desigualdad, ya que es una opción que no tienen el resto de ciudadanos que cotizan vía la seguridad social. En 2014, el balance del proceso de elección entre la pública y la privada reflejó que, de un colectivo de 1.525.000 funcionarios, 1.248.052 (el 81,83%) escogieron la prestación sanitaria privada y solo 277.132 (el 18,17%) prefirieron la asistencia a través del sistema sanitario público.

# EL IMPACTO DE LA CRISIS EN EL SISTEMA SANITARIO

## DÉFICIT PÚBLICO (Y DEUDA): REDUCCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

Una de las consecuencias negativas de la crisis que comenzó en 2008 ha sido el déficit público provocado por la caída de la recaudación fiscal y el crecimiento del gasto en protección social. Como destaca el siguiente gráfico, desde 2008 hasta 2014 se ha generado déficit durante todos los años, si bien es cierto que en los últimos se puede apreciar una reducción de este, situándose en su nivel más bajo en 2014 (2015 parece seguir la misma tendencia).

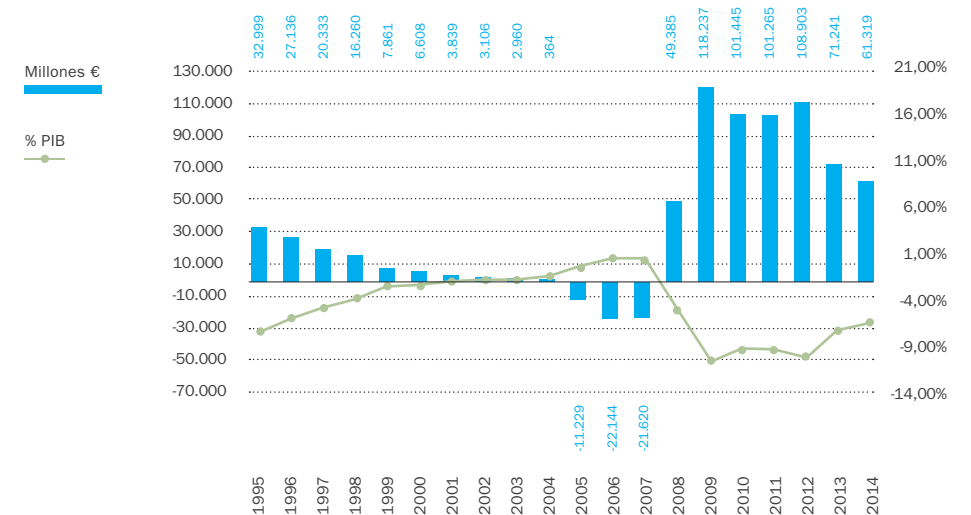
Figura 9. Ejecución del Presupuesto del Estado. Ingresos y gastos (en millones). España, 2005-2015



Fuentes: Síntesis de Indicadores Económicos. Ministerio de Economía y Hacienda (2015).

De esta forma, se puede observar que el déficit público en 2014 se sitúa alrededor de los 61.319 millones de euros, partiendo de un máximo de 101.445 millones de euros en 2009. Es cuando menos curioso comparar esta cifra de déficit público con la del gasto sanitario público español en el mismo año que se elevó a 61.947 millones de euros, una cantidad prácticamente idéntica.

Figura 10. Evolución déficit público y porcentaje sobre el PIB. España, 1995-2014



Fuentes: Ministerio de Economía y Hacienda (2015).

No obstante, cabe destacar que la contribución a la reducción del déficit ha sido asimétrica entre las diferentes administraciones. Si se analiza el gasto público en operaciones no financieras, se observa que el gasto corriente se ha reducido significativamente en las comunidades autónomas y en los ayuntamientos (-15% y -9% respectivamente), mientras que se ha incrementado en la Seguridad Social y la Administración General del Estado no ha contribuido a reducir el gasto público.

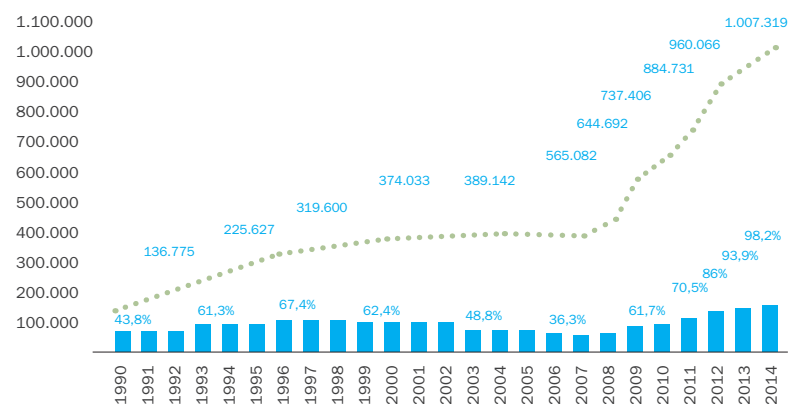
Figura 11. El gasto en las administraciones públicas en operaciones financieras, España 2010-2015

	2010	2.015	Var. 2010-2015	% Var.
Estado	222.649	221.364	-1.285	-0,6%
Seguridad Social	157.606	159.544	1.938	1,2%
Comunidades autónomas	188.118	170.976	-17.142	-9,1%
Entes locales	76.613	64.699	-11.914	-15,6%
<b>Subtotal gasto público</b>	<b>644.986</b>	<b>616.583</b>	<b>-28.403</b>	<b>-4,4%</b>
<b>Transferencias entre AAPP</b>	<b>151.880</b>	<b>145.881</b>	<b>-5.999</b>	<b>-3,9%</b>
<b>Gasto público AAPP</b>	<b>493.106</b>	<b>470.702</b>	<b>-22.404</b>	<b>-4,5%</b>
<b>Déficit AAPP</b>	<b>-102.217</b>	<b>-54.628</b>	<b>47.589</b>	<b>-46,6%</b>

Fuente: IGAE. Contabilidad nacional. Operaciones no financieras del sector Administraciones Públicas y sus subsectores. Serie histórica 1995-2015. SEC 2010.

El efecto directo de una situación de déficit público es el aumento de la deuda pública. Como se puede apreciar en la siguiente figura, desde el año 2008 la deuda pública no ha parado de crecer desde unos niveles en torno al 40% del PIB (400.000 millones de euros) hasta alcanzar el 98,2% del PIB en 2014 (más de un billón de euros).

Figura 12. Deuda de las administraciones públicas (en millones y porcentaje sobre PIB). España, 1990-2014



Fuente: Elaboración propia

Así pues, la situación de las cuentas públicas se resume en un alto déficit y alta deuda, que contrasta con la baja capacidad recaudatoria (significativamente por debajo de la media europea a pesar de que los tipos máximos de los impuestos están entre los más elevados de la Unión Europea, como se ha visto anteriormente). A título ilustrativo, tan solo las deducciones, desgravaciones y exenciones de impuestos suponen un importe de 51.000 millones de euros (casi igual que el conjunto del déficit público), lo que supone un 25% de la recaudación total de impuestos que correspondería.

Figura 13. Beneficios fiscales del Estado y de las comunidades en 2016 (en millones de euros)

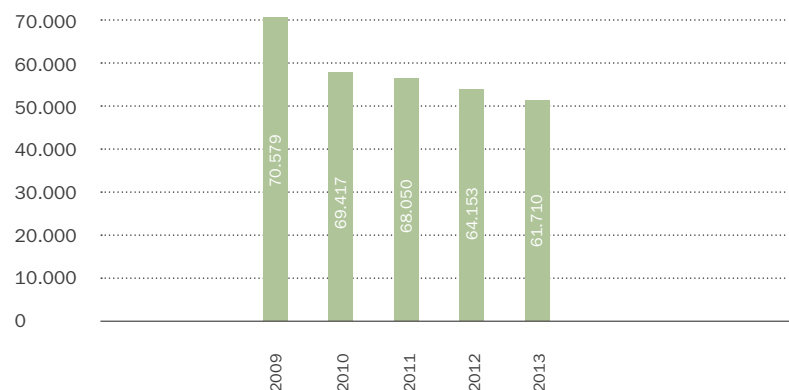
IMPUESTOS Y TASAS	DESGRAVACIONES			RECAUDACIÓN	% SOBRE RECAUDACIÓN
	ESTADO	CC.AA.	TOTAL		
IRPF	8.309	3.488	11.797	75.432	15,6
Sociedades	3.841	486	4.327	24.868	17,4
Imp. sobre la Renta de No Residentes (IRNR)	1.505	6	1.511	1.988	76,0
Patrimonio	30	290	320	565	56,6
IVA + Imp. General Indirecto Canario (IGIC)	19.241	5.202	24.444	63.271	38,6
Impuestos especiales de fabricación (IIEE)	1.474	382	1.856	24.273	7,6
Sucesiones y donaciones		6.001	6.001	2.130	281,8
Transm. Patrimoniales y Actos Jur. Documentados		499	499	5.865	8,5
Impuestos medioambientales		26	26	1.864	1,4
Tasas y propios	98	649	747	5.768	13,0
<b>TOTAL</b>	<b>34.498</b>	<b>17.029</b>	<b>51.528</b>	<b>206.024</b>	<b>25</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comunidades autónomas.

## LA REDUCCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DURANTE LA CRISIS

Desde que se inició la crisis económica en 2008, el gasto sanitario público fue disminuyendo y se situó en 2013 en 61.710 millones de euros, 8.900 millones menos que en 2009.

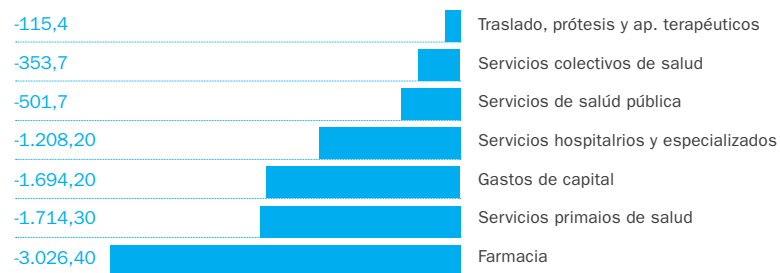
Figura 14. Estadística de gasto sanitario público (en millones). España, 2009-2014



Fuentes: Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La reducción del gasto sanitario ha sido significativa y evidente, pero es conveniente analizar cómo se ha reducido y a qué se atribuye dicha importante disminución. Analizando las diferentes partidas que componen el gasto sanitario, se puede observar que este se ha reducido principalmente en las partidas de Farmacia (-2.930 millones de euros), Servicios hospitalarios y especializados (-1.830 millones de euros), Inversiones (-1.700 millones de euros) y Servicios primarios de salud (-1.640 millones de euros).

Figura 15. Variación del gasto sanitario público (en millones). España, 2009-2014



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En términos relativos, destaca la disminución de los gastos de capital (las inversiones), con una reducción del 201% (el gasto actual se eleva a 850 millones y la reducción ha sido de 1.707 millones). La reducción ha sido tan elevada que, de haberla incluido en el gráfico, hubiera distorsionado el análisis gráfico del resto de componentes. En este sentido, también destaca la disminución en el gasto en salud pública, cuya disminución representa el 74% del gasto actual.

No obstante, de entre estos gastos la reducción más significativa, en términos absolutos, es la relativa a la partida de Farmacia, ya que, además de ser la mayor, en términos relativos ha representado una reducción del 28% del gasto actual.

Por último, cabe destacar la diferencia entre la reducción del gasto en Atención hospitalaria y en Atención primaria. La reducción en el gasto en Atención hospitalaria ha sido de 1.800 millones de euros, mientras que en Atención primaria ha sido de 1.600. No obstante, en términos relativos y respecto al gasto en 2013, la reducción en Atención primaria ha representado una disminución del 18% del gasto, mientras que en Atención hospitalaria ha sido del 5%.

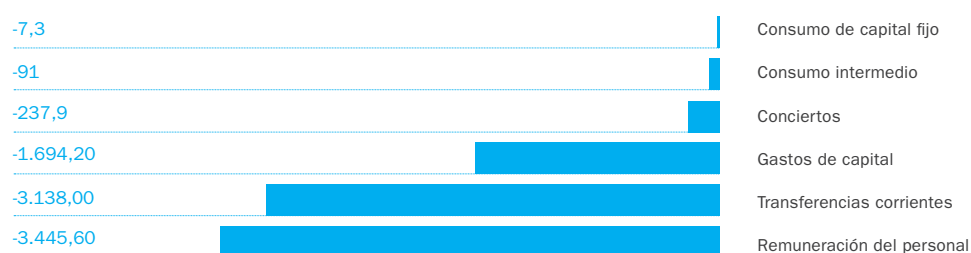
Figura 16. Porcentaje relativo de reducción con respecto al gasto en 2013, según finalidad del gasto. España, 2009-2014

Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	1.350,9	1.235,6	-115,4	123,6%
Servicios colectivos de salud	2.073,8	1.720,2	-353,7	172,0%
Servicios de salud pública	1.154,2	652,5	-501,7	65,3%
Servicios hospitalarios y especializados	39.250,9	38.042,7	-1.208,2	-3,2%
Gasto de capital	2.556,5	862,2	-1.694,2	86,2%
Servicios primarios de salud	10.759,8	9.045,4	-1.714,3	904,5%
Farmacia	13.414,8	10.388,4	-3.026,4	1038,8%
<b>TOTAL</b>	<b>70.560,9</b>	<b>61.947,0</b>	<b>-8.613,9</b>	<b>-13,9%</b>

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Analizando estas partidas con mayor detalle, se observa que el gasto que se ha reducido en mayor cuantía en términos absolutos es el de Remuneración del personal (principal elemento de gasto de las partidas Servicios hospitalarios y especializados y Servicios primarios de salud). Así pues, las partidas Remuneración del personal, con una disminución de casi 3.500 millones de euros, y Farmacia, con 3.000 millones de euros de reducción, explicarían el 73% de la contracción del gasto sanitario.

Figura 17. Variación absoluta del gasto sanitario público (en millones). España, 2009-2014



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

De la misma forma, en esta nueva agrupación de gastos destacan las Transferencias corrientes y la Remuneración del personal como los dos componentes que han experimentado una mayor variación relativa con respecto a su nivel en 2014, del 28,5% y el 12,4% respectivamente. Los Conciertos, el Consumo de capital fijo y el Consumo intermedio han disminuido de forma menos importante entre un 0,6% y un 3,3%.

Figura 18. Porcentaje relativo de reducción con respecto al gasto en 2013. España, 2009-2014

CONCEPTO	GASTO ANUAL 2009	GASTO ANUAL 2014	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
Consumo de capital fijo	273,9	266,6	-7,3	-2,7%
Consumo intermedio	14.804,0	14.713,0	-91,0	-0,6%
Conciertos	7.458,3	7.220,5	-237,9	-3,3%
Gasto de capital	2.556,5	862,2	-1.694,2	-196,5%
Transferencias corrientes	14.131,6	10.993,7	-3.138,0	-28,5%
Remuneración del personal	31.336,6	27.891,1	-3.445,6	-12,4%
<b>TOTAL</b>	<b>70.560,9</b>	<b>61.947,0</b>	<b>-8.613,9</b>	<b>-13,9%</b>

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

A la luz de los datos, los resultados indican que no ha habido ningún cambio sustancial en la naturaleza del gasto sanitario, lo que pone de relieve la rigidez del sistema sanitario frente a cambios estructurales. Estas rigideces pueden explicarse por el marco de relaciones laborales de carácter estatutario, la escasa (por no decir nula) autonomía de gestión de los centros, la baja integración de servicios, una gestión presupuestaria que limita los vasos comunicantes entre partidas de gasto, etc.

Esta rigidez del gasto se refleja también al comparar el gasto sanitario público presupuestado con el gasto sanitario público realmente ejecutado. Estos datos muestran que, sistemáticamente, al final de cada ejercicio el gasto público ejecutado es siempre superior al presupuestado, siendo esta diferencia de media un 7% desde 2007.

Figura 19. Gasto sanitario público presupuestado y ejecutado en las CC. AA. (en porcentaje). España, 2007-2012



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Todos estos datos corroboran la dificultad existente para introducir medidas estructurales que afecten a la contención del gasto sanitario, a pesar de la oportunidad y la necesidad que la crisis económica ha brindado para implantar cambios en el sistema actual. Los motivos pueden ser múltiples, pero como mínimo dos parecen evidentes.

El primer motivo es que estas medidas suelen ser impopulares y requieren de una alta comprensión del problema y de sus implicaciones. Por ello, los equipos de gobierno de las diferentes administraciones implicadas difícilmente plantean este tipo de medidas que muestran pocos beneficios tangibles a corto plazo.



## EL IMPACTO DE LA CRISIS EN LA SALUD Y LA DESIGUALDAD

El segundo motivo es la gran complejidad del sistema sanitario, que dificulta la optimización simple a través del ajuste de un único componente. Cualquier reducción en un componente de gasto (ya sea de la clasificación funcional o la naturaleza del gasto) provocará efectos en otros componentes (efecto desplazamiento), efectos que pueden ser positivos o negativos.

Por ejemplo, en el sector de la automoción se puede observar que la introducción o supresión de un incentivo externo (por ejemplo, el Plan PIVE) influye directamente sobre el volumen de ventas de automóviles, lo que tiene un impacto sobre los resultados del sector. Sin embargo, en el sector sanitario esta relación lineal causa-efecto no existe. Cualquier ajuste sobre alguna de las variables que influyen, ya sea en precio (cualquier partida de costes) o en cantidad (recursos), no siempre tiene el efecto deseado y el sistema acaba por autoajustarse, normalmente mediante una tercera variable, el tiempo (o listas de espera). Así, se observa como durante la crisis se han ajustado ciertas variables para reducir el gasto (por ejemplo, reducción de horas de personal), lo que ha podido generar un impacto previsible en una menor actividad realizada (por ejemplo, menor número de intervenciones programadas), pero a su vez ha producido un efecto colateral no deseado, el aumento de las listas de espera, y el reajuste del propio sistema por otro de sus puntos, el aumento de las visitas a los servicios de urgencias.

En este sentido, el sistema sanitario funcionaría como un globo de aire: al presionarlo por cualquier punto de su perímetro con la intención de contraerlo, el único efecto que se conseguiría es el de desplazar el aire hacia otro punto en el que el perímetro se volvería a expandir.

Como se ha visto, España, como el resto de países desarrollados, sale de una crisis económica que, desde sus comienzos en 2008, ha sido la más larga y la más intensa después de la crisis de la década de 1930. Esta crisis, que al principio era financiera, terminó por modificar rápidamente la economía real de los países miembros de la OCDE. El resultado, anteriormente expuesto, ha sido un déficit público importante y una crisis de deuda de los Estados. La mayoría de los países adoptaron entonces medidas de austeridad para reducir esos déficits. Estas medidas condujeron a una disminución a gran escala de los gastos públicos, en un contexto de ingresos fiscales bajos. Es por esto por lo que es ahora conveniente interrogarse sobre el impacto de estas medidas en los sistemas de salud públicos y en el estado de salud de la población.

La relación entre crisis económica y salud ha sido analizada en varios estudios, sin clarificarse por completo. Efectivamente, este enfoque es complejo por problemas metodológicos (datos agregados en los resultados, desfase entre la crisis de hoy y los efectos a medio plazo) y por dificultades asociadas a la divergencia de los efectos de la crisis sobre la salud según la problemática. Se puede mencionar el ejemplo de una correlación positiva entre el desempleo y los trastornos mentales e incluso el suicidio o el consumo de alcohol, pero negativa entre el desempleo y los accidentes de tráfico. Hasta ahora no se ha realizado ningún estudio en el contexto de una crisis con una intensidad equivalente a la de 2008, sobre todo en los países particularmente afectados — Irlanda y el sur de Europa, intervenidos directa o indirectamente por la Unión Europea, e Islandia —.

En primer lugar, conviene distinguir tres posibles tipos de efectos de la crisis económica:

- 1** El impacto en los sistemas de salud (recursos disponibles, organización de los proveedores de cuidados, limitación de la cobertura de salud y/o del acceso a la atención sanitaria).
- 2** El impacto en el estado de salud.
- 3** El impacto en las desigualdades sociales en salud.

El impacto en los sistemas de salud ya se ha expuesto y es evidente: la reducción del gasto público en salud, una disminución de 8.900 millones de euros en España entre 2009 y 2013. Se observa en paralelo un aumento de las contribuciones individuales con respecto a los medicamentos en España y con respecto a las consultas médicas y las emergencias en otros países como Portugal y Grecia. Además, en ocasiones se ha restringido a ciertos segmentos de la población su acceso a la atención sanitaria (en España los extranjeros en situación ilegal solo disponen de cobertura sanitaria de emergencias y de maternidad). Entre los otros impactos observados, destacan la disminución del precio de los medicamentos, la disminución del número de prescripciones y la limitación e incluso reducción del empleo público en el sector de la salud. Este primer grupo de impactos —en los sistemas sanitarios— son de naturaleza más bien coyuntural y, sin querer atenuar su importancia, son sin duda los más fácilmente reversibles en un contexto económico favorable. No queda más que deplorar la ausencia generalizada de reformas profundas y estructurales en nuestros sistemas de salud.

Por el contrario, es más difícil caracterizar el impacto directo de la crisis en el estado de salud de la población. La correlación entre gasto público en salud, mortalidad y esperanza de vida es muy baja a corto plazo. En los países más afectados por la crisis, algunos indicadores muestran que la crisis podría tener un impacto en ciertos problemas de salud o en poblaciones específicas. Los problemas de salud mental, por ejemplo, van en aumento (progresión de la prevalencia a un año en Grecia, aumento de las consultas psiquiátricas en España..., todo ello acompañado por una tendencia al alza en la tasa de suicidios). En Grecia, la incidencia de las infecciones relacionadas con el VIH se ha multiplicado durante la crisis. En cuanto a otros indicadores, las pruebas son muy limitadas y pueden estar relacionadas con factores coyunturales que explicarían las variaciones observadas en el estado de la salud. Por lo tanto, sería necesaria una búsqueda más profunda y más exhaustiva para estudiar el impacto de la crisis en el estado de la salud.

Finalmente, el impacto más evidente de la crisis económica es el relativo al incremento de las desigualdades sociales. Entre 2009 y 2012, el número de personas en riesgo de pobreza o de exclusión social aumentó en nueve millones en la Unión Europea; y según el análisis del índice Gini, que mide la diferencia de recursos económicos entre el 20% de la población más rica y el 20% de la población más pobre de un Estado o región, las desigualdades dentro de la Unión Europea han aumentado. Un estudio particularmente interesante sobre esta cuestión fue publicado por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. El estudio se centra en la población infantil en riesgo de pobreza, cuyo riesgo de exclusión social ha aumentado más rápidamente que el de otras categorías de edad.

El estudio muestra que el estado de salud de esta población no ha evolucionado desfavorablemente, aunque sí que lo han hecho los indicadores de la calidad y modo de vida, que se han deteriorado: menos actividad física, malos hábitos alimentarios, mucha más obesidad... Sobre este tercer grupo de impactos, el de las desigualdades sociales, las respuestas observadas en cuanto a las políticas públicas son más heterogéneas. En los países dotados de sistemas amplios de protección social, el aumento de las desigualdades sociales ha sido limitado (y en países como Alemania, los Países Bajos o Suecia el índice Gini incluso ha disminuido). Los países más afectados por la crisis (excepto Islandia) y que disponen de sistemas de protección social más frágiles serán aquellos donde probablemente las consecuencias de la crisis en términos de salud serán más importantes a medio plazo. Por ello, los responsables de las políticas sanitarias deberían ampliar su campo de visión para tener en cuenta las nuevas desigualdades sociales resultantes de esta larga crisis y así limitar su impacto en la salud. Finalmente, cabe resaltar que el propio sistema de salud puede ser una herramienta para reducir ciertas desigualdades sociales, y es en este punto donde se debe trabajar desde este sector.

# LA PROYECCIÓN DEL GASTO SANITARIO A LARGO PLAZO EN EN ESPAÑA: FUNDING THE GAP

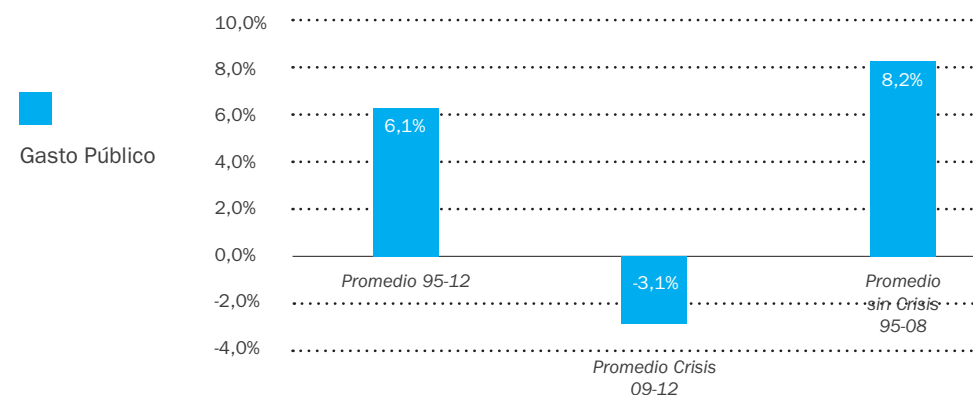
Para la proyección del gasto sanitario a largo plazo, se han utilizado dos enfoques basados en los modelos de proyección anteriormente citados. Estos dos enfoques permiten situar un rango plausible de evolución del gasto sanitario público en España para los próximos diez años:

- El primer enfoque basa la proyección del gasto en la tasa de crecimiento histórica del gasto sanitario. Este escenario parte de la hipótesis subyacente en el informe del World Economic Forum, que prevé un escenario continuista en el que no habrá reformas estructurales de fondo que permitan modificar el crecimiento del gasto sanitario.
- El segundo enfoque se basa en realizar la proyección del gasto según el modelo que plantean la Unión Europea y la OCDE, en el que, sobre la base de diferentes variables, se pronostica para cada país un nivel de gasto en función del PIB. En este escenario se contempla la posibilidad de una gestión activa del modelo sanitario que ayude a contener la evolución del gasto.

## ESCENARIO MÁXIMO: LA PROYECCIÓN A PARTIR DE LAS TASAS DE CRECIMIENTO HISTÓRICAS

Este escenario se ha construido a partir de la proyección de la tasa de crecimiento del gasto sanitario, que en la serie histórica analizada (1995-2012) fue del 6,1% anual. Dentro de esta serie histórica, el gasto sanitario público creció al 8,2% entre 1995 y 2009 (antes del ajuste del gasto público) y decreció a una tasa del 3,1% anual entre 2010 y 2012.

Figura 20. Crecimientos históricos del gasto sanitario público (1995-2012)



Dicha tasa se ha corregido ligeramente en los primeros años de la proyección, puesto que en los últimos años el crecimiento ha sido negativo. En este sentido, se ha hecho una previsión de crecimiento moderado del gasto hasta alcanzar una tasa constante del 6,1%.

Figura 21. Resultados escenario 1. Proyección a partir de las tasas de crecimiento histórico

AÑO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gasto público	61.710												
Tasa crecimiento gasto público	-3,80%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,10%	6,10%	6,10%	6,10%	6,10%	6,10%	6,10%	6,10%
Gasto público	61.710	62.944	64.833	67.426	70.797	75.116	79.698	84.559	89.717	95.190	100.997	107.158	113.694
Incremento anual			1.888	2.593	3.371	4.319	4.582	4.862	5.158	5.473	5.807	6.161	6.537
Incremento sobre 2015													48.862
Incremento acumulado				2.593	8.558	18.841	33.706	53.433	78.318	108.676	144.840	187.165	236.027

En este enfoque, el gasto público alcanzará casi los 115.000 millones de euros en el año 2025. Literalmente, casi se doblará en los próximos diez años (+48.000 millones de euros en relación con 2015). Y el incremento anual acumulado para los diez próximos años será de 236.000 millones de euros.

## ESCENARIO POSIBILISTA: LA PROYECCIÓN A PARTIR DEL MODELO DE LA UE

El segundo modelo de proyección se basa en los estudios realizados por la UE, que proyectan el gasto sanitario público en porcentaje sobre el PIB bajo la premisa de que el crecimiento no será lineal, tal como se ha señalado en capítulos anteriores. Las principales hipótesis que baraja este modelo son:

- La mitad de los futuros años de vida ganados gracias al aumento de la esperanza de vida se obtendrán en buenas condiciones de salud.
- Se prevé que los Estados puedan introducir medidas activas de contención de gastos.
- Se prevé que ciertos costes no crezcan por igual en los países desarrollados: la innovación tecnológica (los escenarios actuales subestiman su impacto en la contención de los costes), la productividad de la economía (que se prevé que crezca a un menor ritmo en el futuro, lo que afectará positivamente a la diferencia que había con respecto a la del sector salud), los salarios (que en determinados países se contendrán en mayor medida de lo que lo han hecho hasta la fecha) y los productos sanitarios y la infraestructura (dependiendo del país, su evolución podrá ser gestionada por los Estados miembros).

En el fondo, el modelo de la UE parte de la premisa de que los Estados miembros introducirán mecanismos y/o reformas que permitirán gestionar la tasa de crecimiento histórica del gasto.

En el caso de España, la UE prevé un incremento del gasto sanitario público de entre 1,1 y 1,9 puntos sobre el PIB para el conjunto periodo 2013-2060, situándolo entre el 7% y el 7,8%. En la proyección realizada se han considerado dos hipótesis:

- El porcentaje de gasto sanitario se incrementará anualmente en 0,1 puntos porcentuales.
- El PIB crecerá a una tasa del 2,7% y el 2,3% en 2016 y 2017 (Fuente: FMI), y del 2,5% hasta 2025 (Fuente: Crecimiento PIB 2018-2025: La economía española en 2033, PWC).

Figura 22. Resultados escenario 2. Proyección a partir de las tasas de crecimiento históricas

AÑO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIB (miles de millones)	1.031	1.041	1.074	1.109	1.139	1.165	1.194	1.224	1.255	1.286	1.318	1.351	1.385
% Crec. PIB real	-1,11%	0,96%	3,20%	2,70%	2,30%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%
% Gasto sanitario público	6,0%	6,0%	6,0%	6,1%	6,2%	6,3%	6,4%	6,5%	6,6%	6,7%	6,8%	6,9%	7,0%
Gasto sanitario			64.833	68.016	70.991	73.789	76.828	79.973	83.226	86.593	90.076	93.679	97.406
Incremento anual				3.184	2.975	2.798	3.039	3.145	3.254	3.367	3.483	3.603	<b>3.727</b>
Incremento sobre 2015													<b>32.572</b>
<b>Incremento sobre 2015</b>				<b>3.184</b>	<b>9.342</b>	<b>18.299</b>	<b>30.294</b>	<b>45.434</b>	<b>63.828</b>	<b>85.589</b>	<b>110.832</b>	<b>139.678</b>	<b>172.251</b>

En este enfoque, el gasto público alcanzará casi los 97.000 millones de euros en el año 2025 (+32.000 millones de euros en relación con 2015). Y el incremento anual acumulado para los próximos diez años será de 172.000 millones de euros.

## LAS NECESIDADES DE FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO EN 2025

Los resultados de ambos modelos muestran un rango de incremento del gasto sobre 2015 de entre 32.000 y 48.000 millones. Considerando que el gasto sanitario público en 2015 se habrá situado previsiblemente en 64.833 millones de euros, esto significa que para 2025 se podría estimar entre 97.000 y 113.000 millones anuales.

Figura 23. Análisis comparado de los dos escenarios de necesidades de financiación

AÑO	2015	2025 (ESC.1)	2025 (ESC.1)
Gasto actual	64.833 (E)		
Años		10	10
Tasa crecimiento gasto público		5,8%	4,2%
Gasto público previsto		113.694	97.406
Incremento absoluto sobre 2015		48.862	32.573
Necesidades financieras		236.027	172.251

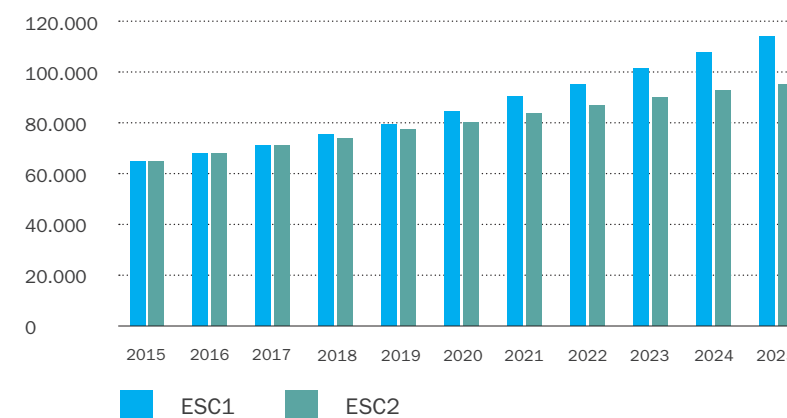
¿Cómo se puede interpretar este rango? Si la diferencia entre ambos modelos se basa en una estimación lineal o una estimación “gestionada” del gasto sanitario público, los 16.00 millones de diferencia entre ambos modelos representan el coste de “no hacer nada”, es decir, las necesidades de financiación del gasto público sanitario atribuibles a no tomar medidas suficientes para gestionar el crecimiento del gasto sanitario. Pero también significa que los 32.500 millones de euros estimados en el escenario posibilista representan la base que habrá que financiar para cubrir las necesidades del sistema sanitario público. ¿El crecimiento del PIB y/o las mejoras en la recaudación fiscal permitirán financiar estas necesidades?

Figura 24. Las necesidades de financiación por tramos



Una última reflexión: el coste de no hacer nada es invisible (nunca tendremos dos gastos sanitarios que comparar) y es más importante en el futuro que en el corto plazo. En este sentido, ¿qué incentivos hay para actuar ahora desde el ámbito de las políticas públicas?

Figura 25. Evolución del gasto sanitario estimado según los dos escenarios previstos





## BIBLIOGRAFÍA

## Fuentes consultadas

**Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).** Central de Resultats. “Efectes de la crisi econòmica en la població infantil de Catalunya”. Barcelona (ESP): AQuAS. 2014. 10 pàgines.

**De La Maisonneuve, C. y Oliveira Martins, J.** “A projection method for public health and long-term care expenditures”. Economics Department Working Papers núm. 1048, OCDE, París. 2013.

**Dever GEA.** An Epidemiology Model for Health Analysis. Soc Ind Res 1976; vol. 2, pág. 465

**Domínguez Barrero, F., López Laborda, J. y Rodríguez Saucó, F.** “El hueco que deja el diablo: una estimación del fraude en el IRPF con microdatos tributarios”. Estudios sobre la Economía Española. FEDEA. 2014.

**Drouin, J.P., Hediger, V. y Henke, N.** “Health care costs: A market-based view”. *The McKinsey Quarterly*. Septiembre de 2008.

**Economist Intelligence Unit.** “The future of healthcare in Europe. A report from the Economist Intelligence Unit sponsored by Janssen”. Londres: The Economist Intelligence Unit Limited. 2011.

**European Observatory on Health Systems Policies.** “Health, health systems and economic crisis in Europe”. En: Impact and policy implications. Bruselas: Organización Mundial de la Salud. 2013.4.

**Eurostat Statistical Books.** *Taxation trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland and Norway.* 2015 Edition.

**Gispert, R., Torné, M. y Arán, M.** “La efectividad del sistema sanitario en España”. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20 (supl. 1): 117-26.

**Gómez Serrano, P.J. y Molero, R.** “El incremento de la desigualdad y la exclusión social en la UE15 y sus determinantes”. Fundación Foessa. 2014.

**Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D. et al.** “Financial crisis, austerity, and health in Europe”. *The Lancet*, 2013; 381(9874): 1323-31.

**McGovern, L., Miller, G. y Hughes-Cromwick, P.** “The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes”. *Health Policy Brief (Health Affairs)*. 21 de agosto, 2014.

**Mestres, J., Suárez-Lledó, J., Canals, C., Gutiérrez-Domènech, M.** Dossier: “El reto demográfico”. En: Hernández, A., Aspachs, O., Fernández, E. y Gual, J. IM10. Barcelona: CaixaBank Research. 2015. pp. 32-38.

**Mohr, P. E., Mueller, C., Neumann, P., Franco, S., Milet, M., Silver, L. et al.** “The Impact of Medical Technology on Future Health Care Cost. Final Report”. Project Hope. Bethesda, Maryland: Center for Health Affairs. 2011.

**Navarro, R. (dir.).** “Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX”. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002.

**OECD Health Policy Studies.** “Value for Money in Health Spending”. París: OECD Publishing. 2010.

**Robles, E., García F. y Bernabeu, J.** “La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990”. *Revista Española de Salud Pública*. 1996; 70: 221-223.

**Segura Benedicto, A.** “Recortes, austeridad y salud”. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(S1): 7-11.

**Simonato, L., Ballard, T., Bellini, P. y Winkelmann, R.** “Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention”. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998, 52(10).

**Smith, S., Newhouse, J.P. y Freeland, M.S.** “Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?”. *Health Affairs*. 2009; 28: 1276-84.

**Vaupel, J.W.** “Understanding longevity and how to improve it”. En: Global Forum for Longevity. París: Axa. 2011. pp. 44-51.

**Westerling, R.** “Decreasing gender differences in ‘avoidable’ mortality in Sweden”. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003, 31(5): 342-9.

**World Economic Forum.** “Sustainable Health Systems: Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios”. 2013.

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

### FIGURA 1 / P.8

Evolución indicadores de salud. España, 1930,1975, 2005 y 2013

### FIGURA 2 / P.9

Evolución del porcentaje del PIB destinado a la salud en los países de la OCDE. 1960-2005

### FIGURA 3 / P.13

Tipos fiscales y recaudación. Zona euro 2014

### FIGURA 4 / P.18

Estimación del gasto sanitario en porcentaje del PIB para España en 2040. World Economic Forum

### FIGURA 5 / P.18

Estimación de la UE del gasto sanitario en porcentaje del PIB para España en 2060

### FIGURA 6 / P.23

Estadística de gasto sanitario público (en millones). España, 1995-2009

### FIGURA 7 / P.23

Estadística de gasto sanitario público (en millones). España, 1995-2014

### FIGURA 8 / P.27

Gasto sanitario público por comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España 2014

### FIGURA 9 / P.28

Ejecución del Presupuesto del Estado. Ingresos y gastos (en millones). España, 2005-2015

### FIGURA 10 / P.29

Evolución déficit público y porcentaje sobre el PIB. España, 1995-2014

### FIGURA 11 / P.30

El gasto en las administraciones públicas en operaciones financieras. España 2010-2015

### FIGURA 12 / P.30

Deuda de las administraciones públicas (en millones y porcentaje sobre PIB). España, 1990-2014

### FIGURA 13 / P.31

Beneficios fiscales del Estado y de las comunidades en 2016 (en millones de euros)

### FIGURA 14 / P.32

Estadística de gasto sanitario público (en millones). España, 1995-2014

### FIGURA 15 / P.32

Variación del gasto sanitario público (en millones). España, 2009-2014

### FIGURA 16 / P.33

Porcentaje relativo de reducción con respecto al gasto en 2013, según finalidad del gasto. España, 2009-2014

### FIGURA 17 / P.34

Variación absoluta del gasto sanitario público (en millones). España, 2009-2014

### FIGURA 18 / P.34

Porcentaje relativo de reducción con respecto al gasto en 2013. España, 2009-2014

### FIGURA 19 / P.35

Gasto sanitario público presupuestado y ejecutado en las CC. AA. (en porcentaje). España, 2007-2012

### FIGURA 20 / P.41

Crecimientos históricos del gasto sanitario público

### FIGURA 21 / P.41

Resultados escenario 1. Proyección a partir de las tasas de crecimiento históricas

### FIGURA 22 / P.43

Resultados escenario 2. Proyección a partir de las tasas de crecimiento históricas

### FIGURA 23 / P.44

Análisis comparado de los dos escenarios de necesidades de financiación

### FIGURA 24 / P.45

Las necesidades de financiación por tramos

### FIGURA 25 / P.45

Evolución del gasto sanitario estimado según los dos escenarios previstos



# ESADE

RAMON LLULL UNIVERSITY

ESADEgov

INSTITUTE FOR  
HEALTHCARE MANAGEMENT

ANTARES  
*consulting* 

## **CAMPUS BARCELONA - PEDRALBES**

Av. Pedralbes, 60-62  
08034 Barcelona (España)  
Tel. 34 932 806 162

## **CAMPUS BARCELONA - SANT CUGAT**

Av. Torre Blanca, 59  
08172 Sant Cugat del Vallès  
Barcelona (España)  
Tel. 34 932 806 162

## **CAMPUS MADRID**

C. Mateo Inurria, 25-27  
28036 Madrid (España)  
Tel. 34 913 579 714

[www.esade.edu](http://www.esade.edu)

*Inspiring futures*