

Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Grado en Economía

REFORMAS ESTRUCTURALES PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL GASTO SANITARIO:

Un análisis del caso de España

Presentado por:

José Luis Reguilón Hernández

Tutelado por:

Olga Ogando Canabal

Valladolid, 29 de Julio de 2014

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
1. LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO	3
1.1. EL GASTO SANITARIO EN EL CONTEXTO DE LA OCDE	3
1.2. EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA: GASTO PÚBLICO Y PRIVADO.....	7
1.3. LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	11
2. ¿POR QUÉ CRECE EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA?	16
3. REFORMAS ADOPTADAS EN ESPAÑA DURANTE LA CRISIS EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS NACIONALES	20
3.1. ESTRATEGIAS DE REFORMAS APLICADAS EN LA UEM.....	20
3.2. REFORMAS SANITARIAS APLICADAS EN ESPAÑA DURANTE EL PERÍODO DE CRISIS ECONÓMICA	23
3.2.1. Introducción.....	23
3.2.2. Reforma del aseguramiento en el Sistema Nacional de Salud.....	24
3.2.3. Ordenación de la Cartera de servicios del SNS	26
3.2.4. Mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria	27
3.2.5. Ordenación de recursos humanos del SNS	28
3.2.6. Racionalización de la demanda farmacéutica	29
3.2.7. Racionalización de la oferta farmacéutica	31
3.2.8. Reforma del sistema de atención a la dependencia	32
3.3. UNA VALORACIÓN DE SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS APLICADAS DURANTE EL PERIODO DE CRISIS EN ESPAÑA	33
RETOS PENDIENTES Y CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación está centrado en el análisis de la problemática sostenibilidad del gasto sanitario, y por lo tanto, del sistema sanitario español, orientándonos al estudio de las diferentes reformas aplicadas para España.

La sostenibilidad del gasto sanitario ha sido objeto de estudio en nuestro país en las últimas décadas, y con la llegada de la crisis da lugar a un nuevo panorama de inseguridad a la hora de mantener los servicios que ofrece nuestro sistema sanitario, con la misma calidad y eficiencia.

El trabajo está estructurado en cinco apartados, dedicándose el último epígrafe a las conclusiones y retos pendientes. También incluye, las correspondientes referencias bibliográficas, en las que se ha fundamentado el análisis.

En el primer capítulo, se estudia la evolución del gasto sanitario en el contexto de la OCDE, para más tarde profundizar a nivel nacional, y a nivel autonómico con datos recientes para poder comprender la realidad más cercana al ciudadano.

El segundo capítulo aborda las causas fundamentales que explican el comportamiento del gasto sanitario en España, haciendo hincapié en la transformación demográfica que está sufriendo nuestra sociedad, junto con otra serie de factores que inciden de forma más contundente en el gasto sanitario, provocando la tendencia creciente.

En el tercer capítulo, explicamos las reformas sanitarias aplicadas tanto en el contexto de la UEM, como a nivel nacional, basándonos principalmente en los programas nacionales de reformas y el Real Decreto-ley 16/2012.

Finalmente en el cuarto capítulo se plantean las conclusiones finales, junto con recomendaciones que deberían acometerse para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

El trabajo se desarrolla basándose en los conocimientos y capacidades adquiridas durante el grado en Economía, destacando las asignaturas de análisis económico (Economía del desarrollo, Política económica, Economía mundial, Política sectorial y estructural, etc.).

1. LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO

1.1. EL GASTO SANITARIO EN EL CONTEXTO DE LA OCDE

Desde 1995 el gasto sanitario per cápita estimado, ha aumentado en un 4% anual, lo que comparado con un crecimiento estimado de la economía general de un 2,5%, se ha traducido en un cada vez mayor porcentaje de la economía dedicado a la salud (Relaño Toledano, 2007).

La tendencia alcista del gasto sanitario es la que predomina en el contexto de la OCDE, aunque con la llegada de la crisis, se registra un cambio de comportamiento al caer el gasto sanitario en uno de cada tres países de la OCDE entre 2009 y 2011, siendo los más afectados aquellos más golpeados por la crisis (OCDE, 2013).

En un contexto de estancamiento generalizado del gasto público sanitario¹, el gasto por habitante se ha reducido en 11 de los 33 países que forman la OCDE, destacando los ajustes económicos en países como: Grecia (11%), Irlanda (6,6%), Islandia (3,8%); y España reduce un 0,5% en este periodo.

Como podemos observar en el gráfico 1, España se encuentra ligeramente por debajo de la media de la OCDE en términos de gastos totales per cápita, con un gasto medio de 3.072 \$ en 2011 (ajustado a la paridad de poder de compra), en comparación con un promedio de la OCDE de 3.339 \$.

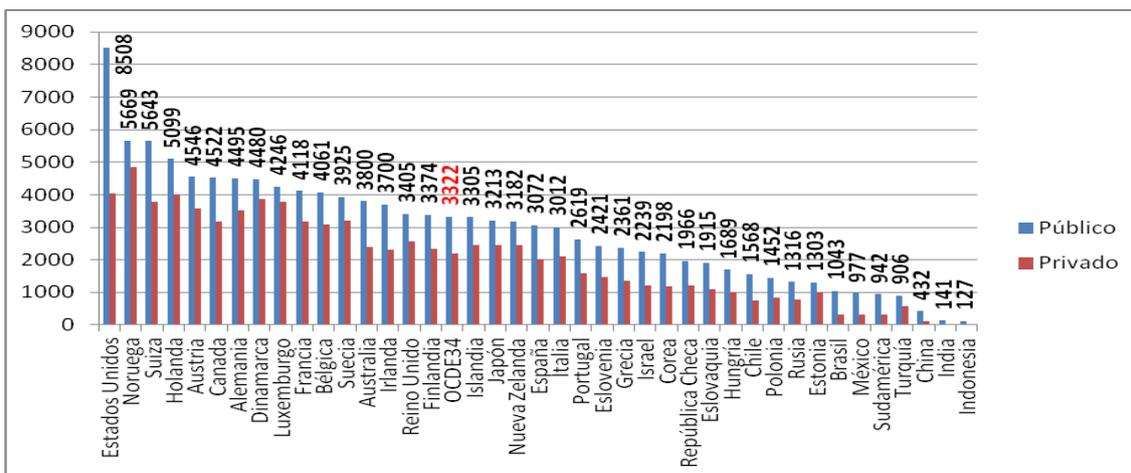
En el periodo 2001-2009, como se muestra en el gráfico 2², el gasto sanitario per cápita crecía alrededor de una media del 4% anual; en cambio, en los dos años siguientes, el crecimiento medio en la OCDE fue sólo del 0,1%, poniéndose de manifiesto el contraste entre los primeros años de este siglo y la tendencia a partir de 2009.

Los países se han esforzado en reducir sus gastos, con una bajada del precio de los medicamentos, junto con restricciones presupuestarias y reducciones salariales en el sector hospitalario.

¹ Hay que destacar, que no es así para todos los países de la OCDE.

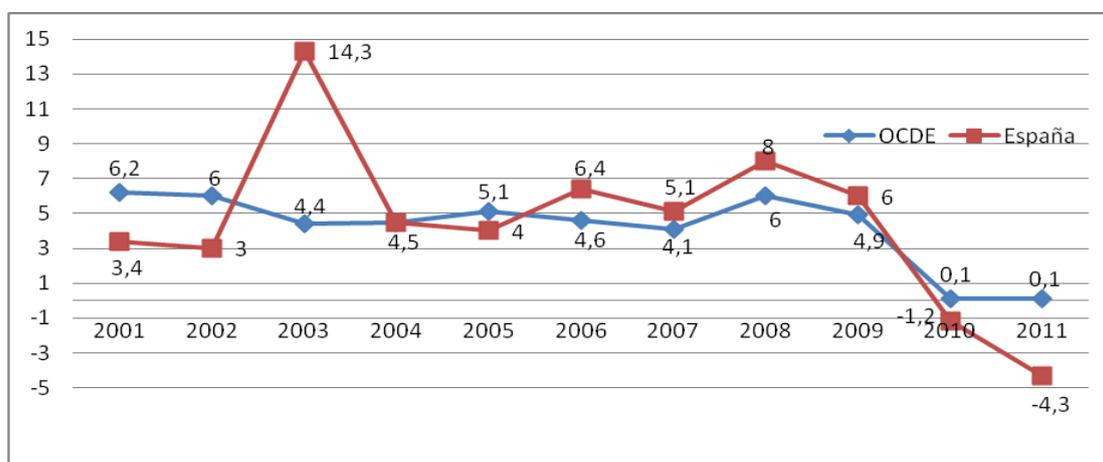
² Se debe tener en cuenta el fuerte aumento de 2002 que se produce debido a la finalización de la cesión de competencias en materia de sanidad a las Comunidades autónomas.

GRÁFICO 1.- GASTO SANITARIO PER CÁPITA OCDE, 2011, MEDIDO EN USD (PPA)³.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE (2013).

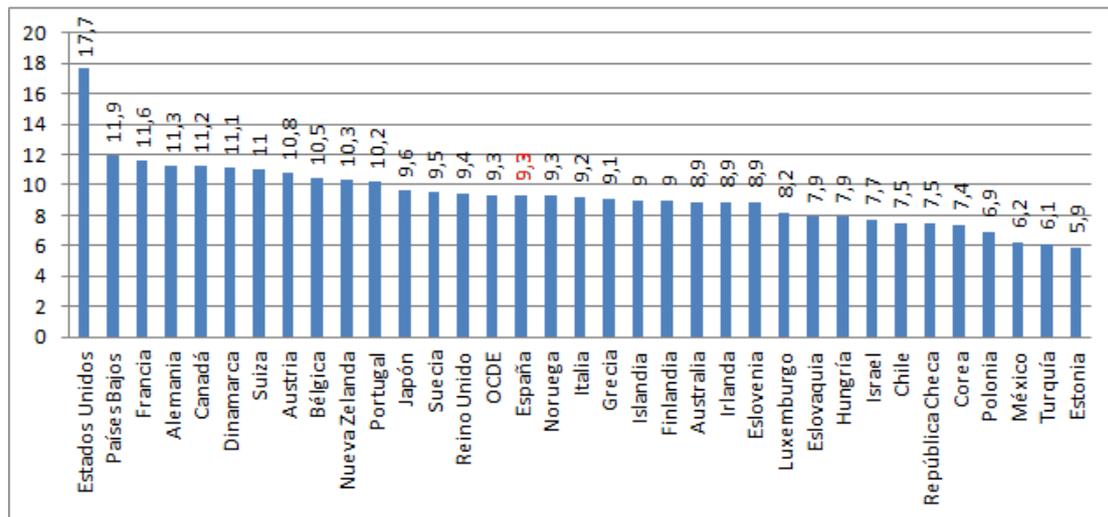
GRÁFICO 2.- VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO EN ESPAÑA Y EL PROMEDIO DE LA OCDE, PARA EL PERÍODO 2001-2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE (2013).

³ En el gráfico 1, presentamos la visión general del contexto de la OCDE del gasto sanitario per cápita, en la que se representa la parte correspondiente del gasto según sea público o privado, reflejando el dato total en el gráfico.

GRÁFICO 3.- GASTO SANITARIO EN LA OCDE (%PIB) PARA EL AÑO 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE (2013).

Analizando el gráfico 3, la posición de España ocupa un puesto relativo intermedio en el contexto de la OCDE, respecto al gasto sanitario total en relación al PIB, aunque no se puede deducir automáticamente que el nivel de salud sea mayor o menor, o que un peso mayor, implique una mejora en el cuidado de la salud distribuida para la población. Quizás el propio caso de Estados Unidos sea el más claro, con un peso del 17,7% del gasto sanitario total sobre el PIB, nadie se atrevería a decir que su sistema sanitario es hoy el mejor ni el modelo a imitar. Una manera de analizar el ajuste o desajuste de nuestro gasto sanitario, es verlo desde la perspectiva del gasto producido por persona (Puig-Samper, 2013).

Los cambios en el gasto sanitario (% PIB) dependen de las fluctuaciones, tanto en el gasto sanitario, como en el crecimiento de la economía. En virtud de ambos factores, el gasto sanitario, descendió hasta un 9,3% en 2011. En España creció, en términos reales, un 5,6% en promedio anual entre 2000 y 2009, más rápido que el promedio de la OCDE de 4,8%, pero tuvo una caída fuerte, consecutivamente durante 2010 y 2011, como se muestra en el gráfico 2. En 2011, España dedicó el 9,3% de su PIB al gasto sanitario (al igual que la media de la OCDE).

A pesar de la irrupción de la crisis, el gasto en salud continuó su tendencia creciente, aunque a un ritmo más lento. Sin embargo, se producen sucesivas reducciones del gasto sanitario en 2010 y en 2011.

El gasto sanitario en porcentaje de PIB, más altos corresponden a los Estados Unidos (17,7%), Países Bajos (11,9%), Francia (11,6%) y Alemania (11,3%).

TABLA 1.- GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL Y PER CÁPITA, EN LA EUROZONA (2011).

	%PIB	Millones de euros	€/hab.		%PIB	Millones de euros	€/hab.
EU-27	7,3	926.728	1.843	Luxemburgo	4,8	2.031	3.910
EA-17	7,4	695.844	2.094	Hungría	5,1	5.132	515
Bélgica	7,9	29.148	2.655	Malta	5,6	366	875
Bulgaria	4,6	1.772	241	Holanda	8,5	50.966	3.053
República checa	7,8	12.145	1.157	Austria	7,8	23.322	2.770
Dinamarca	8,4	20.088	3.607	Polonia	4,7	17.529	455
Alemania	7	182.510	2.232	Portugal	6,8	11.680	1.097
Estonia	5,1	813	606	Rumanía	3,4	4.444	208
Irlanda	7,5	11.945	2.660	Eslovenia	6,9	2.481	1.209
Eslovaquia	6	12.472	1.105	Eslovaquia	5,9	4.093	752
España	6,3	67.500	1.463	Finlandia	7,8	14.829	2.753
Francia	8,3	164.882	2.530	Suecia	7	27.271	2.886
Italia	7,4	116.195	1.913	Reino Unido	8	140.057	2.233
Chipre	3,4	609	716	Islandia	7,6	769	2.412
Letonia	4,1	831	404	Noruega	7,3	25.620	5.173
Lituania	5,2	1.616	533	Suiza	2,1	9.802	1.246

Fuente: Eurostat(2011).

Para finalizar, realizamos un análisis de la situación en el contexto europeo, marco de referencia de la economía española. España registra como se muestra en la tabla 1, un gasto público sanitario consolidado de 67.500 millones de euros, durante el año 2011 (6,3% PIB), con una media de 1.463 euros anuales por habitante (Eurostat, 2011).

En comparación con la media de los 17 países de la Zona Euro (2.094 euros por persona), España gasta 631 euros anuales por habitante menos que el promedio europeo (-30,1%), ocupando un puesto relativo inferior a todas las grandes potencias económicas de la Eurozona.

En concreto, se ubica en el puesto número 11, dentro del contexto europeo, sólo por delante de Eslovenia (1.209 euros), Grecia (1.105 euros), Portugal (1.097 euros), Malta (875 euros), Eslovaquia (752 euros) y Chipre (716 euros). España a pesar de ocupar un puesto relativo inferior, respecto al gasto sanitario, en comparación a otras potencias europeas, nuestro sistema sanitario goza de una buena posición relativa, en términos de eficiencia (McKinsey,2009), como avala Bloomberg (2013), situando a la sanidad española en la posición número 5 del mundo, utilizando una media ponderada con tres criterios: la esperanza de vida (60% de peso relativo) alcanzando los 82,3 años de media, cuya cifra es de las más elevadas del mundo, el coste relativo de los cuidados de la salud per cápita (un 30%) y el coste per cápita de los cuidados de la salud en términos absolutos (10%). La sanidad española ocupa el quinto lugar en el ranking, con una nota de 68,3 puntos sobre cien, sólo superada por Israel, Japón, Singapur y Hong-Kong.

1.2. EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA: GASTO PÚBLICO Y PRIVADO

El sector sanitario viene presentando desde la cesión de competencias a las Comunidades Autónomas, una tendencia creciente en su gasto total, que hace que nos preguntemos por su sostenibilidad y su futuro, a la hora de prestar y financiar los servicios que provee este sector. En la tabla 2, se registra la evolución que hemos vivido desde el año 2003 hasta comienzos de la crisis.

TABLA 2.- EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO (%PIB) EN ESPAÑA PARA EL PERÍODO 2003-2007.

<i>Agente de Financiación</i>	<i>Gasto Sanitario total (%PIB)</i>				
	2003	2004	2005	2006	2007
Administración Pública	5,74	5,78	5,85	5,96	6,06
Administración central	0,06	0,05	0,05	0,06	0,06
Administración regional/provincial	5,15	5,19	5,26	5,37	5,47
Administración local/municipal	0,11	0,1	0,1	0,1	0,1
Administraciones de seguridad social	0,43	0,43	0,43	0,43	0,42
Sector privado	2,43	2,43	2,44	2,4	2,42
Gasto total	8,17	8,21	8,29	8,36	8,48

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sistema de Cuentas de Salud (2003-2009).

Según los datos que nos proporciona la tabla 2, vemos como los recursos se concentran en mayor medida en el sector público, concretamente la mayor parte del gasto, se corresponde al generado por las Comunidades Autónomas, cuya concentración es la práctica habitual en el contexto europeo. La crisis económica actual, pone de manifiesto los problemas de sostenibilidad a la hora de mantener los servicios públicos sanitarios, provocada debido a la caída del PIB y, por otro lado al descenso de los ingresos públicos, como observamos en la tabla 3, sin olvidar la alta tasa de desempleo y, por lo tanto, la notable caída de la cotización a la seguridad social (Puig-Junoy, 2013).

TABLA 3.- EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO, INGRESOS PÚBLICOS Y PIB EN ESPAÑA, DURANTE LA ETAPA 2003-2011.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PIB	100	107,4	115,4	124,7	135,1	144,4	149,2	143,7	143,8	145,8
Gasto sanitario público	100	111,4	120,2	131,2	144,4	156,4	173,6	182,8	179,3	175,5
Ingresos tributarios totales	100	105,7	114,4	130,5	145,7	163,0	140,9	117,0	129,6	131,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

TABLA 4.- GASTO SANITARIO TOTAL PÚBLICO Y PRIVADO EN ESPAÑA, MEDIDO EN MILLONES DE EUROS Y EN PORCENTAJE DEL PIB, PARA EL PERÍODO 2007-2011.

<i>Gasto sanitario total. Millones de euros. España, 2007-2011</i>					
	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto sanitario total	89.422	97.250	100.872	100.770	98.860
Gasto sanitario público	64.253	71.028	75.378	74.773	72.217
Gasto sanitario privado	25.169	26.222	25.495	25.998	16.643
<i>Gasto sanitario total. Porcentaje sobre el PIB. España, 2007-2011</i>					
	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto sanitario total	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3
Gasto sanitario público	6,1	6,5	7,2	7,1	6,8
Gasto sanitario privado	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5

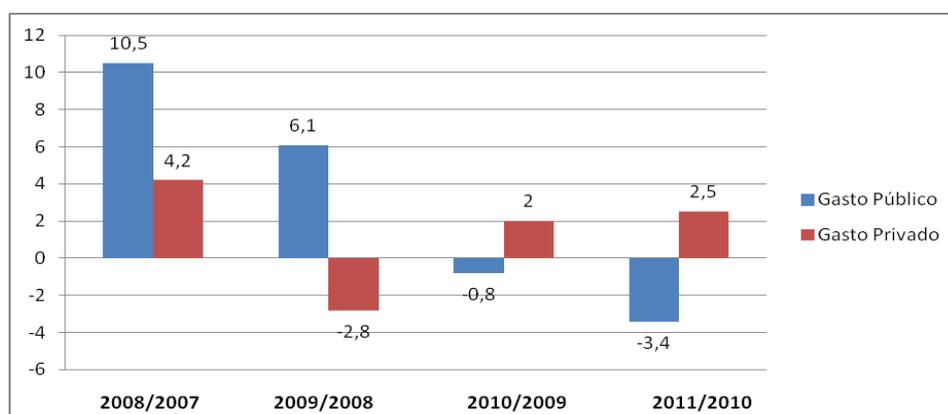
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SCS: Principales resultados (2011).

En la actualidad, como se muestra en la tabla 4, para el año 2011, según los datos del Sistema de Cuentas de la Salud, España tuvo un gasto en sanidad de 98.860 millones de euros, en relación con 2010 se ha producido una reducción del gasto de un 1,9% en términos corrientes, iniciando así, una progresiva reducción del gasto iniciada desde 2010. Al medir la evolución en términos reales, con euros constantes de 2008, vemos una reducción del 2,8%.

Debemos diferenciar dentro del gasto sanitario de un total de 98.860 millones de euros gastados en sanidad en 2011; 72.217 millones corresponden al sector público y 26.643 al sector privado, un 73,0% y un 27,0% respectivamente, como podemos observar a continuación, en el gráfico 5.

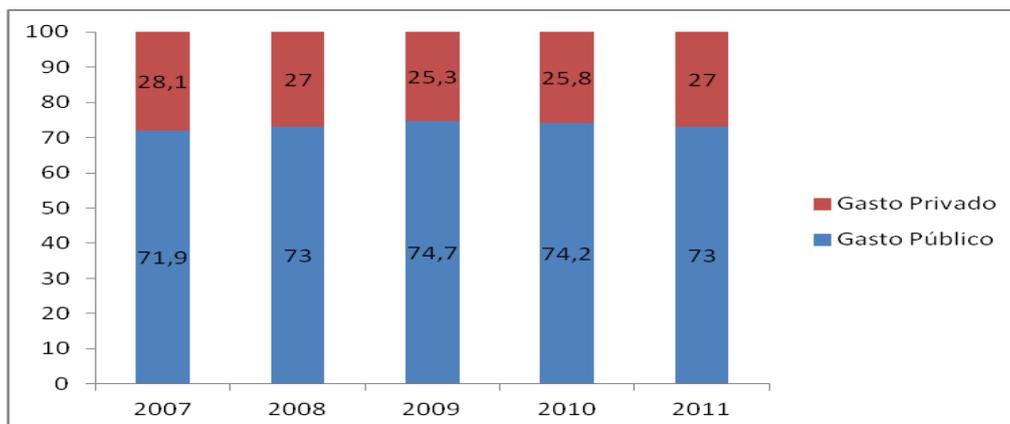
Asimismo, el gráfico 4 muestra la tendencia del gasto sanitario por parte del sector privado, y el gasto público, que registra una tendencia decreciente marcada sobre todo por el cambio de comportamiento, que ya habíamos comentado previamente iniciado desde el año 2010, iniciando una etapa de reducción del gasto sanitario público.

GRÁFICO 4.- TASA DE VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRIVADO EN ESPAÑA PARA EL PERÍODO 2007-2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SCS: Principales resultados (2011).

GRÁFICO 5.- CONTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO Y GASTO SANIRARIO PRIVADO EN ESPAÑA (2007-2011).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SCS: Principales resultados (2011).

Analizamos de este modo, el comportamiento del gasto sanitario público y el realizado por el sector privado. Hasta el año 2009, el sector público siempre crecía a un ritmo superior al sector privado, aunque ambos lo hacen por encima del crecimiento del PIB. El sector privado tiene una evolución que se ajusta al crecimiento del PIB, excepto para el año 2011, en el que el PIB crece un 0,4%, aunque el sector sanitario privado se contrae el -1,4%. Esto puede explicarse por dos fenómenos: la prolongación y la intensidad de la crisis económica, que produce una mayor contención del gasto en todos los aspectos, incluido el sanitario; y la fuerte reducción de los presupuestos y la capacidad de gasto de la sanidad pública, de la que la privada tiene una alta dependencia económica (Puig-Samper, 2013).

Tras el análisis realizado, podemos concluir que el gasto sanitario en España asciende a cerca de 99.000 millones, un 9,3% del PIB en 2011, (Sistema de Cuentas de la Salud, 2011) aunque no excesivo, en términos relativos, si lo comparamos con los países de nuestro entorno, al situarse por debajo de la media de la Unión Europea.

Por otro lado, a pesar de los factores que presionan hacia un incremento del gasto (aumento de la población, envejecimiento, desempleo, creciente número de enfermedades crónicas, mayor oferta de servicios...), su ritmo de crecimiento se ve frenado por la crisis económica, aun así, hemos contado con un ritmo de crecimiento superior al del resto de los países de nuestro entorno,

sólo superado por algunos de los países de Centroeuropa⁴ , con un ajuste anticipado del sector privado continuado del ajuste del sector público mediante reformas y medidas para lograr ahorro.

En el caso de España, la caída observada en 2011 no es preocupante, dado que el peso del gasto sanitario en relación con el PIB, había aumentado mucho en los dos años anteriores, tendrá relevancia para el año 2012 reflejando los efectos combinados del Real decreto ley 16/2012 y de las políticas de contención presupuestaria de las Comunidades Autónomas, sobre las que recae más del 90% de la ejecución del gasto sanitario público. A continuación, en el siguiente apartado abordamos en mayor profundidad, su comportamiento en años más recientes a nivel autonómico en España (Juan Oliva, 2012).

1.3. LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El análisis del gasto sanitario autonómico, nos muestra con mayor nitidez la realidad a la que se tienen que enfrentar los ciudadanos, sufriendo claramente las políticas de contención del gasto sanitario.

El gasto en salud ha caído un 10,6%, lo que equivale a una disminución de 6.700 millones de euros, que se han reducido de los presupuestos sanitarios del gobierno central y Comunidades Autónomas, desde el año 2010. Entre las medidas que han hecho posible esta caída del gasto, se encuentra un porcentaje menor de material en decenas de ambulatorios y hospitales, es decir, hay menor y peor calidad, según denuncian profesionales y pacientes.

En el gráfico 6, observamos los datos de 2013, en el que varias autonomías que ya registraban anteriormente desde 2010, desviaciones respecto al presupuesto inicial, han seguido reduciendo dicho presupuesto, y con él, su gasto sanitario. Las reducciones en el gasto sanitario supondrán una disminución en torno a 150 euros por habitante, como refleja en el gráfico 7.

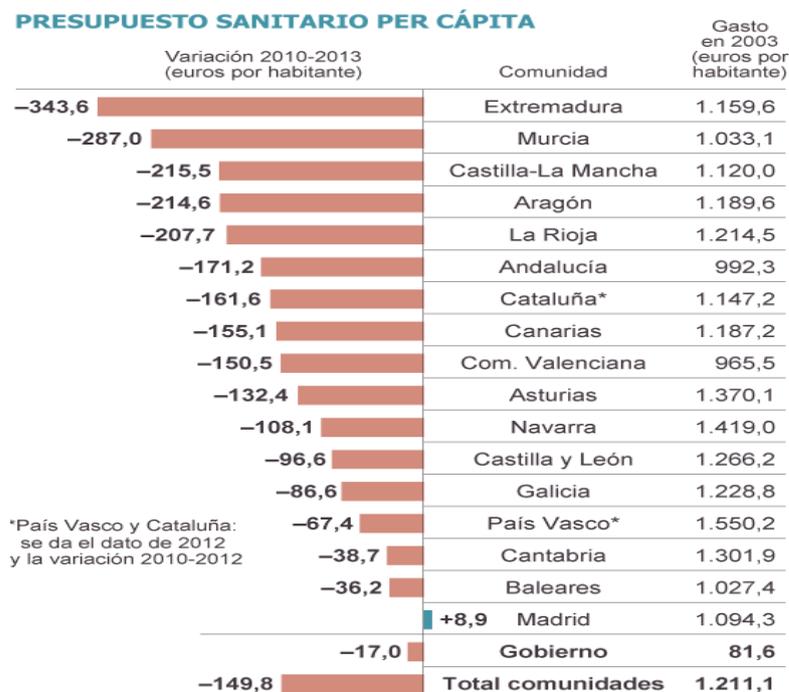
⁴ Hacemos referencia a países de centro europa, sin contar con los países nórdicos, ya que su puesta en marcha para la reducción del gasto sanitario, lleva acometiéndose desde mediados de los años noventa.

GRÁFICO 6.- VARIACIÓN DEL GASTO SANITARIO AUTONÓMICO Y CENTRAL PARA EL PERÍODO 2010-2013.



Fuente: Ministerio de Hacienda, Véase: diario El país, 16 febrero de 2013.

GRÁFICO 7.- VARIACIÓN DEL PRESUPUESTO SANITARIO PER CÁPITA EN ESPAÑA PARA EL PERÍODO 2010-2013⁵.



Fuente: Ministerio de Hacienda, Véase: diario El país, 16 febrero de 2013.

⁵ Se debe tener en cuenta el caso del País Vasco por su diferente sistema de financiación con respecto a otras Comunidades Autónomas.

Las administraciones juegan con una ventaja: mientras el ahorro se mide de año en año, su efecto sobre el estado de salud de los ciudadanos no es tan inmediato. La mala atención de hoy, se verá reflejado, en las cuentas de dentro de unos años. Las medidas de eficiencia y de ahorro dicen que aseguran la atención sin ningún tipo de resentimiento, pero no es así como se pronostica.

Los gráficos 6 y 7, nos muestran desde el inicio de los recortes en 2010, la tendencia decreciente del gasto. En algunas Comunidades con más fuerza, como en Extremadura (22,8%) o Murcia (21%). Las reducciones de gasto implican una disminución de recursos destinados por habitante en los que vemos, como para Extremadura, suponen una caída de 343,6 euros por habitante, o en Murcia, 287 euros por habitante. Podemos observar principalmente, que las menos afectadas con menores recortes en el presupuesto, se concentran en Castilla y León, Galicia, Asturias, Cantabria, Navarra, País Vasco, Baleares y Madrid.

TABLA 5.- EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PER CÁPITA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DURANTE EL PERÍODO 2010-2014.

Comunidad Autónoma	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	1.180,09	1.121,69	1.174,43	999,19	980,00
Aragón	1.419,37	1.364,49	1.371,87	1.189,35	1.119,94
Asturias	1.507,15	1.495,93	1.530,90	1.370,01	1.383,12
Baleares	1.066,37	1.003,32	1.066,82	1.027,30	1.048,10
Canarias	1.295,36	1.135,75	1.161,97	1.186,77	1.229,02
Cantabria	1.347,47	1.232,16	1.230,44	1.301,65	1.333,30
Castilla y León	1.360,62	1.348,92	1.353,00	1.265,86	1.267,28
Castilla La Mancha	1.346,52	1.283,08	1.123,23	1.119,75	1.122,99
Cataluña	1.298,84	1.292,45	1.128,24	1.123,57	1.091,57
Comunidad Valenciana	1.122,79	1.078,95	1.060,80	965,44	1.079,08
Extremadura	1.509,72	1.390,56	1.334,74	1.158,70	1.178,78
Galicia	1.333,39	1.266,13	1.262,77	1.229,08	1.227,74
Madrid	1.108,14	1.103,16	1.104,52	1.094,24	1.087,65
Murcia	1.334,25	1.346,90	1.219,89	1.032,92	1.079,13
Navarra	1.543,12	1.528,59	1.424,51	1.418,97	1.397,70
País Vasco	1.623,08	1.563,68	1.557,78	1.551,75	1.541,72
La Rioja	1.443,94	1.347,11	1.298,01	1.214,42	1.242,68
Media autonómica	1.343,95	1.288,58	1.210,95	1.191,11	1.204,97

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública, Véase: El Mundo, 11 de enero de 2014.

En un contexto generalizado de tendencia decreciente, según los datos de las Consejerías de Hacienda de cada Comunidad Autónoma, tras las cifras hay escenas muy reales: los pensionistas deben abonar un determinado porcentaje en la adquisición de fármacos, acometer el pago por el uso del servicio de transporte en ambulancia para un tratamiento no urgente, entre otras.

En Andalucía, se ha producido la reducción más fuerte con un 17%, mientras que en el País Vasco, que en 2010 también ocupaba el primer puesto entre las Comunidades españolas, en relación al gasto sanitario por habitante, la reducción ha sido sólo del 5%, como podemos apreciar en la tabla 5. Respecto a estos datos de gasto sanitario per cápita, no significa que las Comunidades con mayores niveles de población (Andalucía, Cataluña y Madrid), ofrezcan servicios de peor calidad a sus habitantes, sino que pueden producirse economías de escala (Alonso y Ferrero, 2012).

Las Comunidades, según los presupuestos de 2014, que más recursos invierten en materia sanitaria por habitante, detrás del País Vasco, se sitúan Navarra (1.397,70 euros), Asturias (1.383,12) y Cantabria (1.333,30). Por encima de Andalucía, entre las Comunidades en las que el gasto sanitario por habitante es menor, están Baleares (1.048,10), la Comunidad Valenciana (1.079,08), Murcia (1.079,13) y Madrid (1.087,65).

Desde 2010, el gasto sanitario per cápita, a nivel autonómico, ha caído de media 142 euros por habitante, equivalente aproximadamente a un 10%, similar a la reducción del Estado central aplicada a la sanidad pública, un 13% en cuatro años. Aragón y Extremadura protagonizan las caídas más profundas, respectivamente el 21% y 22%. Aragón ha pasado de ser la tercera Comunidad de mayor gasto, con 1.371 euros por ciudadano, a situarse por debajo de la media del conjunto autonómico, asimismo, Extremadura de los 1.334 euros dedicados en 2010, ha disminuido en 330 euros por ciudadano. País Vasco, Asturias y Navarra, son las regiones con mayor gasto sanitario registrado desde el año 2010. Andalucía, en cambio, sería en 2014, la Comunidad con menor gasto per cápita, con una media de 980 euros por habitante, la única Comunidad Autónoma que se sitúa por debajo de los 1.000 euros.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) en su último informe anual de 2013, sobre el estado de la situación sanitaria de las Comunidades Autónomas, Navarra, Asturias y País Vasco apunta que las Comunidades Autónomas con mayor gasto, son las regiones que presentan un mejor sistema sanitario.

Podemos definir hasta qué punto el gasto puede afectar sobre la calidad del servicio, y asimismo, sobre cómo es percibida por los propios ciudadanos. Según los datos de encuesta del Barómetro Sanitario que el Ministerio de Sanidad encargó al CIS en 2012, el segmento de población “muy satisfechas” con su sistema regional fueron más grandes en aquellas regiones en las que más recursos se destinaron a la sanidad, Asturias y Navarra. En Canarias y la Comunidad Valenciana, pasó lo opuesto: fueron las Comunidades que más juicios negativos registraron en la encuesta del CIS, cuando su gasto se encontraba, en ambos casos, por debajo de la media nacional. Valencia, en concreto, ocupaba en 2012 el último lugar en cuanto al gasto sanitario per cápita⁶.

Ninguna Comunidad Autónoma tiene garantizado a medio plazo, la sostenibilidad financiera del sistema sanitario, ya que las previsiones de crecimiento medio anual del gasto público español, para el período 2013-2016, en ausencia de reformas, seguirá una tendencia creciente, llegando a aumentar hasta un 4,4%, por lo tanto, sin reformas, se prevé que el gasto sanitario se verá reducido, en gran medida respecto a la media nacional, en las regiones de Galicia, Cantabria, Madrid, Canarias y Andalucía, mientras que otras tres Comunidades, se acercarán a la media nacional (Castilla y León, Asturias y La Rioja), asimismo, el resto de Comunidades superaría la media nacional (Navarra, Cataluña, Aragón, Extremadura, País Vasco, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Murcia e Islas Baleares). Por lo tanto, para revertir este problema, el crecimiento económico anual mínimo requerido para su sostenibilidad, sería de un 1,4% PIB en términos reales; si no se llegase a alcanzar esta cifra, los recortes serían más profundos (Abellán Perpiñán, 2013).

⁶ Fuente: Diario El confidencial, 13 de julio de 2014

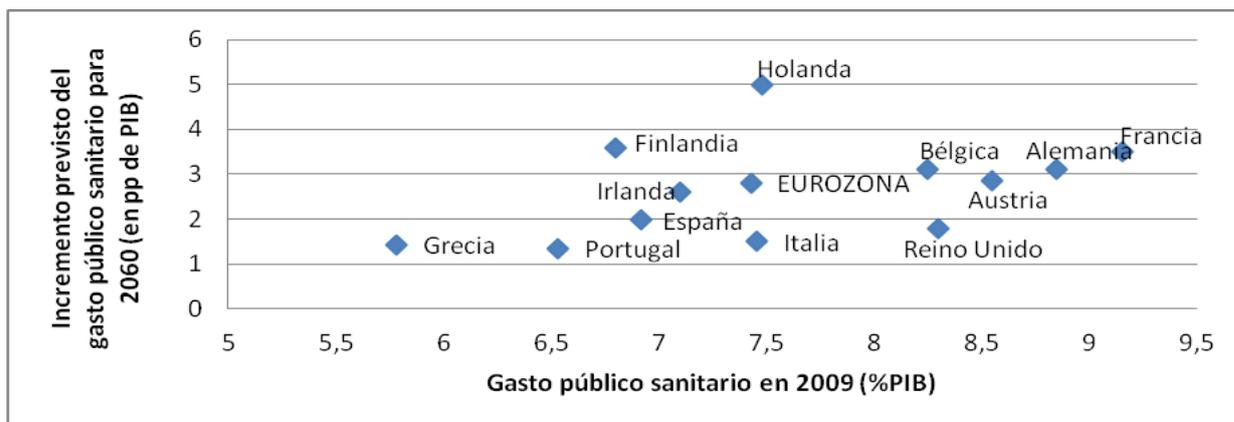
2. ¿POR QUÉ CRECE EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA?

Los sistemas sanitarios europeos se caracterizan por una cobertura pública, prácticamente universal, y una gran variedad de prestaciones (servicios médicos, medicamentos y tecnología), en los que en mayor medida se está implantando el copago, y a la provisión de servicios del sector privado. El gasto privado habitualmente, es de carácter complementario, centrado en tratamientos no incluidos en sistemas públicos (odontología o cirugía plástica) o para evitar listas de espera, así como ciertos productos farmacéuticos. En los países de la UEM, la financiación sanitaria es fundamentalmente pública, con una media en torno al 80% del gasto sanitario total. Comprobamos, a partir del gráfico 8, como los países del centro de Europa gastan más en sanidad, especialmente en sanidad pública, entre un 8 % y un 9 % del PIB, frente a 6 % o 7 % en el resto (García Perea y Manrique Simón, 2012).

Dentro del “Modelo social europeo”, los problemas que afectan a la provisión de servicios de salud por parte del mercado, y los elevados riesgos de exclusión social, sobre todo en personas con enfermedades crónicas y de edad avanzada, debe correlacionarse mediante una elevada responsabilidad pública en la asistencia sanitaria. Sin embargo, en este marco general, vemos diferencias sustanciales entre los diferentes sistemas sanitarios nacionales, en lo que se refiere a su estructura de organización territorial, las formas de provisión (pública o privada) de los servicios de salud y la financiación de estos.

El sector sanitario público, debido a la crisis, sufre un impacto negativo sobre las finanzas públicas que sobrepasa a los problemas demográficos, que están presionando al alza la demanda de servicios sanitarios, debido al aumento de la población con mayores necesidades de atención médica. A la vez, en la innovación tecnológica, dando mejoras en la salud, suponen mayor gasto sanitario al introducir medicamentos y técnicas de costes elevados (García Perea y Manrique Simón, 2012). Así, el gasto sanitario respecto al PIB ha aumentado generalizadamente, recientemente en toda la UEM. Según estimaciones de la Comisión Europea (2012) el gasto sanitario total podría aumentar entre 3% y un 6% del PIB entre 2010 y 2060, tal y como se detalla en el gráfico 8.

GRÁFICO 8.- PREVISIÓN DEL AUMENTO DEL GASTO SANITARIO EN LA OCDE PARA EL PERIODO 2010-2060.



Fuente: OCDE y Comisión Europea. García y Manrique Simón (2012).

El objetivo es detener dicha tendencia garantizando los logros alcanzados en términos de calidad y de cobertura de la población.

La Comisión Europea enfatiza la importancia del envejecimiento poblacional, sobre el aumento del gasto público en servicios sanitarios. Si tenemos en cuenta solamente el factor demográfico, el incremento sería 1,3 % entre 2010 y 2060. Ahora bien, si contamos con todo factor no demográfico, el aumento total ascendería a casi 3 %, entre los que se engloban (factores institucionales, coyuntura actual de crisis, evolución de la renta, etc.).

La economía debería crecer un mínimo del 1,4% anual en 2013-2016 para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, si no se adoptan reformas para controlar el gasto (Fundación BBVA, 2013). Por ello en este capítulo, vamos a analizar los factores que afectan negativamente a la sostenibilidad del sistema sanitario, provocando un aumento en su gasto.

La Fundación BBVA (2013) indica que el estado de salud percibido muestra una fuerte, y negativa correlación con la edad, especialmente entre las mujeres; es decir, a mayor edad peor estado de salud percibido, aunque es menor su correlación para edades muy avanzadas en el caso de las mujeres. El envejecimiento poblacional es un reto para el sistema sanitario, y a su vez, resultado de éste. El envejecimiento y la evolución global de la población implicarán un mayor gasto sanitario real.

Sin embargo, frente al aumento del gasto sanitario público por el envejecimiento poblacional, el incremento de la esperanza de vida no debería llevar aparejado, un elevado problema respecto al crecimiento desmesurado del gasto sanitario. En un contexto convencional, el envejecimiento de la población española llevaría a una subida del gasto sanitario público real del 0,7% al año, por término medio, en las próximas décadas. Se puede afirmar que el envejecimiento impone un cambio cualitativo en materia sanitaria. La oferta de servicios sanitarios está indisolublemente ligada a una transformación ineludible en las próximas décadas: el paso de la sanidad a la geriatría; es decir, la generalización de servicios no necesariamente sanitarios, consistentes en cuidados y atención a una proporción creciente de personas mayores o muy mayores (Herce, Ahn y Alonso, 2003. Fundación BBVA).

El proceso de “transición sanitaria” será protagonizado por el cambio en la estructura de edades, especialmente a partir de 2020. A este proceso de cambio se sumarían los demás factores no demográficos determinantes del gasto, como por ejemplo: la inflación diferencial (respecto al deflactor del PIB) de los servicios y productos sanitarios, la intensificación de la tecnología sanitaria, los cambios en la morbilidad de la población y los cambios en los protocolos aplicados. Cada uno de estos factores, puede ejercer un efecto de signo indeterminado a priori sobre el gasto total, aunque hasta el presente, en general, estos factores también han impulsado el gasto sanitario.

Los factores demográficos engloban diversos aspectos, que provocan el aumento del gasto sanitario, los cuales son: hábitos de vida, envejecimiento poblacional, la mayor esperanza de vida al nacer, las bajas tasas de natalidad y el fenómeno de la inmigración. Las últimas expectativas poblacionales indican que desde el 2018, habrá más defunciones que nacimientos, lo que hará que en 40 años, España pierda un 10% de su población actual, y que en 2052, el 37% de la población será mayor de 65 años (INE, 2012).

Podemos obtener una conclusión sobre el factor demográfico, teniendo en cuenta algunos estudios realizados (Fernández Pérez y Herce San Miguel, 2009), el envejecimiento no debería constituir un problema en este ámbito, y que los razonablemente buenos niveles que tienen en nuestro país las prestaciones económicas y en especie en sus diferentes grandes programas,

no deberían sufrir menoscabo en el futuro si sólo fuese por los factores estrictamente demográficos, teniendo en cuenta la evolución esperada del tamaño de la población en los próximos cincuenta años y la evolución de la estructura de edades de la misma”. A pesar de la importancia relativa de los factores demográficos, ya que podemos predecir un cambio en la estructura poblacional hacia una sociedad marcada por el envejecimiento, el crecimiento del gasto sanitario público atribuible a los cambios en la demografía resultaría sostenible sin mayores problemas, si el resto de componentes que impulsan el gasto se mantuviera constante. Sin ser pues menospreciable el envejecimiento relativo de la población, el ritmo esperado de crecimiento del PIB permitiría hacer frente sin excesivas dificultades al crecimiento atribuible a dicho factor, dentro siempre de coordenadas de utilización razonable de los recursos disponibles. Otro tema distinto, es el del impacto de la inmigración en el gasto sanitario público, por el momento mal resuelto en la financiación autonómica de nuestros sistemas autonómicos de salud⁷. (Puig-Junoy, 2004).

Desde la perspectiva de la inversión en investigación médica y la adopción de tecnologías modernas que suele venir asociada al crecimiento; han supuesto un considerable aumento del gasto, tanto por los costes por su desarrollo, como por la extensión a un amplio conjunto de la población de tratamientos que antes no existían, como, por ejemplo, los cuidados paliativos. Realizamos un análisis breve de los factores más importantes que afectan al crecimiento del gasto sanitario, desde esta perspectiva, la tecnología podría explicar desde un 33% hasta un 50% del gasto sanitario, y esto se debe en parte también, a la poca eficiencia del modelo de atención sanitaria, provocadas por: escasa integración entre niveles asistenciales, crecientes costes de administración y coordinación del sistema, baja productividad de profesionales sanitarios, cumplimiento de trámites administrativos, rigideces y burocratización del sistema sanitario con una gobernanza no profesionalizada, entre otras. (Peiró y Barrubés, 2012).

⁷ Actualmente hay que destacar la salida de inmigrantes hacia sus países de origen, ya que afecta de manera relevante en la estructura demográfica del país, sobre todo en el factor de la natalidad de forma negativa, llegando a tener un crecimiento poblacional nulo o negativo, siendo así, un factor relevante, en el proceso de envejecimiento poblacional. No se hace alude a este fenómeno, ya que en la referencia mencionada no se daba este hecho.

3. REFORMAS ADOPTADAS EN ESPAÑA DURANTE LA CRISIS EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS NACIONALES

3.1. ESTRATEGIAS DE REFORMAS APLICADAS EN LA UEM

Las perspectivas sobre la evolución del gasto sanitario que hemos analizado nos muestran que la reducción del gasto constituye uno de los retos más importantes a los que se enfrentan las políticas presupuestarias.

Las reformas que se han implantado en los países de la UEM en las últimas décadas, han sido muy variadas debido a la diversidad que caracteriza a los propios sistemas sanitarios nacionales. Las diferentes estrategias de reforma, podemos clasificarlas a rasgos generales, por motivos expositivos en dos grandes bloques: las que afectan al sistema de provisión de servicios públicos, entre las que incluyen la introducción de topes presupuestarios o restricciones cuantitativas directas, controles de precios y cambios en los sistemas de gestión pública relativos a la gestión descentralizada ; y las reformas que afectan al sistema de financiación y de control de la demanda dirigidas, por un lado, a potenciar los mecanismos de mercado —a través, fundamentalmente, de elementos que aumentan la libertad de elección del paciente— y de nuevos sistemas de contratación y, por otro, a racionalizar el uso de los recursos de salud, donde se incluyen aspectos como el copago o la extensión de los seguros privados; ahora analizamos a grandes rasgos las reformas que predominan en la UEM (García Perea y Manrique Simón, 2012).

- **Topes presupuestarios**

Ha sido una medida muy extendida y efectiva en la reducción del gasto sanitario por su impacto a corto plazo, pero para poder ser efectiva a largo plazo, sin perjuicios en la calidad de la sanidad, es preciso la puesta en marcha de reformas que incidan sobre las causas reales que provocan el incremento del gasto. Los topes han de ser diseñados de tal forma que incentiven el trasvase de recursos desde los centros o áreas de actividad ineficientes a favor de los más eficientes, facilitando el redimensionamiento (o incluso el cierre) de centros ineficientes, evitando recortes uniformes y lineales. En este contexto, la técnica de elaboración de los presupuestos resulta crucial. (Figueras, 2004).

- **Restricciones cuantitativas y control de precios**

Complementarios a los topes presupuestarios, se realizan restricciones en la dotación de factores (número de camas, hospitales, personal sanitario, etc.). El impacto de estas medidas ha sido solo marginal en la contención del gasto sanitario. Los controles de precios sobre los productos farmacéuticos pueden ser una medida muy eficaz para racionalizar el uso de las medicinas y mantener el gasto farmacéutico bajo control si se avanza en el diseño de una adecuada regulación del mercado farmacéutico.

Según López Casanovas y Puig-Junoy (2000), los precios de referencia son una medida especialmente útil para contener el gasto farmacéutico cuando la raíz del problema no es un exceso de prescripciones de medicamentos por parte de los médicos, sino unos niveles excesivamente elevados de precios; cuando las diferencias de precios entre medicamentos equivalentes son significativas, y cuando el mercado de medicamentos genéricos es muy amplio. Los precios de referencia, junto con la extensión del genérico, han supuesto una notable reducción del gasto farmacéutico. La forma más usual de promover el uso de medicamentos genéricos es mediante la introducción de incentivos a las farmacias, de copagos más reducidos y de directrices a los médicos, complementada con el seguimiento de las conductas prescriptoras y con campañas de educación sobre el uso de los medicamentos.

- **Mejoras en la gestión pública**

Las reformas en la gestión pública han buscado modificar la organización del sistema sanitario con el objetivo de reducir costes. Entre las estrategias de reforma que se han seguido en este ámbito, las estimaciones más recientes del FMI (2012) señalan que la involucración de los Gobiernos regionales en la toma de decisiones clave, puede tener un importante impacto estimado en términos de contención del gasto sanitario, siendo más modestos los efectos de cambios en otros aspectos de la gestión pública. Sin embargo, la evidencia empírica no es concluyente y otras estimaciones señalan que el impacto de la descentralización de la gestión no resulta significativo. En España, la descentralización de la sanidad ha evidenciado algunas tensiones y retos, entre

los que destacan la tendencia de las regiones a gastar por encima de lo presupuestado, la dificultad para coordinar las políticas sanitarias que afecta a las desigualdades regionales y la escasa conexión existente en materia de información entre los sistemas de salud autonómicos (Hernández de Cos y Moral-Benito, 2011).

- **Mecanismos de mercado y sistemas de contratación**

La introducción de mecanismos de mercado, como la libertad de elección de compañía de seguros, así como el aumento de la provisión privada que facilite la competencia entre proveedores, busca controlar los costes mejorando la eficiencia a nivel microeconómico. Si nos basamos en la experiencia empírica, se confirma el elevado potencial de estas medidas a la hora de reducir el gasto, aunque reviste una gran importancia que estas reformas se diseñen cuidadosamente y vayan acompañadas de una regulación y de mecanismos de rendición de cuentas, junto con una transmisión adecuada de información sobre la calidad, sin poner en peligro la equidad de atención en este servicio, y los precios de los servicios.

- **Control de la demanda y copago**

Desde la perspectiva de la demanda, las reformas se han orientado al logro de reducir el crecimiento del gasto, fundamentalmente a través de un aumento en la participación de los pacientes en la cobertura de los costes sanitarios, lo que habitualmente se denomina copago.

El copago, especialmente en productos farmacéuticos, es una práctica muy extendida en los países de la UEM, ya que contribuye a racionalizar la demanda, al desalentar los usos excesivos e ineficientes de los recursos. Sin embargo, a la hora de implementar el copago para que su efecto sea más favorable es necesario evitar posibles trasvases de demanda de servicios sanitarios desde la atención primaria o especialista hacia otras áreas (urgencias), especialmente en el caso de los segmentos de población con rentas más bajas.

Todos los sistemas suelen introducir exenciones vinculados a los ingresos de la población y para los enfermos crónicos, aunque con ello se incrementen los costes de administración y gestión.

3.2. REFORMAS SANITARIAS APLICADAS EN ESPAÑA DURANTE EL PERÍODO DE CRISIS ECONÓMICA

3.2.1. Introducción

El análisis en este apartado, centrado a nivel nacional, se estudiará a partir de las reformas acometidas englobadas en los Programas nacionales de reformas a partir del año 2012 hasta 2014, incluyendo datos sobre el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, el cuál introduce medidas para garantizar la sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad del sistema sanitario. Por lo tanto, nos basaremos en estos datos, para el desarrollo de este capítulo.

El Programa nacional de reformas recoge diversas propuestas a aplicar en España para el logro de objetivos concretos, nosotros vamos a tratar los objetivos en materia sanitaria, dada la necesidad de la aplicación de reformas debido a la coyuntura de crisis, y a los cambios demográficos de la sociedad española, en los últimos años, dando lugar a un gran endeudamiento del sistema sanitario, enfocando las reformas hacia una modernización de la Administración pública y los servicios públicos.

Se buscará por lo tanto, la manera de crear un modelo de prestación pública de servicios sanitarios que garantice su sostenibilidad y la máxima calidad, garantizando así el derecho a la protección de la salud a los ciudadanos.

Para hacer sostenible el sistema sanitario se han aprobado reformas que racionalizan el gasto sanitario e introducen disciplina presupuestaria, permitiendo una gestión de éste más eficiente. Adicionalmente, debe asegurarse la máxima cohesión social, garantizando que el acceso a los servicios sanitarios es similar en cualquier Comunidad Autónoma del país.

Con estas medidas iniciadas en 2012, se logró reducir el gasto sanitario para el año 2013, en un 8%. A continuación se detallan en la siguiente tabla, las medidas contempladas en los programas nacionales:

Tabla 6.- Reformas sanitarias del Plan nacional de reformas de España.

Modernización de las Administraciones públicas y de los servicios públicos	Racionalización y Modernización en la prestación de los servicios públicos esenciales: Reforma del SNS	Reforma del aseguramiento en el SNS
		Ordenación de la Cartera de servicios del SNS
		Mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria
		Ordenación de Recursos Humanos del SNS
		Racionalización de la demanda farmacéutica
		Racionalización de la oferta farmacéutica
	Racionalización y Modernización del sistema de atención a la dependencia	Reforma del sistema de atención a la dependencia

Fuente: Elaboración propia a partir del Programa Nacional de Reformas de España (2012).

3.2.2. Reforma del aseguramiento en el Sistema Nacional de Salud

La reforma del Sistema Nacional de Salud está encaminada a lograr evitar el fraude en la obtención de la tarjeta sanitaria española por ciudadanos de otros Estados miembros ya cubiertos en sus países de origen y por ciudadanos de terceros países (Programa nacional de reformas, 2012). Busca reforzar los criterios de cohesión del sistema, de equidad en el acceso a las prestaciones y de eficiencia en el funcionamiento de los servicios de salud, incorporando como objetivos prioritarios:

- Garantizar el derecho universal a la protección de la salud.
- Mejorar la equidad en el acceso a prestaciones de la cartera común.

- Preservar la calidad asistencial y promover el desarrollo profesional.
- Garantizar la gratuidad e igualdad de derechos sanitarios en toda CCAA.
- Promover la integración asistencial entre primaria y especializada.
- Incrementar la eficiencia en la gestión.
- Aumentar la cohesión y lograr la sostenibilidad del SNS.
- Convergencia con Europa en la regulación de derechos sanitarios.
- Medidas para lograr la reforma:
 - Definición del concepto de **asegurado** para las prestaciones sanitarias: precisando el concepto de residencia legal en territorio español, adecuándose a la normativa comunitaria.
 - Unificación de la tarjeta sanitaria como documento básico de identificación para todo el territorio nacional.
 - Adecuación de la normativa española a la comunitaria en cuanto a la regulación del derecho a la asistencia de los ciudadanos de otros Estados miembros de la Unión Europea.
 - Concreción de la extensión del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria pública.

Respecto a la modificación del concepto de asegurado, vemos como los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, han quedado en un mayor desamparo legal, ya que se especifica que recibirán asistencia sanitaria solo en los siguientes supuestos:

- Urgencia por enfermedad grave o accidente, hasta el alta médica
- Asistencia al embarazo, parto y postparto

Mantienen el pleno derecho al igual que si fuera ciudadano español, los extranjeros menores de 18 años.

Además, ahora es preciso acreditar su residencia fiscal de España, a parte del empadronamiento, que ya era necesario actualmente. Estiman una cifra de 700.000 personas que usan de esta forma “indebida” la asistencia sanitaria, suponiendo un gasto de 917 millones de euros. Si se está en condición de carencia de recursos económicos, pueden solicitar la “tarjeta sanitaria solidaria”

con acceso en igual condición a la asistencia sanitaria que un asegurado. Hay fallos en los mecanismos de pago que hacen incurrir en costes a la hora de problemas por prácticas indebidas, como el empadronamiento en España para ser atendido en el país de origen, gracias a la tarjeta europea con cargo España (Lema Tomé, 2014).

3.2.3. Ordenación de la Cartera de servicios del SNS

El objetivo principal de esta reforma consiste en garantizar la sostenibilidad del sistema de financiación de la sanidad y garantizar la cohesión territorial del SNS, basándose en la aplicación de las siguientes medidas:

- Definición de la cartera de servicios públicos, de manera que se garantice la condición de servicio sanitario a las prestaciones estrictamente dirigidas a la curación o prevención de la enfermedad bajo criterios de eficacia, eficiencia, seguridad para el paciente y calidad.
- **Cartera de servicios básicos comunes y gratuitos** de asistencia sanitaria: Asegurar la financiación de los recursos necesarios para garantizar su prestación, asignados éstos de forma eficiente.
- **Cartera de servicios complementarios**: Las Comunidades Autónomas quedan sujetas a criterios de garantía de financiación para sufragar estos servicios, con el objetivo prioritario de la eficiencia.
- **Tarjeta sanitaria** válida para todo el SNS, garantizando la igualdad de todo español en la asistencia sanitaria, independientemente del lugar de residencia.
- Creación de la **Red Nacional de Agencias de Evaluación de tecnologías y prestaciones**, con la finalidad de determinar las tecnologías adecuadas en términos de coste-eficiencia y el desarrollo de políticas de estrategias adecuadas entre el sector sanitario y la industria, para lograr fomentar el desarrollo de empresas de tecnología médica en nuestro país.

El diseño de esta nueva cartera de servicios que sigue los estándares europeos diferencia: una cartera básica de servicios asistenciales y una cartera

común suplementaria sujeta a aportación del usuario; además, se elabora un nuevo catálogo de implantes quirúrgicos.

Ahora se seguirá la nueva aportación similar a la implantada en la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo el precio final del producto, y sin que se aplique ningún límite de cuantía a esta aportación.

Las reformas han incluido la creación del Fondo de Garantía Asistencial, que estará destinado a la compensación entre las Comunidades Autónomas, por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera de servicios asistenciales a los asegurados en sus desplazamientos temporales. "La determinación del importe a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto".

El Gobierno también deja la puerta abierta a que varias Comunidades autónomas puedan comprar medicamentos y otros productos sanitarios de forma conjunta para ahorrar dinero.

3.2.4. Mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria

Se pretende lograr la máxima eficiencia en la gestión hospitalaria a partir del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, acordando compromisos comunes para lograr la máxima eficiencia en la gestión sanitaria, sometida a un seguimiento y control presupuestario trimestral.

Para lograr este objetivo, se plantean una serie de medidas a aplicar en las diferentes Comunidades autónomas:

- Mecanismos de garantía de la centralización de compras para las adquisiciones públicas de medicamentos y productos sanitarios.
- Homogeneización de los criterios técnicos de productos y servicios, así como el catálogo de productos.
- Medidas para la garantía de la eficiencia energética.
- **Implantación de la E-salud**, impulsando el desarrollo de tecnologías de la información y comunicaciones en áreas como: la tarjeta sanitaria interoperable, historia clínica digital y telemedicina, la receta electrónica

y las aplicaciones de gestión de recursos humanos, compras y documentación científica.

- Se trata de evitar visitas médicas innecesarias, reducir la necesidad de repetir pruebas diagnósticas y acortar los tiempos de respuesta médica al paciente.

Entre las medidas de eficiencia a implantar está prevista la puesta en marcha de una plataforma de compras centralizadas y despliegue de la E-Salud a nivel nacional de la historia clínica digital, así como su plena interoperabilidad, logrando una reducción de la repetición de las pruebas diagnósticas y procedimientos, y el impulso de la receta electrónica para que su acceso sea posible desde cualquier farmacia en España, y otras medidas de eficiencia.

Para la mejora de la eficiencia clínica mediante la participación de los profesionales en la gestión de los recursos, se va a definir un nuevo marco legal para el modelo de gestión clínica en todos los centros del SNS.

Por último, se procederá a la elaboración del **modelo sociosanitario**, con el establecimiento de un conjunto de acciones que optimicen los recursos sanitarios y sociales. Como primera fase, afectará a la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en el 50% de residentes en residencias sociales desde los servicios de farmacia de hospitales de referencia.

3.2.5. Ordenación de recursos humanos del SNS

Se pretende alcanzar la máxima eficiencia del sistema respecto a la racionalización de estructuras y de los recursos humanos, para ello, se proponen las siguientes medidas:

- Elaboración de un catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales de los Servicios de la Salud.
- Ordenación del desarrollo profesional, promoviendo la troncalidad para facilitar la movilidad, definiendo las diferentes áreas de especialización.
- Modificación del sistema de acreditación de unidades docentes.
- La unificación de criterios interpretativos y de las normas en el ámbito de los recursos humanos.

- La reforma de las normativas para la ejecución de sentencias del Tribunal supremo y de dictámenes motivados por la Unión Europea.
- La creación de un registro estatal de profesionales sanitarios.
- La finalización del proceso de reforma de atención primaria mediante la integración de profesionales de modelos anteriores.
- El desarrollo del modelo de formación postgraduado de especialidades, especialización en profesionales sanitarios y sobre acreditación de unidades docentes.

Durante los años 2012-2013 se han logrado mejorar la IT y complemento de pensiones, junto con una reducción del absentismo.

3.2.6. Racionalización de la demanda farmacéutica

Actualmente en España, la prestación farmacéutica en oficinas de farmacia, es decir, la extrahospitalaria, cuenta con un sistema en el que el pago depende de las características del paciente, que podemos ver en la tabla 7. Estarán exentos de aportación, los usuarios y beneficiarios que reúnan las características siguientes:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- Tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad personal.

El objetivo principal a lograr es mejorar la equidad y la racionalización del gasto público en farmacia, mediante la aplicación de las siguientes medidas:

- Modificación del sistema de participación de los usuarios orientándolo hacia la aportación según el nivel de renta, teniendo en cuenta que el 70% de los pensionistas tienen una pensión menor a 824€/mes.

- La reforma se basa en el principio de capacidad de pago del usuario y en su situación laboral. Para establecer este sistema se cruzarán los datos de la AEAT con las tarjetas sanitarias. De esta forma se realizarán los pagos de acuerdo con la información que se muestra en la tabla 7.

Tabla 7.- Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria (en %PVP de los medicamentos).

	Activos		Pensionistas	
Perceptores de rentas mínimas de inserción, parados sin prestación por desempleo, etc.	0%		0%	
Rentas inferiores a 18000€	40%		10%	Límite máximo de 8€/mes
Rentas entre 18000€ e inferiores a 100000€	50%		10%	Límite máximo de 18€/mes
Rentas iguales ó superiores a 100000€	60%		60%	Límite máximo de 60€/mes
Medicamentos ATC aportación reducida	10%	Aportación máxima resultante de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente	10%	Aportación máxima resultante de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente
Mutualistas y clases pasivas	30%			

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto-Ley 16/2012.

La reforma farmacéutica, por primera vez con una contribución de los ciudadanos en función de la renta, supuso un ahorro de 1.809 millones de euros en el año 2013. Se logró una reducción mensual del gasto sanitario de casi el 20% (niveles similares a 2004) disminuyendo el número de recetas en un 15%. Asimismo, entre las nuevas medidas figura la nueva Orden de Precios de Referencia, instrumento utilizado por otros países de la Unión Europea para la contención del gasto farmacéutico (estimado un ahorro de 409 millones de

euros) y la puesta en funcionamiento de nuevos envases de medicamentos adecuados a la duración del tratamiento. Se incorpora a la reforma unos de los temas más importantes, el **copago sanitario y desfinanciación de medicamentos**, fundamentándose en que con ello se logrará la sostenibilidad del SNS, así como reformas del “asegurado” para evitar la llegada de extranjeros para recibir asistencia sanitaria.

El copago acaba con la gratuidad para los pensionistas, estableciendo topes máximos al desembolso, que estos pueden efectuar, y la aportación de los usuarios según el nivel de renta. Por lo tanto, se recomienda modificar este copago, lineal y obligatorio, a otro evitable y basado en criterios de coste-efectividad. Se propone también no diferenciar entre trabajadores activos y pensionistas, ya que los criterios teóricamente relevantes son el nivel de renta y el estado de salud. Los límites máximos al desembolso deberían operar también para los activos, generalizándose de una vez, la receta electrónica en todos los sistemas regionales de salud.

Por último, urge evaluar el impacto que pueden haber tenido los nuevos copagos sobre los diferentes grupos de pacientes y tipos de medicamentos, a fin de atajar potenciales inequidades (Lema Tomé, 2014).

3.2.7. Racionalización de la oferta farmacéutica

Su objetivo principal es la racionalización del gasto público farmacéutico y mejora de la equidad, conforme a las siguientes medidas a aplicar:

- Mejora de la estabilidad en las prestaciones. Establecimiento de una nueva sistemática del proceso de autorización de medicamentos, fijación de precios y financiación pública en línea con los criterios comunitarios.
- Fomento de la prescripción de genérico hasta alcanzar la media europea garantizando la continuidad terapéutica.
- Modificación del sistema de precios de referencia.
- Extensión del modelo de prestación farmacéutica a las prestaciones ortoprotésicas y dietoterápica.

- Mejora de la eficiencia, comenzando por una definición del sistema de actualización del catálogo de prestaciones financiadas en función de criterios coste-eficiencia con garantías de transparencia.
- Desfinanciación de medicamentos de bajo valor terapéutico.
- Nuevo marco normativo para los productos sanitarios y revisión de la normativa sobre transportes sanitarios.
- Adaptación de los envases de los medicamentos a las pautas y duración de los tratamientos.

Los siguientes avances a lograr a partir de 2014, se encaminan a la mejora del consumo de medicamentos, establecimiento de nuevos tramos de aportación farmacéutica, desarrollo del Real Decreto-Ley 16/2012, y una nueva Orden de regulación de la fijación de precios de referencia.

3.2.8. Reforma del sistema de atención a la dependencia

En el ámbito del sistema de atención a la dependencia se hace hincapié en el mecanismo de cofinanciación entre el Estado central y las Comunidades autónomas, viéndose una clara necesidad de rediseño.

Además, el incremento del gasto en cuidados de larga duración entra, al igual que el gasto en pensiones, en el cálculo del *Objetivo Presupuestario de Medio Plazo exigido por la UE*.

El objetivo principal iniciado en 2012, es abordar la necesaria *Reforma Integral del Sistema de Atención a la Dependencia* para mejorar la sostenibilidad del sistema ante el envejecimiento demográfico, así como la racionalización del sistema de atención a la Dependencia, para lo que se aprobaron en 2012 numerosas medidas, que se estimaron en un impacto presupuestario significativo en 2013 por importe de 1.108 millones de euros; para ello se plantea:

- Revisión del calendario y nivel de aplicación del sistema a las personas en situación de dependencia para acompañarlo a las capacidades financieras de la Administración General del Estado y Comunidades Autónomas.

- Revisar el sistema de altas en la seguridad social de los ciudadanos no profesionales y las cuantías de ayudas por prestaciones económicas.
- Demorar la incorporación al Sistema para la autonomía y atención a la dependencia de los dependientes valorados en Grado I, hasta el ejercicio 2014.
- Avanzar en la aplicación efectiva de la contribución económica del usuario al sistema, mediante un desarrollo coordinado de la normativa de las distintas Comunidades autónomas.
- Potenciar el papel del sector privado en la prestación de servicios, eliminando las trabas o preferencias por el sistema público.
- Se está elaborando un Proyecto de Real Decreto sobre capacidad económica y participación del beneficiario en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia donde se plantea que la aportación del beneficiario al coste de los servicios se incremente en torno a un 5% adicional, en una perspectiva de progresiva implantación en un periodo de 3 años. El impacto en el ahorro de esta medida será de 339 millones de euros para 2013.
- Con el objetivo de adecuar las prestaciones a las necesidades reales de los dependientes y priorizar los servicios profesionales sobre las prestaciones económicas, y para regular las prestaciones del sistema está previsto aprobar dos Reales Decretos (2013), consiguiendo un ahorro de 489 millones de euros.

3.3. UNA VALORACIÓN DE SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS APLICADAS DURANTE EL PERIODO DE CRISIS EN ESPAÑA

Se han puesto en marcha la evaluación de las medidas acometidas por el gobierno en el ámbito de la sanidad durante la etapa de crisis, llegando a la conclusión de que la mayoría de ellas, son reformas de recortes, muy duras sobre todo para una parte de la población, además, de ir generando un clima con mayor desigualdad en este ámbito.

El Sistema Nacional de Salud español, es uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, aunque cuenta con un amplio margen para mejorar sobre todo en la parte de financiación y cobertura de la atención sanitaria pública (Abellán, 2014).

La actual crisis económica ha creado una atmósfera de insuficiencia financiera y desigualdad relativa entre las diferentes autonomías. Algunas de las propuestas de mejora que se proponen sobre la financiación, es la reforma sobre el sistema de financiación autonómica, crear un fondo estatal específico para asegurar la coordinación de los sistemas autonómicos de salud, vincular recursos provenientes del Fondo de Liquidez Autonómica al mantenimiento de unos estándares mínimos de calidad en la provisión de servicios sanitarios.

Se enfatiza la necesidad de acometer reformas estructurales de racionalización del gasto sanitario, antes que los actuales “recortes”, las reformas aplicadas en la reciente recesión, han de ir acompañadas de una continua evaluación que informe la toma de decisiones a todos los niveles.

A partir del Real Decreto Ley 16/2012, el acceso a la cobertura sanitaria pública, vuelve a la situación previa al periodo democrático, debido a caracterizarse por el derecho a la asistencia como privativo de los “asegurados” y sus “beneficiarios”, antes que de “todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”. La cuestión de mayor relevancia, es la negación de la asistencia sanitaria pública a los inmigrantes en situación irregular.

Las consecuencias de la reforma se manifiestan en unos graves costes económicos y sociales, en términos de creciente número de enfermedades debido a la pérdida de la continua asistencia, problemas de salud pública, sobrecarga de los servicios de urgencias, etc. que deberían de haberse opuesto al supuesto ahorro de 500 millones de euros anunciado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Lema Tomé, 2014).

Se propone excluir la prestación sanitaria del régimen económico de la Seguridad Social, instalándola definitivamente en el artículo 43 (derecho a la protección de la salud) de la Constitución Española; introducir la “residencia

efectiva y prueba de insuficiencia de ingresos” como criterios que deben satisfacer los extranjeros en situación irregular, para acceder a la asistencia sanitaria pública, tal y como sucede en otros países europeos; y gestionar de un modo más eficiente el registro, facturación y cobro de las prestaciones sanitarias provistas a los ciudadanos de países de la Unión Europea.

Las evaluaciones actualmente, no se han empleado en la práctica para ordenar la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. En la prestación farmacéutica, la situación también es preocupante, ya que el principio de “financiación selectiva y no discriminada” de los medicamentos, no se ha materializado en la aplicación de criterios coste-efectividad (Lema Tomé, 2014).

A esto se añade la ausencia de un sistema de fijación de precios de los medicamentos que retribuya la innovación sobre la base del valor, que realmente esta aporta (sistema conocido como Value-based pricing), y no mediante el recurso a la negociación sin más, entre industria y ministerio.

Propuestas de mejora de la situación descrita, serían la adaptación en nuestro país de las recomendaciones emitidas por las principales agencias internacionales de evaluación económica, como el NICE británico; aplicar las guías metodológicas ya existentes en España, para estandarizar las evaluaciones económicas realizadas en el país; fijar los precios máximos financiados por el Sistema Nacional de Salud, según el balance coste-efectividad de los medicamentos; iniciar una estrategia a largo plazo de reinversión, desplazando tecnologías de escaso valor terapéutico y elevado coste, por otras más “coste-efectivas”; y reformar el sistema de precios de referencia a semejanza de modelos, como el alemán, donde los copagos de los usuarios son evitables, este sistema de precios ha acabado convertido en un sistema de precio menor, en el que se diluyen los incentivos a que los laboratorios compitan en precios (Perpiñán, 2014).

Las medidas acometidas por el gobierno durante esta etapa de crisis, van encaminadas al logro de un mayor ahorro, pero hay que tener en cuenta cómo va a ejecutarse estas medidas y como va a afectar a la situación de los ciudadanos en el acceso a los servicios de cuidados de salud.

RETOS PENDIENTES Y CONCLUSIONES

España ha conseguido avanzar de forma significativa en su modelo sanitario en los últimos 30 años, y gracias a eso, partimos de una buena posición relativa. Sin embargo, el sistema va a enfrentarse a retos significativos en los próximos años, en los que se encontrará en una situación de insostenibilidad. Entre algunos problemas a los que tendrá que hacer frente, están los siguientes: incremento de la demanda de atención, escasez de recursos disponibles, etc. El sistema sanitario actual va a ser insostenible, tal y como lo conocemos hoy (McKinsey, 2009).

Nuestro sistema sanitario parte de una buena situación. La esperanza de vida de los españoles, es la más alta de Europa, con resultados clínicos al nivel de los países más avanzados, y su coste es de los más bajos en la eurozona, por lo tanto, en términos de gasto total sobre el PIB, podemos afirmar que es un sistema eficiente.

Sin embargo, a corto plazo la situación financiera del sistema es muy complicada. El déficit de financiación acumulado por la sanidad, entre 2003 y 2007, supuso unos 11.000 millones de euros (un 20% del presupuesto total de sanidad en 2007).

A medio plazo, más allá de los aspectos financieros, la calidad y la equidad del sistema también se resentirán, si no se introducen cambios estructurales al sistema. En 10 años, la demanda de servicios sanitarios habrá crecido de forma relevante, los recursos dedicados no serán suficientes, con los actuales niveles de productividad, y el gasto sanitario podría llegar a duplicarse y superar una brecha de financiación de más de 50.000 millones de euros.

La solución al problema de sostenibilidad, no puede limitarse al ámbito económico. Es más que probable, que parte de la solución incluya, un aumento de los recursos públicos y privados destinados a sanidad, pero también, es necesario asegurar una correcta utilización de los mismos por parte de todos los agentes. Los datos indican que una de las claves para asegurar la sostenibilidad del sistema es aumentar la responsabilidad de pacientes, profesionales y gestores (McKinsey, 2009).

Los pacientes deben adquirir una mayor conciencia sobre su propia salud, y sobre el uso que hacen del sistema. Es necesario que los profesionales, sean los impulsores del cambio y ayuden a lograr un mayor equilibrio entre los objetivos de calidad y eficiencia del sistema. Los gestores y administradores del sistema tienen que asegurar la utilización más eficiente y equitativa de los recursos públicos. Para muchas Comunidades Autónomas, la sanidad pública es su mayor empresa, tanto en número de trabajadores, como en presupuesto de gasto, y como tal, debería incorporar las mejores prácticas probadas en otros sectores productivos y adaptarlas al sector sanitario.

La llegada de la crisis económica, junto con los requisitos exigidos por Europa, han dado lugar a un escenario de sucesivas reformas, enfocadas a políticas de gasto público, basadas en medidas de recortes. La urgencia por reducir el déficit público, ha tenido como consecuencia, hasta el momento, la aprobación de recortes indiscriminados, que no se basan en criterios de coste-eficiencia, y que ignoran por completo el impacto, tanto económico, como en términos de resultados en salud, que tendrán a medio y largo plazo, como apuntan varios autores (Bernal Delgado, Puig-Junoy, y otros, 2012), los cuales presentan una serie de recomendaciones de buenas prácticas:

- La utilización de la relación coste-efectividad y costes, como criterios de legitimación (ya sean fármacos, aparatos o tecnologías médicas).
- Desinvertir en lo que no añade salud (reorientar las prioridades de financiación, manteniendo el criterio coste-eficiencia).
- Creación de una agencia evaluadora similar al NICE británico.
- Prioridad clínica, y la transparencia en la gestión de las listas de espera.
- Reforma del diseño del actual sistema de copagos inequitativo y obsoleto.
- Asignación de recursos que facilite la efectividad y la integración clínica.
- Una mayor y mejor salud pública.
- Desarrollo de una atención primaria emprendedora, pensando en la sostenibilidad del sistema.
- Permeabilización de las especialidades médicas.

- Reforma del gobierno del Sistema Nacional de Salud (coordinación eficaz, evitar duplicidades, reducción de costes, etc.).
- La profesionalización del personal sanitario, mediante un proceso gradual y no traumático de desfuncionarización, tratando de lograr una reestructuración enfocada a la mejora de la productividad, basada en criterios de eficiencia.
- Mejora de los sistemas de información (transparencia).
- Evaluación de los experimentos de colaboración público-privada, que se están llevando a cabo, algunos, de dudosa utilidad.
- Ejemplaridad, honestidad y manejo de conflictos de interés.

Los recortes que se pongan en práctica, se deberán acompañar de reformas necesarias para que, en el largo plazo, pueda preservarse un Sistema Nacional de Salud eficaz, equitativo, solvente y menos vulnerable ante futuras crisis.

Las reformas acometidas actualmente, no están correctamente diseñadas, ya que se ocupan de la coyuntura actual de crisis, y no acometen una visión a largo plazo, que favorezca la situación del sistema sanitario, provocando en la actualidad, problemas que desembocan en pérdidas de eficiencia y calidad del sistema sanitario nacional, entre las que podemos destacar⁸ : las crecientes reclamaciones por el aumento de las listas de espera⁹, cese de actividad sanitaria en zonas rurales o reducción del horario de atención¹⁰, entre otras ; estas medidas no funcionarán para la sostenibilidad a largo plazo del sistema sanitario, por ello se debe replantear la situación de partida, y reconocer los objetivos que deseamos lograr, que deben estar encaminados, como hemos comentado, a la sostenibilidad a largo plazo, y sólo puede alcanzarse, si las medidas se basan en criterios de coste-eficiencia, para no perder la calidad de nuestro sistema sanitario.

⁸ No hacemos referencia en este apartado al desamparo provocado por las medidas acometidas que explicamos sus efectos negativos en el apartado anterior, como por ejemplo, la situación del sistema de copago, exclusión sanitaria para extranjeros, entre otras.

⁹ Fuente: Diario El norte de Castilla, 7 de julio de 2014.

¹⁰ Fuente: Diario Hoy, 24 de mayo de 2012.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán Perpiñán, José María (2013). “El sistema sanitario público en España y sus Comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas”. *Fundación BBVA*.

Abellán Perpiñán, José María (2014). “Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance”. *Asociación de Economía de la Salud*. Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/sns2013_Resumen_documento.pdf

Abellán Perpiñán, José María (2014). “La medición de calidad de los estudios de evaluación económica”. *Revista Española de Salud Pública v.83 nº1*.

Alonso Sanz, Ixone, y Ferrero Rodríguez, Ana, (2012). “Cambios en el patrón presupuestario de gasto de las Comunidades autónomas derivados de la crisis económica: una comparativa 2007-2010”. *Información Comercial Española nº864*.

Arenas Díaz, Carlos (2014), “Sostenibilidad del sistema sanitario en España”. Sedisa, Sociedad española de directivos de la salud. Disponible en: <http://www.sedisasigloxxi.com/spip.php?article242>

Bernal Delgado, E., Puig-Junoy, J., y otros (2012): “*La sanidad pública ante la crisis recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable*”. Asociación de Economía de la Salud. Documento de debate. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf

Boletín oficial del Estado. Ley 22/2013 de 23 diciembre, Presupuestos Generales del Estado para el año 2014. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/26/pdfs/BOE-A-2013-13616.pdf>

Boletín Oficial del Estado. Real decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado.

El Confidencial (2014): “*El gasto sanitario de las comunidades cae en 140 euros por habitante en cuatro años*”. Disponible en:

http://www.elconfidencial.com/espana/2014-01-13/el-gasto-sanitario-de-las-comunidades-cae-en-140-euros-por-habitante-en-cuatro-anos_73973/.

[Consulta: 13/01/2014].

El Norte de Castilla (2014): “*Las listas de espera acaparan el 49,3% de las reclamaciones a Sacyl*” Disponible en:

<http://www.elnortedecastilla.es/castillayleon/201407/07/listas-espera-acaparan-reclamaciones-20140626193004.html>, [Consulta: 07/07/2014].

El País (2013): “*6.700 millones menos para sanidad*”. Disponible en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/16/actualidad/1361029181_888112.html, [consulta: 16/02/2013].

Fedea (2009). “Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario”. McKinsey y company, Fundación de Estudios de Economía Aplicada.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2013): “Informe X – Los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas”.

Disponible en:

http://www.actasanitaria.com/fileset/file__INFORME_ccaa2013_5380667685909175516.pdf

Fernández Pérez, José Luis, y Herce San Miguel, José A. (2009). “Los retos socio-económicos del envejecimiento en España”. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras. Disponible en: http://www.unespa.es/adjuntos/fichero_3009_20100125.pdf

Fondo Monetario Internacional (2012). “The economics of public health care reform in advanced and emerging economies”. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/books/2012/health/healthcare.pdf>

Freysson, Laurent (2011), “General government expenditure in 2011: Focus on the functions ‘social protection’ and ‘health’ “. Eurostat, Comisión Europea. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-033/EN/KS-SF-12-033-EN.PDF

García Barrero, P., Rubia Vila, F.J., y Segovia de Arana, J.M. (2007). “La sanidad en Europa”. Disponible en: http://www.pedrogarciabarreno.es/3.%20Libros/Sanidad_Europa1.pdf

García Perea, P., y Manrique Simón, M., (2012). “Estrategias de reforma de los sistemas sanitarios en la UEM”. *Boletín Económico*, nº1211, Noviembre 2012. Banco de España.

Herce San Miguel, J.A., Ahn, N., y Alonso Meseguer, J. (2003). “Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España”. *Fundación BBVA*.

Hernández de Cos, Pablo, y Moral-Benito, Enrique (2011). “Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE”. *Documentos ocasionales nº1107*. Banco de España.

Hoy (2012): “Sanidad cierra 15 urgencias rurales y cambia el horario de otras seis”. Disponible en: <http://www.hoy.es/v/20120524/regional/sanidad-cierra-urgencias-rurales-20120524.html>. [Consulta: 24/05/2012].

Lema Tomé, Margarita (2014). “La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular”. *Eunomía, Revista en cultura de la legalidad nº5*, septiembre- febrero 2014, pp. 99-115.

López Casasnovas, G. (2007). “Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta”. Disponible en: <http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%208.pdf>

López Casasnovas, G. (2009). “La sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos y las reformas financieras en el horizonte”. *La sanidad pública en Asturias. I. La sostenibilidad del sistema*, *Real Instituto de Estudios Asturianos*, Oviedo.

López Casasnovas, G., y Puig-Junoy, J. (2000): “Review of the literature on reference pricing”, *Health Policy*, vol. 54, (pp. 87-123).

López-Bastida, J., Oliva, J. y otros “Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias”. *Gaceta sanitaria*, v.24 nº2.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (varios años): “Principales resultados del Sistema de cuentas de la Salud”. Rodríguez Blas, María del Carmen, y Lillo Fernández de Cuevas, José María.

Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad: Portal estadístico del Sistema Nacional de Salud. Barómetro sanitario 2012. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2012/B.S.2012to tal.mar.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad: Sistema de cuentas de salud. Serie histórica 2003-2011. Disponible en: http://msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCS_-_Datos_estadisticos.pdf

Moreno Millán, Emilio (2007). “Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente”. *Revista Emergencias* nº1 volumen 19 pp32-35.

OCDE (2013) “Health at a Glance 2013 OECD indicators”. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Peiró, M., y Barrubés, J. (2012): “Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario”. *Revista española de cardiología*, 65 (7), pp. 651-655. Sociedad Española de cardiología.

Pinillo Franco, Sara (2013): “La sostenibilidad del gasto sanitario en las comunidades autónomas españolas: viejos problemas y nuevos retos”. Universidad de Valladolid. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4317/1/TFM-E-20.pdf>

Puig-Junoy J., y Puig Peiró, R. (2013). “Sistema nacional de Salud y propuesta de reformas: Más allá del ruido y la furia”. *Salud y Derecho*, Volumen 23 extraordinario XXII Congreso 2013.

Puig-Junoy, J. (2012): “*Reforma sanitaria de urgencia y con poca luz: ¿oxígeno, me too o placebo? Diez notas a propósito del Real-Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para el Sistema Nacional de Salud*”. Diari ARA. Universitat Pompeu Fabra. Centro de investigación en Economía y Salud (CRES).

Puig-Junoy, J., López Casasnovas, G., Ortún Rubio, V. (2004). “*¿Más recursos para la salud?*”. Centro de Investigación en Economía y Salud. Editorial Masson.

Puig-Junoy, J., y Puig Peiró, R. (2009). “*El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA*”. Fundación Pfizer. Disponible en:

Puig-Samper, Miguel Ángel (2013). “El gasto sanitario en España”. *Cuadernos de información sindical*. Confederación Sindical de Comisiones Obreras número 36.

Relaño Toledano, Jorge Juan (2007). “Sistema de cuentas de Salud: avances y perspectivas en la medición del gasto sanitario”. *Presupuesto y gasto público* 49/2007: 211-227. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios fiscales.

Riesgo, I., Carrasco, M., Salinas, M., Long, C., y otros (2013). “*Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013*”. Pwc, España Auditoría, Consultoría, Tax y Legal service.