

PEDRO SABANDO
FRANCISCO TORRES-GONZÁLEZ
FERNANDO LAMATA
(Coordinadores)

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Pasado, presente y desafíos
de futuro

AUTORES

Pedro Sabando
Francisco Torres-González
Fernando Lamata
Ramón Gálvez
Carmen Montón
Javier Rey del Castillo
Juan José Rodríguez Sendín



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá

© Pedro Sabando, Francisco Torres-González, Fernando Lamata (coordinadores),
Ramón Gálvez, Carmen Montón, Javier Rey del Castillo, Juan José Rodríguez Sendín, 2020

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos
Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>
E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-258-5
Depósito Legal: M-1186-2020

Diseño de cubierta y Fotocomposición: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

AUTORES

Ramón Gálvez Zaloña

Médico, especialista en Neurología y dedicado a la gestión sanitaria pública durante más de 30 años. Ha sido director de diferentes hospitales como: Hospital General Universitario de Guadalajara, Hospital La Paz de Madrid, Hospital 12 de Octubre de Madrid y Complejo Hospitalario Virgen de la Salud de Toledo. Además, desempeñó las funciones de Coordinador General de Atención Sanitaria del Insalud y Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. También fue Coordinador del proyecto de Sistemas de Información y Registro de la Actividad Hospitalaria (SI-RAH). Profesor colaborador de la Escuela Nacional de Sanidad y de diferentes instituciones académicas. En la actualidad es miembro de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento.

Fernando Lamata Cotanda

Médico, especialista en Psiquiatría y doctor en Medicina. Ha sido director provincial de Insalud en Cantabria y Madrid, Director de la Escuela Nacional de Sanidad, Vicepresidente Ejecutivo de la Fundación Jiménez Díaz, Director General de Planificación de la Comunidad de Madrid, Consejero de Sanidad y Bienestar Social, así como Vicepresidente de Castilla-La Mancha. Fue Secretario General de Sanidad del Gobierno de España y miembro del Panel de Expertos en formas eficientes de invertir en salud de la Comisión Europea. Es miembro de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento.

Carmen Montón Giménez

Licenciada en medicina por la Universidad Pública de Valencia. Fue Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana y desempeñó el cargo de Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el Gobierno de Pedro Sánchez. Formó parte del Congreso de los Diputados desde abril de 2004 hasta el año 2015, donde fue portavoz de Igualdad del grupo parlamentario socialista y Miembro del Intergrupo Parlamentario Español sobre Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. Fue Vicepresidenta de la Internacional Socialista de Mujeres, Coordinadora de la Sectorial de Participación Ciudadana del PSOE y Secretaria de Igualdad de la Comisión Ejecutiva Federal del PSOE. También Concejala de Cultura en Burjassot.

Javier Rey del Castillo

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Cardiología, ha ejercido como tal en los Hospitales Clínico de Madrid y La Paz entre 1973 y 1983. Como médico inspector de la Seguridad Social, desde 1983, ha desempeñado diversos cargos en la Administración Central, entre ellos el de Director General de Alta Inspección y Relaciones Institucio-

nales, Secretario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y Secretario de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. Encargado de temas sanitarios del Laboratorio de la Fundación Alternativas.

Juan José Rodríguez Sendín

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca. Máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico en el Equipo de Atención Primaria de Noblejas (Toledo). Fue miembro de la delegación española en la Unión Europea de Médicos Generales de 1987 a 1992. Fundador de la Sociedad Española de Médicos Generales y Familiar (SEMG) en 1988. Ha sido Secretario General de la Organización Médica Colegial (2002-2009) y Presidente de dicha institución (2009-2017). Actualmente es Presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial.

Pedro Sabando Suárez

Es doctor en Medicina y Cirugía. Se formó en el Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz. Fue jefe del Servicio de Reumatología del hospital de la Princesa de Madrid. Profesor de Reumatología en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Subsecretario de Sanidad y Consumo (1982-1985). Miembro del Congreso de los Diputados en 1986. A partir de 1987 desempeñó sus funciones como consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, finalizando en 1995. En 1991 fue elegido diputado de la Asamblea de Madrid y fue designado Senador por la Comunidad de Madrid entre 2000 y 2004. Fue portavoz del PSM-PSOE en la Asamblea de Madrid y Presidente de dicho partido.

Francisco Torres-González

Entre 1957 y 1964 se graduó en Medicina y Cirugía en la Universidad de Granada, donde siguió la especialización en su Escuela Profesional de Psiquiatría; y donde alcanzó el grado de PhD en 1967. Continuó el posgrado en Psiquiatría entre 1967 y 1969 en la Universidad de Oxford. Vuelto a la Universidad de Granada fue Profesor de Medicina Legal entre 1978 y 1982 y Profesor de Psiquiatría desde 1983 a 2010. Catedrático de Psiquiatría acreditado por la ANECA. Ha sido coordinador de los servicios de salud mental de Granada. Investigador Senior del Centro de Investigaciones Biomédicas en Red de Salud Mental-Universidad de Granada. Fue Viceconsejero de Salud de la Junta de Andalucía entre 1982 y 1986. Fue miembro de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983-1985) y del Grupo de Trabajo sobre Legislación en materia de Asistencia Psiquiátrica e Internamiento” (1983-1984). Consultor temporal de la Organización Panamericana de la Salud. Ha sido Presidente de la Red MARIS-TAN (Programa ALFA-UE) y está comisionado por la Universidad de Granada para representarle en la misma.

ÍNDICE

AUTORES	VII
INTRODUCCIÓN	
<i>Francisco Torres, Pedro Sabando, Fernando Lamata</i>	XI
CAPÍTULO 1	
En el trigésimo tercer aniversario de la Ley General de Sanidad	
<i>Pedro Sabando</i>	1
CAPÍTULO 2	
Implantación de la Ley General de Sanidad y contrarreforma	
<i>Fernando Lamata</i>	11
CAPÍTULO 3	
¿Uno o diecisiete sistemas de salud en España?	
<i>Pedro Sabando, Javier Rey del Castillo</i>	55
CAPÍTULO 4	
Financiación sanitaria: suficiencia, distribución justa y eficiencia en el gasto	
<i>Fernando Lamata</i>	121
CAPÍTULO 5	
Los profesionales sanitarios	
<i>Juan José Rodríguez Sendín</i>	171
CAPÍTULO 6	
La Atención Primaria y su dimensión comunitaria	
<i>Juan José Rodríguez Sendín</i>	195
CAPÍTULO 7	
La atención hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud	
<i>Ramón Gálvez</i>	223

CAPÍTULO 8

Pasado, presente y futuro de la atención a la salud mental

Francisco Torres-González 347

CAPÍTULO 9

Medicamentos y política farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud

Fernando Lamata 401

CAPÍTULO 10

La privatización de la sanidad en el contexto económico actual

Pedro Sabando, Javier Rey del Castillo 439

CAPÍTULO 11

La privatización de la sanidad en España

Pedro Sabando y Javier Rey del Castillo 477

CAPÍTULO 12

Principio del fin del Modelo Alzira

Carmen Montón Giménez 531

CAPÍTULO 13

Políticas sanitarias en la Unión Europea

Fernando Lamata 539

CAPÍTULO 14

Reflexiones finales: propuestas para consolidar el Sistema Nacional de Salud

Pedro Sabando, Fernando Lamata, Francisco Torres-González 583

SIGLAS UTILIZADAS 599

INTRODUCCIÓN

Francisco Torres-González, Pedro Sabanto, Fernando Lamata

Al final de la Segunda Guerra Mundial, cuando la mayor parte de Europa estaba hundida en los estragos de la guerra, la falta de empleo, la pobreza y el hambre afectaban a millones de personas. Situación extrema que obligaba a los estados a desarrollar políticas con intención de paliar tanto sufrimiento. El conjunto de esas políticas se definió como “estado de bienestar” que surgía como alternativa –o como complemento– al hegemónico capitalismo liberal.

Podríamos encontrar variopintas políticas de beneficencia precedentes a lo largo del siglo XIX y en las primeras décadas del XX: en EE UU con su *New Deal*, pero también en Alemania, Francia y Reino Unido, entre otros, siempre de acuerdo con los perfiles políticos y sociales de cada país; pero su consideración nos apartaría de la línea conductora de este libro.

Derrotada Alemania, la Unión Soviética se convirtió en el enemigo de Occidente, al cual amenazaba con políticas revolucionarias anticapitalistas. Las monarquías del norte de Europa, con una amplia trayectoria democrática desarrollaron la idea de que el esfuerzo rector de las sociedades castigadas con la II Guerra Mundial requería un plan sostenido en el tiempo, lo que exigía un modelo alternativo de hacer política. Una política no revolucionaria, pero sí comprometida con la democracia representativa. Una política de carácter reformista basada en la justicia social dentro del marco de la economía capitalista; eso sí, sujeta esta a regulaciones y a ser capaz de admitir medidas que permitieran redistribuir la riqueza, no tanto en dinero como en servicios prestados por los estados; es decir el estado de bienestar.

El estado de bienestar, pues, no depende tanto del control del mercado y de los flujos financieros, sino de poder asegurar la cobertura de los derechos sociales, entre los que estaría la asistencia sanitaria pública, así como había que asegurar la capacidad del Estado para intervenir las relaciones laborales evitando la precariedad laboral mediante seguros sociales obligatorios.

Un paso importante en España hacia el estado del bienestar lo constituyeron los participantes en el hito llamado “Pactos de la Moncloa”, desarrollado en 1977, solo dos años después de la muerte del Dictador y un año antes de que la Constitución fuese promulgada. En él fueron protagonistas todos los partidos políticos, los sindicatos y la patronal.

La iniciativa de Adolfo Suárez, presidente de la UCD y del Gobierno, fue bien acogida por los partidos de la oposición, sobre todo por el Partido Comunista,

que venía defendiendo la formación de un gobierno de concentración nacional. Todos ellos acabaron negociando y firmando el Pacto el 27 de octubre de 1977.

Los pactos lograron estabilizar la economía y controlar la inflación que superaba el 26%; y, gracias a la reforma fiscal, se pudo comenzar el incremento del gasto social a través del subsidio de paro, las pensiones, la educación y la sanidad.

■ CREACIÓN DE LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD

El electorado británico optó en 1945 por no votar a Winston Churchill, pese haber sido el gran líder ganador de la guerra, y optó por los laboristas haciendo primer ministro a Clement Attlee. ¿Ofrecía el laborismo más confianza ante la necesaria reconstrucción social del reino? Con ánimo de lograr el crecimiento sostenido del empleo, Attlee desarrolló una política de nacionalización de sectores básicos de la economía como la minería, la industria siderúrgica y los medios de transporte ferroviario y aéreo, entre otros.

En paralelo, desarrolló políticas para la protección de los ciudadanos ante los riesgos más comunes que les podían afectar: el laboral, paro incluido, la enfermedad o la maternidad. En ese contexto, teniendo por objetivo el estado de bienestar, el gobierno de Attlee (1945-1951), siendo Aneurin Bevan Ministro de Salud, puso en marcha el Servicio Nacional de Salud (National Health Service) el 5 de julio de 1948. El Reino Unido fue pionero al implantar el primer NHS de la historia.

El gobierno laborista presidido por Clement Attlee fue uno de los gobiernos más importantes en la historia del estado de bienestar y el NHS británico fue un modelo a seguir por otras naciones, entre ellas España, hasta que el gobierno conservador de la señora Thatcher lo desmanteló a lo largo de su mandato (1979-1990).

Inspirándose en el británico, el siguiente NHS o SNS en la historia fue constituido en Chile por el Gobierno de Pedro Aguirre Cerda en 1952, habiendo sido con anterioridad ministro de Salubridad el malogrado (1973) Salvador Allende. En 1974 la dictadura de Pinochet articuló una nueva regionalización administrativa del país y en 1979 acabó con el SNS distribuyendo la gestión de sus escombros entre los trece gobiernos regionales y los más de 350 municipios.

A poco más de diez años tras la muerte de Franco, es España la que se dotó de un SNS público de calidad, gratuito y universal, promulgando la Ley General de Sanidad. Esta Ley se elaboró en la primera legislatura dirigida por Felipe González (1982-1986), siendo ministro de Sanidad Ernest Lluch y subsecretario Pedro Sabando.

El SNS español todavía resiste a pesar de los quebrantos padecidos en la presente década, afectado severamente por la Gran Recesión y por la gestión de

un gobierno conservador. De tal modo que el vigente Sistema de Salud viene soportando una crisis sanitaria sin precedentes.

Con el espíritu de ayudar a revertir el escenario, el Ateneo de Granada recorrió en 2016 el 30 aniversario de la promulgación de la Ley General de Sanidad. Lo hizo a través de un ciclo de conferencias coordinado por quien suscribe. Pedro Sabando y Fernando Lamata, con dilatadas experiencias en la gestión sanitaria, fueron invitados a participar en el ciclo y ahí fue donde surgió la ambiciosa idea de escribir la presente obra.

...

A lo largo de los catorce capítulos del libro reflexionamos sobre cómo se aprobó y se implantó la Ley General de Sanidad. Desde nuestra experiencia personal tratamos de analizar los aciertos y los errores en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, así como la contrarreforma del Partido Popular y el intento de privatización de la sanidad pública. Y, desde esa reflexión, planteamos posibles acciones orientadas a la consolidación y mejora de nuestro sistema sanitario público.

El libro se estructura en catorce capítulos.

El Capítulo 1 trata de los antecedentes y la elaboración de la Ley General de Sanidad de 1986. El Capítulo 2 aborda la implantación de la Ley General de Sanidad y la contrarreforma de 2012. En el Capítulo 3 se discute el problema de la coordinación y gobierno del Sistema Nacional de Salud. El Capítulo 4 contiene la financiación sanitaria. En el Capítulo 5 se reflexiona sobre los profesionales sanitarios. El Capítulo 6 se dedica a la Atención Primaria y su desarrollo comunitario. El Capítulo 7 aborda el tema del sector hospitalario. En el Capítulo 8 analizamos el desarrollo de la atención a la Salud Mental. El Capítulo 9 se dedica a discutir la problemática del acceso justo a los Medicamentos. En los Capítulos 10 y 11 abordamos la privatización de la sanidad. Asimismo, el Capítulo 12 se ocupa de un caso emblemático, el área sanitaria de Alzira. El Capítulo 13 presenta un análisis sobre el desarrollo y la importancia de la UE, en relación con las políticas sanitarias. Finalmente, en el Capítulo 14 presentamos unas reflexiones finales con una serie de propuestas de actuación para consolidar y mejorar la sanidad pública de nuestro país, garantizando la universalidad, y para que nunca nadie vea sufrir o morir a un ser querido por falta de atención sanitaria.

Los autores del libro somos personas que hemos dedicado nuestra vida a la sanidad, desde diferentes cometidos y en diferentes momentos. Pedro Sabando fue subsecretario de Sanidad cuando se diseñó la Ley General de Sanidad y luego fue Consejero de Sanidad de Madrid; Francisco Torres fue viceconsejero de Sanidad cuando se puso en marcha el modelo autonómico y fue impulsor de la reforma psiquiátrica en España y en Latinoamérica; Fernando Lamata fue

secretario general de Sanidad del Ministerio y antes fue consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha y director provincial del Insalud en Cantabria y en Madrid; Juan José Rodríguez Sendín ha sido médico de familia y presidente del Consejo General de Colegios de Médicos entre 2009 y 2017; Ramón Gálvez ha sido gerente de hospitales públicos y responsable de Atención Sanitaria en el antiguo Insalud; Javier Rey del Castillo fue director general de Alta Inspección; Carmen Montón fue ministra de Sanidad y anteriormente había sido Consejera de Sanidad en la Comunidad Valenciana. Muchos años de experiencia y de compromiso en la defensa de la sanidad pública que se vuelcan en las páginas de este libro con la ilusión de poder contribuir a generar un debate que sirva para dar un nuevo impulso a nuestro Sistema Sanitario.

El lector podrá comprobar que cada autor aporta su propia visión de la evolución del sistema sanitario. Así, en algunos aspectos, los análisis no son coincidentes. Esta diversidad aporta riqueza al texto, ya que está reflejando las vivencias y la experiencia de los distintos autores. De la misma forma, el lector observará que los autores sí comparten su defensa de la sanidad pública, como un derecho de todas las personas, y su preocupación por la situación actual y de futuro del Sistema Nacional de Salud.

La sanidad pública está seriamente amenazada y necesita el compromiso y el esfuerzo del gobierno de España, de los gobiernos de las comunidades autónomas, de los profesionales sanitarios y del conjunto de la ciudadanía para vencer esas amenazas y abrir una nueva etapa de desarrollo firme y estable. Seguramente, para que esos esfuerzos sean eficaces, se requiere un Pacto de Estado de orientación federal, que dote al Sistema Sanitario de los instrumentos de gobierno, cohesión y coordinación necesarios para garantizar la universalidad del derecho a todas las personas que vivamos en España, con la misma calidad y sin barreras de acceso entre comunidades autónomas. Al mismo tiempo, es preciso recuperar una financiación pública suficiente, acorde con nuestro nivel de renta. Y para ello será preciso abordar una profunda reforma fiscal y un nuevo pacto de financiación autonómica.

Cuando nació la Ley General de Sanidad acababa de nacer el Estado de las autonomías, que era, por lo tanto, un Estado en construcción. Un Estado de orientación federal, pero que no disponía de los instrumentos jurídicos e institucionales para hacer eficaz y eficiente su funcionamiento. Ahora es momento de hacer balance de lo realizado y completar el entramado organizativo y financiero del Sistema Nacional de Salud en el marco de las reformas políticas y fiscales que debe abordar España.

Para abordar estas transformaciones tan importantes, se precisa un gran apoyo social. Por eso es necesario abrir debates que generen conciencia del problema y animen a impulsar entre todos las mejores soluciones. Este es el propósito del libro.

Financiación sanitaria: suficiencia, distribución justa y eficiencia en el gasto

Fernando Lamata

Si queremos disfrutar de una sanidad universal, que atienda a todas las personas en función de su necesidad, y que ofrezca unos servicios completos y de calidad adecuada al nivel de renta del país, entonces hemos de disponer de unos ingresos suficientes para poder financiar los recursos necesarios, y esos recursos deben distribuirse de forma equitativa para que cualquier persona, en cualquier lugar de España, pueda acceder a unos servicios de calidad similar.

Estos ingresos deben provenir de un sistema fiscal eficiente y justo, donde pague más el que más tiene. Un sistema progresivo, como ordena la Constitución española (CE) de 1978 en su artículo 31, que dice:

“1.Todos contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos de acuerdo con su capacidad económica mediante un sistema tributario justo inspirado en los principios de igualdad y progresividad que, en ningún caso, tendrá alcance confiscatorio.

2.El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía.
[...]

En este capítulo repasaremos cómo se diseñó la financiación sanitaria de la sanidad pública española, cuál ha sido la evolución del gasto sanitario público, cómo conseguir suficiencia en los ingresos, cómo distribuir los recursos, y cómo mejorar la eficiencia en el gasto. Finalmente apuntaremos algunas ideas para el futuro.

■ DE LAS COTIZACIONES SOCIALES A LOS IMPUESTOS, Y DEL ESTADO CENTRAL AL MODELO AUTONÓMICO

La presión fiscal en España en 1974 era prácticamente igual a la que había en 1960. Mientras tanto, los ingresos por cotizaciones sociales se habían duplicado. Había aumentado la actividad económica y el empleo, y con este las cotizaciones, pero la fiscalidad general no era progresiva. Esta tendencia se invirtió a partir de 1977.

El 27 de octubre de 1977 se firmaron los Pactos de la Moncloa (Gobierno, 1977). En ellos se definía la progresividad del sistema tributario que desarrollaría en la Ley 50/1977, de 14 de noviembre, sobre Medidas Urgentes de Reforma Fiscal. Esta Ley actualizaba la imposición sobre la renta de las personas físicas, los impuestos de sociedades, etc.

El sistema sanitario público español se había ido configurando alrededor de un tronco principal: la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Por lo tanto, la mayor parte de la financiación sanitaria pública provenía de cotizaciones sociales. Durante los años 50, 60 y primeros 70 del pasado siglo, hasta la crisis del petróleo, la actividad económica en España fue creciendo y, con ello, los puestos de trabajo y la recaudación por cotizaciones sociales. En aquellos años muchos trabajadores españoles emigraron a diferentes países europeos (Suiza, Alemania, Francia...). Esta emigración aportaba retornos económicos (las “remesas de los emigrantes”) y a la vez evitaba el aumento del desempleo. Por lo tanto, en aquellas décadas, la Seguridad Social gastaba muy poco en desempleo y poco en pensiones, ya que la población laboral era más joven. Esto permitió que buena parte de los recursos de la Seguridad Social se dirigieran a la Asistencia Sanitaria. De ahí que se creara una importante red de hospitales, ambulatorios y consultorios públicos, del “seguro” para atender a la creciente población “protegida”, ya que los conciertos con otras entidades (hospitales provinciales, hospitales clínicos, centros privados, etc.), resultaban insuficientes en la mayoría de las provincias). Como muestra baste citar los hospitales La Paz y Puerta de Hierro, de Madrid, que se abrieron en 1965, con modernas instalaciones y una amplia variedad de servicios.

Este predominio de la fuente de financiación en la Seguridad Social cambiaría a partir de la Ley General de Sanidad. La Ley General de Sanidad de 1986 recoge el principio de universalidad. El derecho a la atención sanitaria es de todos los españoles, y no solamente de aquellos asegurados. Por lo tanto, la fuente de la financiación pública debería cambiar progresivamente hacia los impuestos generales. Sin embargo, por la envergadura del cambio, la doble fuente de financiación se mantendría durante un tiempo.

El artículo 46.d. de la LGS establece que “la financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones

Públicas, cotizaciones sociales y tasas por la prestación de determinados servicios”.

Por su parte, el artículo 79 detalla que:

1. La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a:
 - a) Cotizaciones sociales.
 - b) Transferencias del Estado, que abarcarán:
 - La participación en la contribución de aquel al sostenimiento de la Seguridad Social.
 - La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos.
 - La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.
 - c) Tasas por la prestación de determinados servicios.
 - d) Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.
 - e) Tributos estatales cedidos.
2. La participación en la financiación de los servicios de las Corporaciones Locales que deban ser asumidos por las Comunidades Autónomas se llevará a efecto, por un lado, por las propias Corporaciones Locales y, por otro, con cargo al Fondo Nacional de Cooperación con las Corporaciones Locales”.

El apartado e) del punto 1 se añadió mediante la Ley 21/2001, cuando se culminó la negociación para transferir la sanidad a todas las CC AA y se aprobó el nuevo modelo de financiación de las mismas.

En relación con la distribución de los recursos a las CC AA, la LGS establecía en su artículo 81:

“La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12”.

Y, a su vez, el mencionado artículo 12 decía:

“Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución”.

El artículo 82 de la LGS se modificó mediante las Leyes 21/2001 y 62/2003, para referir el sistema de financiación de la sanidad pública, es decir, la distribución de los recursos entre CC AA, al sistema de financiación autonómica vigente en cada momento:

“La financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará según el Sistema de financiación autonómica vigente en cada momento.

Las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, elaborarán anualmente el presupuesto de gastos para dicha función, que deberá contener como mínimo la financiación establecida en el Sistema de Financiación Autonómica.

A efectos de conocer el importe de la financiación total que se destina a la asistencia sanitaria, las comunidades autónomas remitirán puntualmente al Ministerio de Sanidad y Consumo sus Presupuestos, una vez aprobados, y les informarán de la ejecución de los mismos, así como de su liquidación final”.

La LGS también ha incorporado una serie de disposiciones en relación con la eficiencia en el gasto, a raíz de la crisis financiera de 2008. Así las Leyes 2/2012 de Estabilidad Presupuestaria y 6/2015 de financiación de las CC AA, introdujeron los artículos 106 a 114 obligando a las CC AA a remitir datos sobre gasto farmacéutico y estableciendo medidas que pretendían mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario. El artículo 113 creó un “instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario” y el 114 introdujo límites al gasto farmacéutico. Aunque aparentemente se trata de controlar el gasto farmacéutico, estas medidas lo que hacen es consolidarlo. Como veremos en el capítulo IX, no se han adoptado medidas que permitan evitar el exceso de gasto farmacéutico, que ronda los 8.000 millones de euros anuales.

Otra modificación de la LGS relativa a la financiación se incorporó mediante la Ley 6/2015. Una nueva disposición final decimosexta establece una habilitación normativa por la que, por Orden Conjunta del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se podrá modificar lo previsto en los artículos 107 a 110 sobre la delimitación del gasto farmacéutico hospitalario. Llama la atención que, con el argumento de la crisis económica y la estabilidad fiscal, se permita modificar una ley mediante una orden ministerial. Esto trae a las mientes el dicho de que “cuando se quiere, se puede”, aunque suele aplicarse más cuando se trata de *aplicar la tijera*.

Antes de seguir, conviene recordar que la disposición adicional primera de la LGS establece que la financiación de la asistencia sanitaria del Estado en la

comunidades autónoma del País Vasco y en la Comunidad Foral de Navarra, se regirá por lo que establecen su Estatuto de Autonomía y su Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero. Esta diferencia se mantiene.

Por lo tanto, el cambio de fuente de financiación de Seguridad Social a Presupuestos Generales, como consecuencia de la LGS, fue progresivo. El primer paso se dio en la Ley de Presupuestos Generales del Estado (LPGE) de 1988 para 1989. En su preámbulo se dice: “Destaca, por su importancia, el nuevo régimen de financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que se presta a través del Instituto Nacional de la Salud. El Estado asume, en gran medida, la carga financiera del citado Instituto mediante aportaciones finalistas con destino a dicha asistencia sanitaria”.

Así, en el artículo 9 estableció que “la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que se presta a través del Instituto Nacional de la Salud, se financiará en 1989 con una aportación finalista del Estado por un importe de 1.102.893 millones de pesetas; la aportación procedente de cotizaciones sociales por un importe de 428.477,5 millones de pesetas; y con otros ingresos por un importe de 32.129 millones de pesetas”. Es decir, a partir de este año el 70% de la financiación ya procedía de los impuestos generales el Estado.

La misma LPGE, “amplía la cobertura sanitaria a una serie de colectivos hasta ahora desprotegidos... se trata de dar un paso más para hacer efectivo el derecho a la salud a que se refiere el Artículo 43 de la Constitución”.

En efecto, el artículo 9.3 establece que: “El Gobierno regulará durante 1989, [...] la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos suficientes, de acuerdo con las previsiones financieras [...]”.

Y así, el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, extendió la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

Es interesante observar cómo en estos textos se sigue manteniendo la referencia a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que era la red principal de sanidad pública, la que ofrecía las prestaciones más completas, y a la que se financia a partir de este momento principalmente por los presupuestos generales y no por cotizaciones sociales.

El 27 de noviembre de 1997 el Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó el Modelo de Financiación Autonómica para 1998-2001, que definía la participación de las CC AA en los ingresos del Estado. Este modelo se irá modificando en años sucesivos, pero manteniendo la misma filosofía: adaptar la financiación pública al Estado de las autonomías, transfiriendo servicios y transfiriendo capacidad de recaudar recursos, para desarrollar autonomía en las decisiones de gasto, pero también corresponsabilidad en las decisiones de ingresos.

Un año después, en la exposición de motivos de la Ley General de Presupuestos del Estado de 1998 para 1999 se llama la atención sobre una modificación importante “al preverse la asunción por el Estado de la totalidad de la financiación de la asistencia sanitaria, a través del presupuesto del Instituto Nacional de la Salud, suprimiéndose la referencia a la aportación procedente de cotizaciones sociales. Con ello se produce una desvinculación total de la Seguridad Social en el plano financiero y supone un avance importante en el proceso de separación de fuentes de financiación”.

Fijémonos que por primera vez la Ley de Presupuestos ya no habla de asistencia sanitaria “de la Seguridad Social”.

Esta separación de fuentes se mantiene, con transferencias finalistas desde el Estado al Instituto Nacional de la Salud, hasta la Ley de PGE para 2002.

En diciembre de 2001 se aprobó el nuevo Modelo de Financiación Autonómica, que se concreta en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y concluyeron los acuerdos de traspasos del INSALUD a las diez CCAA que todavía no gestionaban esta competencia.

La Ley 21/2001, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía, modificó la LGS (artículos 79 y 82), y el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social. Para garantizar un mantenimiento de la financiación con el nuevo modelo, la disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001 dice:

- “1. El Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que la financiación de dichos servicios en el año 2002 será, como mínimo, la obtenida en el último año del sistema vigente de financiación de los servicios de sanidad en el periodo 1998-2001.
2. Durante los tres primeros años del Sistema de Financiación, el Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que el índice de evolución de la financiación asignada a los mismos tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado”.

La LPGE para 2002 ya recoge la nueva financiación de las CC AA, incluyendo la sanidad, aunque todavía figura la financiación a través del INSALUD. Es una ley de transición entre los dos modelos.

En la LPGE para 2003, ya no figura ninguna cantidad para el Instituto Nacional de la Salud, que se ha extinguido. El Ministerio mantiene un Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA, para Ceuta y Melilla. La LPGE dice,

pues, que la “asistencia sanitaria a través del presupuesto del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se efectuará ...” para financiar la sanidad no transferida.

Y, por otra parte, la financiación de la asistencia sanitaria pública que gestionan las CC AA, que es prácticamente la totalidad, se define en el artículo 76 a 80 siguientes de la LPGE y se canaliza a través del nuevo modelo de financiación.

Posteriormente, el 15 de julio de 2009 se aprobó un nuevo modelo de financiación autonómica para las CC AA del régimen general, que ampliaba la autonomía y la corresponsabilidad, y que comentaremos en el apartado de Distribución de recursos. Este modelo entró en vigor el 1 de enero de 2010.

Pero, justo en aquellos años España recibía el impacto de la crisis financiera iniciada en EE UU en 2007 y 2008. Los bancos registraron grandes pérdidas al estallar la burbuja financiera que habían creado y que tantas ganancias reportó a sus ejecutivos. El sistema financiero se bloqueó. Muchas empresas quebraron y se destruyeron millones de empleos. Como consecuencia, los ingresos fiscales del Estado se hundieron y con ellos las cantidades recibidas por las CC AA para financiar los servicios transferidos. A partir de ahí, y durante varios años, las CC AA tuvieron que hacer importantes recortes en el gasto sanitario con el correspondiente deterioro de los servicios.

■ VOLUMEN Y EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (GSP)

Una forma de ver cuánta financiación sanitaria necesitamos es analizar las prestaciones que se garantizan, la previsión de utilización en función de necesidad (demografía, epidemiología), y calcular el coste de los servicios sanitarios.

Pero normalmente lo que ha ocurrido en los países es que la sanidad pública va ampliando población cubierta, prestaciones cubiertas y servicios en función del desarrollo económico del país y de las prioridades políticas de los grupos dominantes.

Por eso una primera aproximación a la suficiencia de los presupuestos es ver cuánto hemos gastado para mantener el funcionamiento de los servicios prestados. De hecho, como veremos después, el modelo de financiación calcula las “necesidades” de financiación para la sanidad en función del gasto realizado en años anteriores.

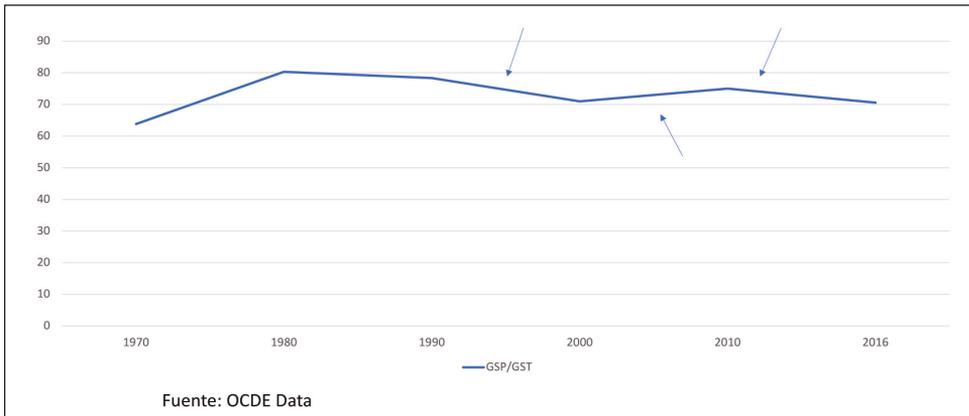
Gasto Sanitario Público (GSP) sobre Gasto Sanitario Total (GST)

Este indicador nos ofrece una primera impresión sobre si la sanidad en un país tiene una cobertura universal, o es un sistema con poca cobertura pública y más cobertura privada.

Podemos comparar el modelo de EE UU y el de Europa. El de EE UU, muestra un porcentaje de GSP/GST relativamente bajo, de 48,3%, y el de los países de la UE presenta un GSP/GST del 77,8% que es bastante alto (datos para 2016). Si observamos la población cubierta con asistencia sanitaria pública en los países de la UE vemos que supera el 90% de la población, mientras que en EE UU está alrededor del 50%.

En el mundo, con datos de la OMS y del Banco Mundial, vemos cómo en las últimas décadas se ha aumentado la proporción de gasto sanitario público sobre total, hasta el 60,1%, reflejando el avance progresivo hacia la universalización de la atención sanitaria. Pero este proceso tiene avances y retrocesos, en función de las prioridades políticas, y de las coyunturas económicas. Así, en España, la proporción de gasto sanitario público (GSP/GST) subió del 65% al 80% entre 1970 y 1980. Se mantuvo esa proporción de gasto durante una década hasta 1990 (con un máximo en 1982, con el 85,1%). A partir de ahí, bajó hasta el 70% en el año 2000. Coincidiendo con las transferencias del INSA-LUD a las últimas diez CC AA, se dio un nuevo impulso a la sanidad pública, hasta el 75,7% de GSP/GST en el año 2009. Después, en el marco de la crisis financiera, y con la contrarreforma sanitaria del PP, se redujo el porcentaje de GSP/GST de manera significativa, hasta el 70,7% en 2017 (SCS del Ministerio de Sanidad; OECD Data 2018).

Figura 4.1. Proporción de Gasto Sanitario Público/Total.



Gasto sanitario público sobre PIB

El gasto sanitario total de un país tiene que ver, sobre todo, con su nivel de renta. Es decir, ¿cuál es la renta per cápita de un país y, en función de la misma, cuánto puede gastarse en sanidad? Cuanto más rico es un país, más dinero podrá gastar en este y en otros servicios, tanto sean públicos como privados.

Como las diferencias de renta entre países son abismales, también lo son las diferencias en gasto sanitario.

Tabla 4.1. Gasto sanitario per cápita (US \$, World Bank Data, 2018).

¿Cuánto?

República Centro Africana	16
Afganistán	57
India	75
Egipto	178
Argentina	605
Rusia	893
España	2.658
Alemania	5.411
Estados Unidos	9.403

Ahora bien, lo que estamos analizando en este capítulo, principalmente, es el gasto sanitario público, que financiamos entre todos, y que financia los servicios que deben ser accesibles para todos.

El indicador de gasto sanitario público en relación con el PIB (% GSP/PIB) nos muestra el esfuerzo relativo que hace un país para financiar su sanidad pública. En general, conforme aumenta la renta de un país, aumenta también el porcentaje de gasto sanitario público sobre PIB. Una explicación es que ese país ya ha ido cubriendo otras necesidades, en alimentación, infraestructuras básicas y otros servicios públicos, y tiene recursos para poder destinar más dinero a sanidad. También se refleja aquí la voluntad política. Para un mismo nivel de renta, hay países que destinan más dinero a sanidad pública y otros prefieren apoyar a la sanidad privada.

Para analizar el gasto sanitario podemos utilizar dos fuentes del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) y el Sistema de Cuentas de la Salud (SCS). Esta segunda fuente incorpora atención sanitaria de larga duración y es, aproximadamente, medio punto más que la EGSP. El último dato publicado por el Ministerio de Sanidad se refiere a 2017. Ese año España habría destinado 74.150 millones de euros a gasto sanitario público. En relación con el PIB de ese año supondría un 6,36%.

El SCS es el método que utiliza Eurostat y también OCDE. Así, vemos que el gasto sanitario público español es menor que el de los países europeos más avanzados. España se sitúa aquí en las últimas posiciones. En efecto, el porcentaje de GSP/PIB en España (tomando los datos de Eurostat para 2016) llegaba al 6,39%, mientras que alcanzaba el 9,57% en Francia, el 9,42% en Alemania y

el 9,13% en Suecia. Otros dos países destinaron más del 8% del PIB (Dinamarca, 8,71% y Holanda, 8,32%). Por encima del 7% del PIB se situaron Bélgica, con 7,91%, Reino Unido con 7,74%, Austria con 7,74% y Finlandia con 7,09%. También por delante de España estaba el GSP de Italia, con el 6,65% de su PIB. Solamente destinan menos porcentaje que España cuatro países: dos de renta per cápita alta (Luxemburgo e Irlanda) y dos de renta per cápita más baja, Portugal y Grecia (Eurostat 2018).

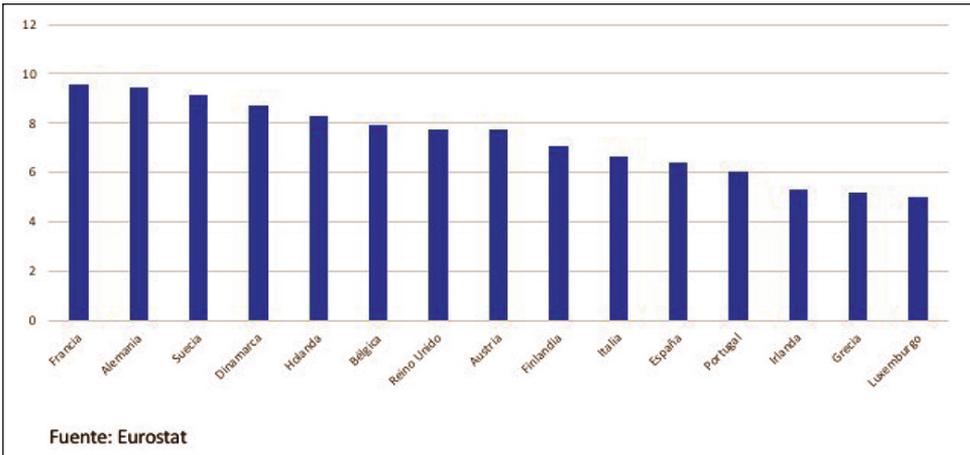


Figura 4.2. Porcentaje de gasto sanitario público en relación con el PIB. Países de la UE-15. Datos de 2016.

En cuanto al gasto público per cápita, España destinó 1.537 euros en 2016, en comparación con los 4.542 de Luxemburgo, los 3.597 de Alemania, los 3.188 de Francia o los 2.835 de Reino Unido. Es decir, la mitad, en gasto por habitante, que Francia o Alemania.

En todo caso, como señalan José Ignacio Conde-Ruiz y colaboradores, “el despliegue de un Estado de Bienestar no es posible sin un sistema impositivo capaz de recaudar suficientes ingresos para financiar los servicios públicos que provee” (Conde-Ruiz *et al.*, 2018). Es decir, para poder financiar la sanidad pública, hace falta un sistema fiscal que recaude impuestos y cotizaciones sociales suficientes, y que los recaude de forma progresiva.

En general podemos pensar que un mayor porcentaje de gasto público sobre el PIB nos está mostrando una financiación más justa de la sanidad, porque la pagamos entre todos. Sin embargo, podría darse el caso de que el GSP/PIB fuera alto (por ejemplo, un 10%), pero que los ingresos fiscales vinieran todos de las personas de rentas bajas. Eso no sería una financiación pública justa. Veremos estos aspectos en los siguientes apartados.

Tabla 4.2. Gasto sanitario público. Europa-15. Datos de Eurostat para 2016.

	% GSP / PIB	Gasto per cápita (euros)
Francia	9,57	3.188
Alemania	9,42	3.597
Suecia	9,13	4.280
Dinamarca	8,71	4.217
Holanda	8,32	3.461
Bélgica	7,91	2.951
Reino Unido	7,74	2.835
Austria	7,74	3.128
Finlandia	7,09	2.782
Italia	6,65	1.844
España	6,39	1.537
Portugal	6,02	1.081
Irlanda	5,32	3.081
Grecia	5,19	838
Luxemburgo	4,99	4.542

La infrafinanciación de la sanidad pública española muestra un deterioro progresivo desde 2009

El Sistema Nacional de Salud sigue infrafinanciado, soportando un deterioro progresivo que urge corregir.

La Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (publicada en abril 2018) muestra que el Sistema Nacional de Salud sigue perdiendo recursos respecto a lo que invertíamos antes de la crisis. En efecto, el gasto en 2016 fue de 66.678 millones de euros, y el gasto actualizado con el IPC, según el INE, habría ascendido a 77.247 euros, es decir se han destinado 10.569 millones de euros menos a sanidad respecto a lo que invertíamos en 2009. La infrafinanciación del SNS acumulada entre 2010 y 2016 asciende a 72.835 millones de euros. Es una sangría muy grande para la calidad y la sostenibilidad del SNS.

Este cálculo no tiene en cuenta nuevas necesidades de salud, nuevas tecnologías, mejora de la calidad, equiparación al gasto sanitario público de los países de la UE con rentas similares.

A efectos de comparaciones internacionales se suele utilizar el dato del Sistema de Cuentas de la Salud, que incluye gastos de larga duración, y suele ser un 0,5% del PIB superior al dato de la EGSP. Es decir, estaríamos en torno al 6,39% del PIB en 2017. Muy por debajo del 7% de 2009. Y muy por debajo del horizonte deseable, de un 7,5% del PIB, para acercarnos a los países de la UE

más desarrollados. Esto es, con un 7,5% de gasto sanitario público sobre PIB deberíamos haber invertido en sanidad 87.441 millones de euros. Y destinamos solamente 74.150 millones de euros (incluyendo gastos de larga duración). Supone 13.291 millones de euros menos.

Tabla 4.3. Evolución del gasto sanitario público entre 2009 y 2016. Comparación con el gasto que deberíamos haber tenido a “precios corrientes” manteniendo el gasto de 2009.

	GSP (EGSP)	Inflación (INE)	GSP de 2009 actualizado por inflación	Desinversión
2009	70.674			
2010	69.530	3	72.794	- 3.257
2011	68.057	2,4	74.541	- 6.484
2012	64.077	2,9	76.702	-12.625
2013	61.727	0,3	76.932	-15.202
2014	61.918	-1	76.162	-14.244
2015	65.708	0,0	76.162	-10.454
2016	66.678	1,6	77.247	-10.569

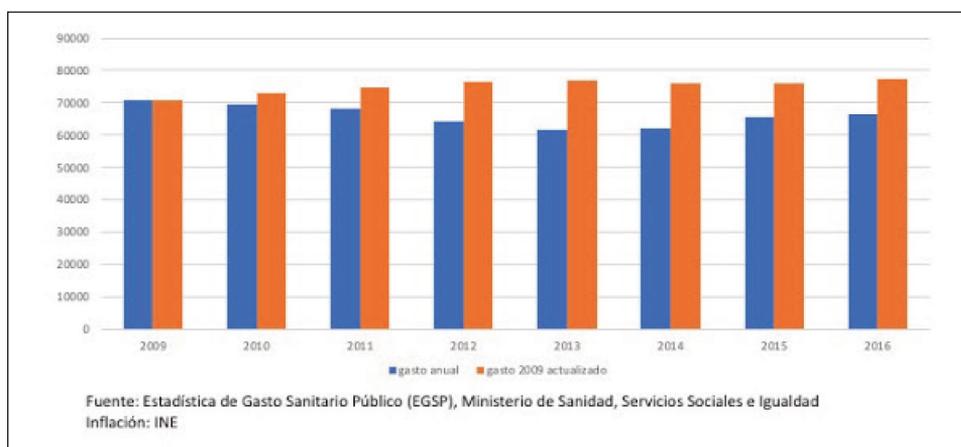


Figura 4.3. Evolución del gasto sanitario público. Comparación entre el gasto anual y el gasto de 2009 actualizado según inflación.

Las previsiones del Gobierno Rajoy en la Actualización del Plan de Estabilidad 2018-2021 no pretendían corregir esta infrafinanciación, sino más bien lo contrario. La recaudación fiscal en relación con el PIB seguiría muy por debajo de la media de los países de la UE más avanzados, con lo que no se podrían financiar adecuadamente las políticas públicas, entre ellas la sanidad.

El argumento de los gobiernos conservadores suele ser que quieren bajar los impuestos a la gente, que quieren que “el dinero se quede en el bolsillo de la gente”. Pero no se trata de subir los impuestos a los trabajadores y la clase media. El agujero fiscal de España no es porque los trabajadores no paguen. Los trabajadores, las clases medias, los asalariados, pagan religiosamente. Los que no pagan son las grandes corporaciones y las grandes fortunas con una red de evasión y fraude fiscal descontrolada. Este es el problema que los gobiernos no abordan con eficacia. Cuando se bajan los impuestos, se baja un euro a las personas con bajos ingresos y se bajan 100.000 euros a los más pudientes. De esa forma, al reducir globalmente los ingresos públicos, se tienen que recortar los servicios públicos y poner copagos. Al final, las clases medias son las que pagan esa “bajada de impuestos” a los ricos, que son los que sí se quedan con nuestro dinero en su bolsillo. El problema de los servicios públicos españoles es, sobre todo, el sistema fiscal ineficiente e injusto. Esto es lo que urge corregir.

Descapitalización del SNS: reducción de recursos en personal y en inversiones (infraestructuras, equipamiento, etc.)

La Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, muestra que la disminución de gasto sanitario público se ha concentrado en los gastos de inversiones, que se han reducido un 60% entre 2009 y 2016, descapitalizando el sistema, deteriorando las instalaciones y empeorando los materiales utilizados. También se ha reducido de forma importante el personal, que es la clave para un buen funcionamiento de la sanidad, con un 5,2% menos de gasto; sobre todo en Atención Primaria (-11,13%). Mientras tanto el gasto en conciertos solo se redujo en un 1,8%.

El aumento de gasto farmacéutico real en este periodo “no se ve” en las tablas de la EGSP, porque el gasto farmacéutico hospitalario no viene diferenciado con epígrafe propio, y porque el gasto farmacéutico que se ha desviado al bolsillo de los pacientes no se muestra tampoco aquí, ya que ha pasado a ser gasto “privado” (este dato se encuentra en la serie del Sistema de Cuentas de la Salud, del Ministerio de Sanidad). De ahí que, en el relato de la industria farmacéutica, y también de algunos analistas se afirme que el gasto en farmacia ha bajado de forma notable, fijándose solamente en el gasto público en oficina de farmacia. Pero la realidad es la contraria: mientras se recortaba en personal e inversiones la industria farmacéutica ha aumentado un 5% su volumen de ingresos.

El gasto farmacéutico en oficinas de farmacia ha disminuido, en buena medida, por el desplazamiento del gasto a los pacientes. Pero el gasto farmacéutico en hospitales, que está incluido en los consumos intermedios de los hospitales, ha aumentado un 40%. Ese aumento lo podemos ver en los datos que facilita el Ministerio de Hacienda (indicadores de gasto farmacéutico).

Así, el gasto farmacéutico total, sumando el gasto en oficinas de farmacia y en hospitales, se habría reducido un 3,8%. Pero, si añadimos el gasto farmacéutico que se ha desplazado al bolsillo de los pacientes (con el aumento de copagos y la desfinanciación de medicamentos), entonces vemos que el gasto farmacéutico real aumentó un 5%, 724,7 millones de euros más.

Tabla 4.4. Evolución del gasto sanitario público entre 2009 y 2016. Comparación de los distintos componentes del sistema.

	2009	2016	Dif	Dif %
GSP total	70.674	66.678	-3.999	-5,6%
Personal	31.336,6	29.689	-1.647,6	-5,2%
Pers Hosp.	20.451	19.775	-676	-3,3%
Pers AP.	8.366	7.435	-931	-11,13%
Consumo Intermedio H.	11.849	14.729	+2.880 *	+24,3%
Consu. Int. AP	1.438	1.178	-260	-18%
Conciertos	7.726,6	7.585,5	-141,1	-1,8%
Inversiones	2.693	1.060	-1.633	-60,6%
Farmacia O.F.	13.430	10.878	-2.558	-19%
Farmacia Hos	4.360	6.233,7	+1.843,7 *	+43%
Farmacia Total	17.790	17.111,7	-678,3	-3,8% **
Farmacia Real sin 16/2012	17.790	18.514,7	+724,7	+5% **

*. La mayor parte del aumento de la partida Consumo Intermedio en Hospitales se debe al aumento del gasto farmacéutico hospitalario, 1.843,7 millones de euros más. El dato para 2016 lo obtenemos de la serie de indicadores de gasto farmacéutico del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Para 2009 el dato es una estimación a partir del gasto farmacéutico hospitalario total del SCS, rubros pro-memoria.

** El **gasto farmacéutico público total**, sumando gasto en oficinas de farmacia y el gasto en hospitales habría ascendido a 17.111,7 millones en 2016, con una disminución de 678,3 millones, un 3,8%. Pero para tener toda la información hemos de recordar que parte del gasto farmacéutico público se ha desviado a los bolsillos de los pacientes (sobre todo de los pensionistas) a través de los copagos y la desfinanciación de más de 400 medicamentos. La diferencia en gasto farmacéutico particular en oficinas de farmacia entre 2012 y 2016 es de 1.397 millones de euros (pasando de 5.819 a 7.216). Si esa cantidad se suma al gasto sanitario público, es decir, si no se hubiera cargado al bolsillo de los pacientes, **el gasto farmacéutico público real** total habría sido de 18.514,7 millones de euros (17.111,7 + 1.397), lo que supondría un 5% de aumento, al pasar de 17.790 a 18.514,7 millones, 724,7 millones de euros más.

En resumen, hay una reducción global de los recursos para la sanidad pública, y una derivación desde los gastos de personal y de infraestructuras hacia los gastos de farmacia y de conciertos.

■ SUFICIENCIA EN LOS INGRESOS PARA FINANCIAR LA SANIDAD PÚBLICA

Los ingresos fiscales (impuestos y cotizaciones sociales) deben ser suficientes para poder pagar la atención sanitaria de calidad adecuada a la renta del país. Lógicamente países de renta per cápita más alta, aplicando una misma proporción de ingresos fiscales, dispondrán de más recursos y podrán financiar más personal y más infraestructuras. Pero lo importante es que, cada país, en función de su renta, establezca un sistema fiscal eficiente y justo capaz de recaudar una proporción adecuada. En la segunda mitad del siglo XX y primeras dos décadas del siglo XXI, en los países más avanzados de la UE se han mantenido unos ingresos fiscales entre el 40% y el 50% del PIB, para poder financiar servicios públicos, sanidad, pensiones, educación, infraestructuras, etc.

La dimensión de la solidaridad

El Panel de Expertos de la Comisión Europea en políticas sanitarias propuso una serie de criterios e indicadores para medir el desempeño de los sistemas sanitarios (EXPH 2014). Una de las dimensiones que, a juicio del Panel, se debería valorar siempre es la solidaridad, entendiéndola por tal la medida en que un país financia su sistema sanitario público mediante un sistema fiscal en el que aporta más el que más tiene: “de cada uno según sus capacidades”. Es una dimensión clave, pero no suele estar bien identificada. No se trata de medir solamente cuánto gasto sanitario público hay, sino también si ese dinero se ha recaudado de forma progresiva.

Un sistema sanitario público universal significa que todos tenemos derecho a una atención sanitaria igual en el momento en que la necesitemos. Pero para que eso sea posible, o bien todos debemos tener igual renta primaria (mismo patrimonio, mismos salarios, etc.), y podemos pagar la sanidad que necesitemos, o bien, si hay desigualdad de renta, hemos de establecer un modelo público y solidario de financiación donde paguemos todos en función de nuestra capacidad (a través de impuestos y/o cotizaciones sociales, que deben ser progresivos). Uno de los problemas graves de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, y de otras políticas públicas, es la regresividad fiscal. Los ricos no pagan impuestos. El artículo 31 de la Constitución española no se cumple. Y esto hace que el sostenimiento de la sanidad pública recaiga en las clases medias, en los trabajadores, en los pensionistas, con lo que el sistema público se debilita. Esta cuestión se ha puesto de manifiesto con dureza en la crisis financiera y económica comenzada en 2007 en EE UU y trasladada a Europa a partir de 2008.

En esta dimensión de solidaridad queremos medir: “¿cuánto gastamos en sanidad pública y quién financia ese gasto?” El Panel de Expertos propone los siguientes indicadores:

- Porcentaje de Gasto Sanitario Público en relación con el Gasto Sanitario Total.
- Porcentaje de Gasto Sanitario Público en relación el PIB.
- Estructura de los impuestos y las cotizaciones sociales, incluyendo porcentaje de ingresos fiscales en relación con el PIB; porcentaje de impuestos del trabajo; porcentaje de impuestos del capital; porcentaje de impuestos de consumo.
- Fraude fiscal. Porcentaje de economía sumergida en relación con el PIB.
- Porcentaje de gasto sanitario de bolsillo (*out-of-pocket expenditure*).
- Índice de GINI después de impuestos, que nos mide si la capacidad de redistribución del sistema fiscal corrige la desigualdad primaria de rentas.

Ingresos fiscales

En un trabajo para la conservadora fundación FEDEA, Conde-Ruiz y otros autores han subrayado la necesidad de aumentar los ingresos fiscales en España para poder mantener el estado de bienestar (Conde-Ruiz *et al.*, 2015). Ellos estiman que es necesario aumentar los ingresos en un 3% del PIB. Su propuesta incluye reducir los tipos marginales, aumentar el IVA y los precios públicos. Nosotros, a la vista de las cifras comparadas, entendemos que el boquete fiscal es mayor, y con un enfoque progresista pensamos que la reforma debería incidir más en los impuestos directos a las rentas más altas y a los grandes beneficios, e impuesto de sociedades, junto a un impuesto a la riqueza reforzado, ya que no se está cobrando a las grandes fortunas, y grandes corporaciones. Es decir, independientemente de que los impuestos directos recuperen su capacidad recaudatoria en todas las rentas (suficiencia), se debe lograr una progresividad efectiva (solidaridad) donde pague más quien más tiene y gana (suprimiendo desgravaciones, exenciones y bonificaciones fiscales). En cuanto a los impuestos indirectos se debería tender a nivelarlos con la media de la UE.

La fiscalidad progresiva es un factor clave para garantizar una sanidad pública estable y de calidad. En España hay un boquete fiscal de más de 70.000 millones de euros anuales, en comparación con los países de nuestro entorno. Es un modelo fiscal injusto e ineficiente. Y esta carencia se traduce en enormes dificultades a la hora de financiar los servicios públicos.

Según Eurostat, con datos para 2016, el porcentaje de ingresos fiscales (incluyendo impuestos y cotizaciones) es en España de un 34,1%, mientras que en Francia es de 47,6% (¡13,5 puntos más de PIB que en España!), en Dinamarca es 47,3%, en Italia 42,9%, en Alemania 40,4%, y en la Eurozona 19 alcanza el 41,3%, ¡7,2 puntos más que España! ¿Cómo es posible que exista una diferencia tan enorme?

Si analizamos las clases de impuestos y los tipos impositivos vemos que no hay grandes diferencias. El problema está en que las grandes empresas, y las personas con rentas altas, no pagan lo que deben. Utilizan mecanismos de ingeniería fiscal, paraísos fiscales, o fraude fiscal, para no pagar. Corregir la ineficiencia del sistema fiscal español es una prioridad nacional. Hemos de lograr, al menos, los mismos porcentajes de ingresos sobre PIB que los países más avanzados. Asimismo, es imposible lograr una justicia fiscal si no se aborda una fiscalidad europea, una política fiscal europea y leyes europeas para combatir el fraude. Esto debe incluir la supresión de ventajas fiscales en países como Irlanda, Luxemburgo, Reino Unido, Holanda, etc., que actúan como paraísos fiscales de empresas y fortunas de otros países europeos.

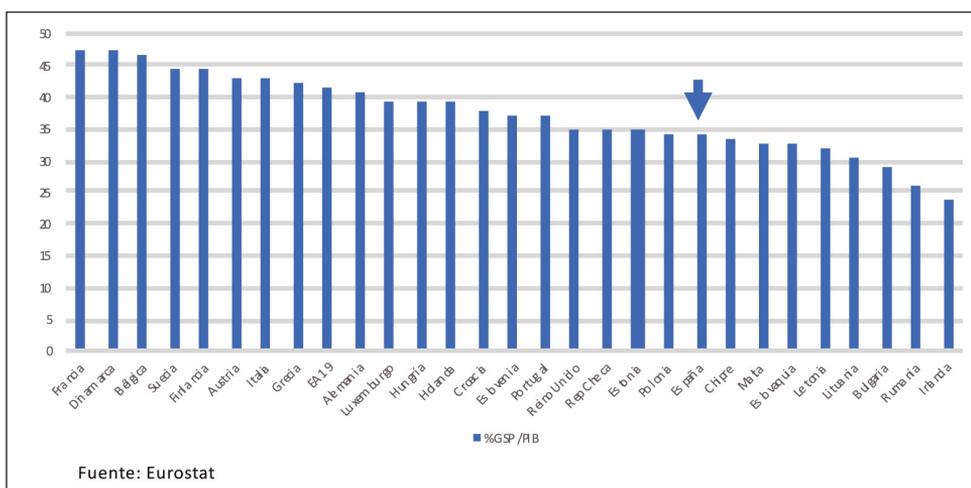


Figura 4.4. Ingresos fiscales (impuestos y cotizaciones sociales) en relación con el PIB, año 2016.

Progresividad de los ingresos (paga más el que más tiene)

Impuestos directos e indirectos

En general se considera que los impuestos directos, sobre los ingresos, sobre la riqueza personal, sobre el patrimonio, etc., pueden ser más progresivos, si se fijan tipos mayores para los tramos de ingresos o riqueza mayor. Así, en principio, pagan más proporción de sus ingresos las personas de rentas más altas.

Por otro lado, se considera que los impuestos Indirectos son regresivos, o menos progresivos, ya que paga el mismo porcentaje, el mismo tipo, cualquier consumidor sea cual sea su renta o su riqueza. Todos pagamos el mismo IVA al tomar un café o comprar un libro.

Tabla 4.5. Ingresos fiscales por categorías de impuestos, 2016.

	Eurozona-19	UE-28	España
Impuestos en producción e importaciones	13,2	13,6	11,8
Impuestos en ingresos, riqueza, etc.	12,6	13,0	11,8
Impuestos sobre el capital	0,3	0,3	0,6
Cotizaciones sociales	15,3	13,3	12,2
Total ingresos fiscales	41,3	40,0	34,1
% Ingresos Directos	67,55	65,75	64,8
% Ingresos Indirectos	31,96	34,0	34,6

Fuente: Eurostat, 2017. *Tax revenue statistics*. Elaboración propia. Se considera impuestos directos los impuestos sobre los ingresos y las cotizaciones sociales. Se considera impuestos indirectos los impuestos sobre la producción.

Si analizamos los ingresos fiscales de los países de la UE 28 y de la Eurozona 19 en el año 2016, comparados con los de España, vemos que el porcentaje de ingresos fiscales directos en España alcanzó un 64,8%, frente al 67,55% de la Eurozona 19, y el 65,75% de la UE 28. Por el contrario, el porcentaje de ingresos por impuestos indirectos fue mayor en España, un 34,6%, frente a un 31,96% de la Eurozona 19 (Eurostat, 2017).

Medida de la desigualdad: Índice de GINI

Otra forma de estimar si el sistema fiscal de un país es justo y eficaz, es comparando el Índice GINI, después de las transferencias sociales, que nos mide la desigualdad de rentas dentro de un país y cómo se ha corregido por los programas de transferencias de rentas públicos (incluidas las pensiones).

Hemos de tener en cuenta que las fuentes de datos para este indicador utilizan las rentas declaradas; por lo tanto, se escapan la economía sumergida, los patrimonios a nombre de otras personas o entidades, etcétera, etcétera. Es decir, la desigualdad real es mucho mayor.

Tomamos los datos de Eurostat que, a su vez, los obtiene de la encuesta de condiciones sociales e ingresos (EU-SILC-Survey). Los datos son de 2016. Pues bien, observamos que el Índice de GINI, en una escala de 0 a 100 (donde 0 es la mínima desigualdad y 100 la máxima), es de 34,5 para España. El cuarto mayor de la UE 28, junto con Letonia y solamente superada por Rumanía, Lituania y Bulgaria. Estos datos muestran la enorme desigualdad que existe en España respecto a la mayoría de los países de la UE.

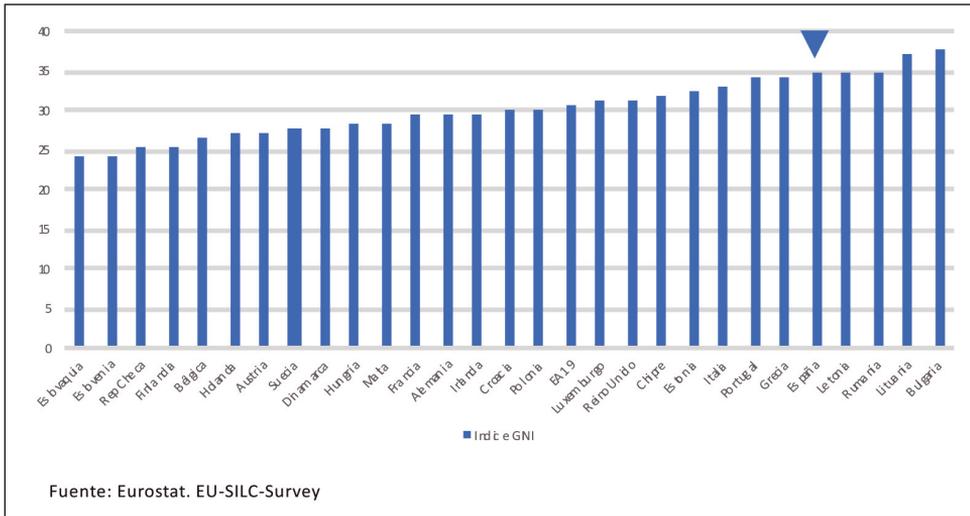


Figura 4.5. Índice de GINI (a ingreso disponible). Año 2016.

Fraude fiscal

Por su propia naturaleza el fraude fiscal es difícil de medir. Pero hay que intentarlo. Lo que no se mide no se puede corregir. Llama la atención que en la página web de la Comisión Europea que recoge la información sobre fraude fiscal, sigue figurando la misma cifra desde 2014, y es una cifra referida a un estudio de años anteriores, donde se estimaba el fraude fiscal en más de un billón de euros.

Friedrich Schneider es un profesor que viene analizando la economía sumergida desde hace años y publica los datos con periodicidad. En un estudio realizado con Leandro Medina muestra los datos de los países en los últimos años (Medina L, Schneider F, 2018).

Vemos cómo en España la economía sumergida es el 17,2%, frente a la de Austria, con un 7,1%. Si esa riqueza tributara de forma progresiva, supondría un 7% del PIB, más de 70.000 millones de euros anuales.

De la economía sumergida, que no paga impuestos, hay mucha economía legal que no paga la proporción de impuestos que pagan los ciudadanos de a pie. Es una fiscalidad regresiva, por el sistema de bonificaciones, desgravaciones, sicav, ingeniería fiscal, etcétera, etcétera.

El boquete fiscal de España, entre agujeros “legales” e “ilegales”, es de más de 100.000 millones de euros anuales. Y no se trata, insisto, de que haya que aumentar los impuestos a los trabajadores y las clases medias, que ya pagan bastante. Se trata de hacer pagar a los que no pagan lo que deberían.

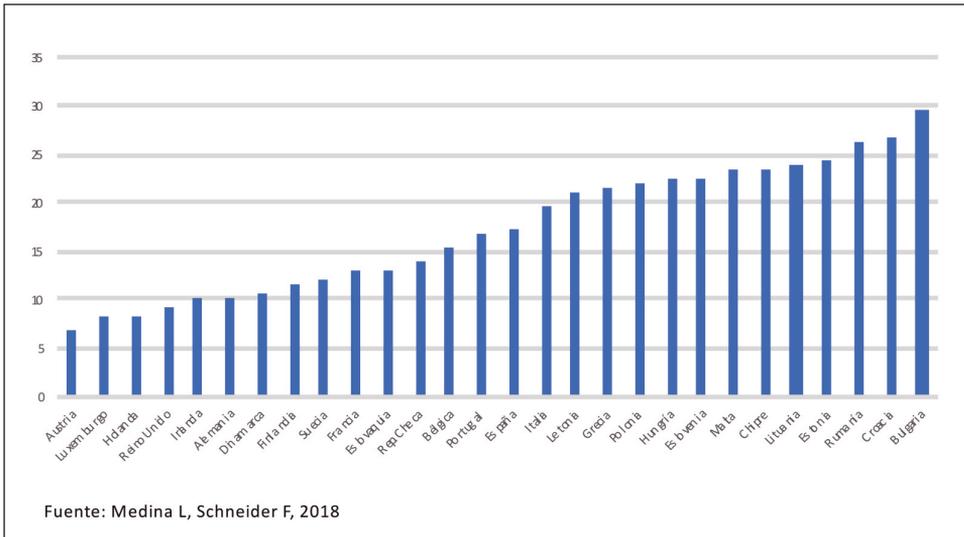


Figura 4.6. Economía sumergida estimada para 2017 en los países de la UE 28. Proporción de la economía sumergida en relación con el PIB.

Los copagos: una forma regresiva de financiar la sanidad

Si hablamos de sanidad pública, queremos decir que una persona tiene derecho (titularidad) a unas prestaciones de calidad y seguridad adecuada, financiadas públicamente (entre todos, en función de la renta y la riqueza, a través de sistemas impositivos progresivos, en los que paga más el que más tiene) y libres de pago en el momento del uso. Si te reconocen el derecho (tarjeta sanitaria) a un catálogo amplio de prestaciones, pero debes pagar 100% por todas ellas, eso no es sanidad pública. Es sanidad privada.

La sanidad pública quiere decir que todos pagamos, a través de impuestos, y que recibimos la atención sanitaria sin pagar en el momento de la utilización de los servicios.

El copago quiebra el principio de solidaridad. Es una privatización de parte de la atención sanitaria. El paciente paga en el momento del uso (además de haber pagado ya sus impuestos). Paga dos veces. De esta manera paga más el más enfermo, el que más veces necesita utilizar la sanidad. Suelen ser los más mayores. Suelen ser las personas en condiciones más precarias (con más riesgos para la salud en el trabajo, por las condiciones de vivienda más insalubres, con salarios que no cubren necesidades, etc.). Se pueden hacer exenciones, excepciones, topes, etc., a los copagos. Pero el copago siempre es una barrera al acceso para los que no tienen recursos. ¿Dónde está el límite del copago?: en la fuerza que haga el conjunto de la sociedad para oponerse.

Se suele decir que el copago tiene dos finalidades principales: disminuir el gasto público aumentando la financiación privada (“recaudación”), o reducir el consumo innecesario.

Si lo que se pretendiera no es ahorrar gasto público y transferirlo a los pacientes, sino que se quisiera “moderar el consumo innecesario”, porque se supone que la prescripción está mal indicada, hay que saber que el copago reduce igual el uso de la prescripción necesaria y de la supuestamente innecesaria. No es una buena manera de evitar el uso innecesario. Las personas con más renta seguirán haciendo uso, sea necesario o innecesario, si lo venían haciendo, y las personas con menos renta usarán menos el servicio, tanto si es necesario, como si no. Puede que, además, al poner barreras al uso de un determinado servicio o medicamento, el problema de salud se agrave, y se deba utilizar más adelante otro servicio más complejo o más caro (urgencias, hospitalización, etc.).

Sabemos que, a veces, hay una presión excesiva, un deseo de consumo excesivo. Pero la mayor parte de las personas no quieren que les operen de algo innecesariamente, o hacerse un TAC innecesariamente, o tomar una medicina que no les hace falta. La mayor parte siguen el consejo del profesional sanitario. Por tanto, ahí está la clave: garantizar unas condiciones de trabajo adecuadas y un número de profesionales adecuado, formación y motivación suficiente, medios diagnósticos y terapéuticos, etc. En definitiva, para mejorar el uso de los servicios la clave es el apoyo a los profesionales sanitarios en su trabajo y la educación sanitaria desde la escuela a la población para un uso responsable de los servicios y para desarrollar hábitos de vida saludables.

Se ha argumentado que el copago que había era injusto porque había pensionistas que cobraban más que muchos trabajadores en activo y no parecía razonable. Desde luego que no lo era, pero la solución no consistía en poner copago a los pensionistas, subir el copago a los activos de rentas más altas y quitárselo a los de rentas más bajas. La solución, si el copago no tenía fin recaudatorio, era quitar el mismo a los activos de rentas más bajas, no ponérselo a los pensionistas ni subírselo a nadie, sino reducirlo a todos progresivamente, porque todo copago es injusto.

Pero es que el copago, aunque se predique otra cosa por el gobierno que lo aplica, se usa principalmente para recaudar de los pacientes, porque los Ministerios de Hacienda no pueden/quieren corregir la insuficiencia financiera de los presupuestos públicos. Como hemos visto, el porcentaje de ingresos públicos sobre PIB en España es siete puntos menos que en la eurozona, supone 70.000 millones de euros menos de recaudación. El fraude fiscal, lo que no pagan los más ricos, nos cuesta una cantidad similar, ¡equivalente a todo el gasto sanitario público del país! Ahí está el problema de la financiación y no en el gasto sanitario que es escaso.

Por supuesto, se debe aumentar la eficiencia en el uso de los recursos en todos y cada uno de los centros sanitarios, en cada nivel del sistema. Pero no a costa de desvirtuar la sanidad pública haciendo que el paciente pague dos veces. Eso es, literalmente, privatizar (aunque sea parcialmente) la sanidad.

Financiación privada y copagos en Europa

Se dice que en otros países europeos hay más copagos en el momento de la utilización de los servicios (hospitalización, consultas, etc.). Y es verdad (HOPE 2015, WHO 2018, MSCBS 2013). Pero parte de esos copagos los recuperan luego los pacientes de sus seguros de empresa, que normalmente desgravan. Es decir, los pagan los contribuyentes, de tal manera que, al final, la proporción de gasto sanitario a costa del paciente es menor.

¿Qué proporción pagan los ciudadanos europeos de su bolsillo (copagos, sanidad pública no cubierta, servicios no suficientes en calidad o tiempo de acceso...)? Esto se expresa en gasto sanitario público o privado sobre el gasto sanitario total.

Observamos que, aunque en otros países europeos hay copagos en farmacia y en diferentes servicios, lo cierto es que el gasto que debe financiar privadamente cada persona (vía copagos o vía seguros privados) es bastante mayor en España, como se observa en la Tabla 4.6: 28,97% frente a 15,53% en Alemania.

Tabla 4.6. Comparación gasto sanitario público y privado países seleccionados UE (datos Eurostat correspondientes a 2015 o último disponible).

	GSP/h	% GSP/PIB	% GSP/T	% GSPPriv/T
Alemania	3.220,7	9,42	84,47	15,53
Austria	2.920	7,8	75,58	24,42
Bélgica	2.808,9	8,12	77,47	22,53
Dinamarca	3.968,3	8,69	84,14	15,86
España	1.410	6,51	71,03	28,97
Finlandia	2.667,4	7,03	74,45	25,55
Francia	2.758	8,68	78,92	21,08
Grecia	848	4,95	59,09	40,91
Holanda	3.431,8	8,54	80,71	19,29
Italia	1.813,8	6,74	74,97	25,03
Irlanda	2.851,7	5,43	69,99	30,01
Luxemburgo	4.626,0	4,96	81,99	18,01
Portugal	990,4	5,94	66,22	33,78
Reino Unido	2.503,1	7,87	79,66	20,34
Suecia	4.201,3	9,21	83,66	16,34

Fuente: Eurostat database

Se trata de ver el esfuerzo proporcional que hacen los pacientes, con gasto personal (además de sus impuestos). España debería financiar más proporción de la sanidad con financiación pública y no lo contrario (aumentar la cobertura pública de las prestaciones). Es decir, hemos de aumentar la financiación pública, no la privada (los copagos).

Tampoco parece que los copagos disminuyan a largo plazo el consumo y el gasto. Por ejemplo, en Francia o en Austria hay copago para la hospitalización, que no hay en España, y sin embargo la utilización hospitalaria es mucho mayor: 10,9 altas anuales por 100 habitantes en España, 17,9 en Francia y 27,5 en Austria. Los sistemas sanitarios son muy complejos y muchos factores intervienen a la vez. Por ejemplo, la forma de pago a los médicos (por acto en vez de por tarjeta), la forma de pago a hospitales (por procesos en vez de por contrato programa), la ausencia de “puerta de entrada” en Primaria, etc., van a condicionar aumento de frecuentación, aunque pongan copago.

La industria farmacéutica suele estar a favor de los copagos. De esta forma quita presión al sistema público para que pueda aceptar los nuevos medicamentos con altos precios, y transfiere la financiación de medicamentos antiguos a los pacientes, mediante copagos o desfinanciación completa (100% de copago). De esta manera, las ventas totales pueden seguir creciendo. Es entendible que la industria tenga esta estrategia, pero no es una buena estrategia para los pacientes y el conjunto de la sociedad.

También se dice que el copago farmacéutico ha existido en España desde siempre, y se ha mantenido con todos los gobiernos. Es verdad que había copagos en España, pero se habían ido reduciendo conforme se universalizaba la sanidad. Cuando empieza a formarse la sanidad pública a principios del siglo XX, casi toda la atención era privada. No había cobertura con financiación pública y el médico, el hospital y los medicamentos se los pagaba el que podía, de forma privada. Solamente la beneficencia para los pobres se financiaba con dinero público. Se puede decir que para una persona que fuera a la sanidad privada, el “copago” era del 100%. Poco a poco se fue ampliando la cobertura pública, es decir, se fueron reconociendo “prestaciones” financiadas con dinero público (cotizaciones sociales, impuestos), a los “titulares” de esos derechos. En España se fue reconociendo el derecho a grupos de trabajadores de determinados sectores, y se fue ampliando progresivamente. Se fueron ampliando también las prestaciones: hospitalización quirúrgica, consulta médica y de enfermería, visita a domicilio, consulta de especialidades ambulatorias, más tarde hospitalización médica, después salud mental, etc. Es decir, impulsamos un proceso de ampliación de los titulares del derecho y de las prestaciones cubiertas con financiación pública 100% con el fundamento del derecho a la salud de todas las personas y de la solidaridad para sostener ese derecho. Dicho de otra forma, un proceso de “reducción de copago”. Ese proceso se invierte con el RD 16/2012. Este es el

problema. El copago (con finalidad recaudatoria) abre una brecha en el principio de solidaridad.

Efectos adversos de los copagos

Algunos autores, como Beatriz González, Jaume Puig-Junoy, Santiago Rodríguez, entienden que los copagos han de orientarse sobre todo a disminuir el consumo innecesario, y han hecho propuestas interesantes intentando mejorar su diseño y aplicación (González B, Puig-Junoy J, Rodríguez S, 2016). Pero, normalmente la intencionalidad real de los gobiernos al aumentar los copagos es reducir gasto público y transferir más esfuerzo a los pacientes. Por eso, tratar de “perfeccionar” el copago, haciendo que sea menos injusto y más orientado a la moderación del consumo innecesario, puede convertirse en argumento para ser usado en la dirección contraria: consolidar y aumentar los copagos con finalidad recaudatoria.

En todo caso, los copagos (tengan la intencionalidad que tengan) producen “efectos adversos” como señalan los mismos autores (Puig-Junoy J, González B, 2017) Cito:

- Después de 2008 varios países europeos han reformado al alza sus copagos en salud. Como consecuencia, se ha producido un traslado de costes públicos a privados y ha aumentado la proporción de individuos con gasto privado sanitario catastrófico.
- Existe evidencia de que el efecto recaudatorio –simple *cost-shifting* o impuesto sobre los enfermos crónicos– resulta contraproducente porque aumenta la utilización de otros servicios (urgencias y hospitalizaciones) por causa de reagudizaciones y complicaciones.
- Tanto el gasto sanitario y farmacéutico como el copago se concentran de forma muy importante en una proporción reducida de individuos que están más enfermos, de forma que entre un 5-10% de la población concentra más del 50% del copago.
- Los copagos aplicados en nuestro país después de 2012 han reducido tanto el consumo de medicamentos menos necesarios como de los más necesarios (por ejemplo, antidiabéticos) y han reducido la adherencia a tratamientos efectivos en pacientes que han sufrido el primer infarto.
- Un copago redistribuye la carga financiera hacia el paciente, pero no reduce el consumo de los medicamentos, o apenas, tras un impacto inicial a corto plazo.

En efecto, la contrarreforma del RD 16/2012 tuvo “efecto recaudatorio”: el gasto privado en productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos, entre 2011 y 2014, aumentó en 1.540 millones de euros (Sistema de

Cuentas de Salud), mientras disminuía el gasto público en recetas. Y tuvo también efecto disuasorio indiscriminado: el Barómetro Sanitario de 2017 muestra cómo un 4,7% de la población “en los últimos 12 meses dejó de tomar algún medicamento recetado por un/a médico/a de la sanidad pública porque no se lo pudo permitir por motivos económicos”.

A la vista de los “efectos adversos” del copago, si lo que queremos es disminuir el consumo innecesario pueden usarse otras medidas, algunas señaladas por Puig-Junoy y Beatriz González: “ayudas a la prescripción, receta electrónica, auditorías de la prescripción, promoción de la competencia con los biosimilares, precios de referencia ampliados a grupos terapéuticos, subastas de genéricos con un diseño adecuado, evaluación dinámica de la innovación basada en la eficacia...”. Y añadimos: no financiar lo que no sea eficaz; aumentar la dotación de profesionales de manera que puedan dedicar tiempo suficiente a los pacientes; fomentar la educación sanitaria y la promoción de salud; divulgar los precios de los medicamentos y de otros tratamientos; reducir drásticamente la presión que ejerce la industria farmacéutica a través de marketing; reducir los precios de los medicamentos y destinar esos recursos a financiar la formación y la investigación de forma independiente de la industria.

La introducción o aumento de copagos (aunque estuvieran pensados para moderar el consumo innecesario) tiene importantes riesgos y rompe la solidaridad en la financiación. Para mejorar la financiación sanitaria es preferible impulsar una fiscalidad progresiva que recaude un porcentaje del PIB similar a los países de la eurozona (7 puntos más de PIB) y luchar frontalmente contra el fraude fiscal (otros 6-8 puntos de PIB).

Si los copagos fueran inevitables las propuestas de los autores citados para mejorar el copago son acertadas. Pero los copagos no son inevitables. Por eso creo que la pregunta no debe ser “¿cómo diseñar mejor el copago?”, sino “¿es realmente el copago la mejor herramienta para moderar el consumo sin causar efectos indeseables mayores?”. Mi posición, a la vista de las evidencias disponibles, es que no se deberían introducir nuevos copagos y se deberían reducir progresivamente los actuales.

Los copagos de los pensionistas

La introducción de los copagos a los pensionistas, y la desfinanciación (copago 100%) de más de 400 medicamentos por el RD 16/2012, ha supuesto que las personas mayores tengan que asumir de su bolsillo el pago directo de más de 1.000 millones anuales para pagar las medicinas que les recetaron en la sanidad pública. Una media de 120 euros anuales (AAJM, 2018). Muchos de estos pensionistas han asumido durante la crisis el sostenimiento de la familia (hijos en paro, nietos). Por eso, los copagos, aunque sean bajos, suponen una barrera de acceso. Una jubi-

lada decía: “Con los 8 euros del copago puedo comprar un kilo de arroz, un litro de leche, un kilo de lentejas, un kilo de patatas, un kilo de pasta y algo de verduras. O doy de comer a la familia o tomo las medicinas. Lo tengo claro”.

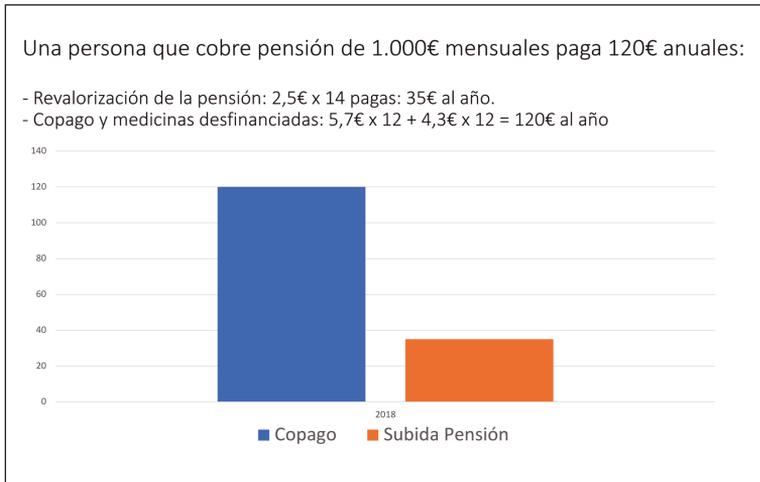


Figura 4.7.

En un informe de Amnistía Internacional sobre el impacto negativo del RD 16/2012, se recogen varios testimonios sobre este asunto (Amnistía Internacional, 2018).

La deuda pública injusta: uno de cada cuatro euros del gasto público anual

Hablando de financiación y sostenibilidad, conviene señalar también que, además de fijarnos en cuánto dinero se recauda para hacer políticas públicas, y de quién se recauda, debemos fijarnos en para qué se gasta.

Cuando se dice que la sanidad pública o las pensiones públicas no son sostenibles, conviene saber que, por una parte, el sistema fiscal no recauda a los más ricos, haciendo un agujero de más de 100.000 euros entre fraude e ingeniería fiscal. Pero también conviene saber que gran parte de lo que se recauda, se destina a pagar una deuda pública injusta. Más de 100.000 millones de euros anuales. Si no se pagara, o se hiciera una quita de la deuda del 50%, y se ingresaran los 100.000 millones que no pagan los más ricos, no haría falta pedir cada año otros 100.000 millones (para refinanciar la deuda) y sobraría dinero para las pensiones, la sanidad, la investigación y la atención a las personas en situación de dependencia.

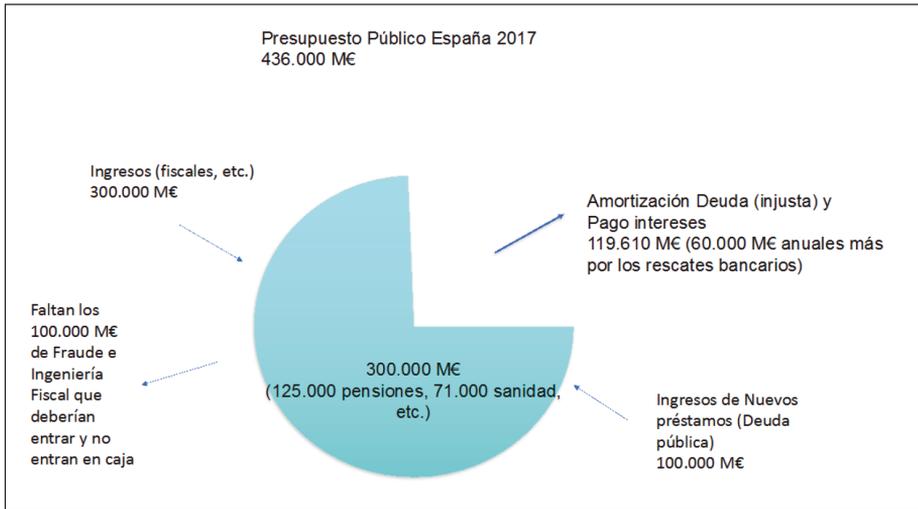


Figura 4.8. La “deuda injusta” y el fraude fiscal esquilmán el presupuesto público.

Como vimos en el Capítulo 2, esta deuda pública ha absorbido la deuda privada de los grandes bancos, con los rescates. Se podía no haber rescatado a los bancos. Se podía no haber invertido esa ingente cantidad de dinero de los contribuyentes. Pero se hizo. Y, una vez hecho, como cada año no recaudamos con impuestos suficiente dinero para pagar esa cantidad, tenemos que pedir otra vez préstamos a los bancos (a los que hemos rescatado), y generamos deuda pública. Una vez se ha aumentado la deuda pública en más de 500.000 millones de euros, hasta llegar a superar el billón de euros, equivalente al PIB español, es complicado para un gobierno decir que no paga esa deuda. Vimos lo que pasó en Grecia. Pero, ¿qué hubiera pasado si además del Gobierno de Grecia cuestionando la deuda pública injusta, se hubieran sumado los gobiernos de Italia, España, Portugal y otros?

La necesaria reforma fiscal

El objetivo de ingresos fiscales para España debería situarse en un 41-44% del PIB. Con ese dinero (7-10 puntos más sobre el PIB, alrededor de 90.000 millones de euros más) sería posible financiar una buena sanidad, una buena educación y unos buenos servicios sociales, y apoyar decididamente políticas activas de empleo.

Se podrá argumentar que no es posible lograr ese incremento de recaudación en un corto espacio de tiempo. Sin embargo, en España, la reforma fiscal de 1978 permitió que entre 1978 y 1989, en diez años, se aumentara la recaudación fiscal en quince puntos de PIB, un esfuerzo mucho mayor del que ahora estamos planteando (Hernández de Cos P, López Rodríguez D, 2014).

Hemos de insistir una y otra vez: la reforma fiscal que necesita España no debe aumentar la presión fiscal sobre los trabajadores, los menos pudientes y las clases medias. El problema principal de nuestro sistema fiscal es que los más ricos y las grandes corporaciones no pagan lo que deben. No hay progresividad fiscal como manda la Constitución española en su artículo 31. No se cumple el pacto constitucional. Sin impuestos justos no hay derechos. O, como apunta Richard Murphy, sin impuestos justos no hay democracia (Murphy R, 2015). Solo un sistema justo de impuestos puede crear una sociedad mejor.

Recuerda Murphy que cuando las colonias que más tarde formarían los Estados Unidos de América se rebelaron contra la corona británica por un nuevo impuesto sobre el té, se hizo famosa la frase: *No taxation without representation*. Rechazaban los impuestos si no tenían representación en el Parlamento Británico que decidía las leyes. Pues bien, ahora podemos invertir el argumento: *No representation without taxation*. No hay democracia efectiva sin impuestos justos. La situación actual en la que los ricos no pagan impuestos es la autocracia de los más poderosos.

Es necesaria una profunda reforma fiscal, con carácter progresivo, donde paguen más proporción los que más ganan y los que más tienen y donde la lucha contra el fraude y la evasión fiscal sea una prioridad absoluta del Gobierno. Solo así se podrán financiar los servicios públicos y garantizar los derechos humanos de las personas que viven en España.

Viene aquí a cuento el Informe Oxfam sobre indicadores de desigualdad publicado en 2017 que mostraba cómo España es el último país en el índice de desigualdad entre los países de la UE 15, en buena parte por su regresivo sistema fiscal (Oxfam, 2017). El informe analiza las políticas de gasto social, los salarios y las políticas fiscales. En cuanto a progresividad fiscal, España se hunde hasta el puesto 48 del *ranking*.

La desigualdad solo se puede reducir con políticas públicas (sanidad, servicios sociales, educación), financiadas con impuestos justos (fiscalidad progresiva) y logrando además salarios decentes.

■ DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PARA FINANCIAR LA SANIDAD PÚBLICA

Una vez garantizada la financiación global suficiente para los servicios públicos y la sanidad, la siguiente preocupación es que los recursos se distribuyan de forma equitativa entre las administraciones responsables de la gestión sanitaria pública, para que todas las personas tengan una dotación equivalente y, con ella, las mismas posibilidades de atención.

La configuración del Estado en comunidades autónomas y la decisión de descentralizar diferentes funciones, como la sanidad, obligaba a definir mecanismos de financiación de las competencias transferidas.

Conviene hacer notar que las primeras transferencias a las CC AA se pactaron analizando los costes de los servicios antes del traspaso, y definiendo una financiación finalista. Sin embargo, con la evolución del modelo autonómico, se fue modificando el sistema de financiación. El Estado cedió parte de los tributos y la recaudación correspondiente, para que las CC AA tuvieran suficientes recursos para financiar los servicios transferidos. En el caso de que por el nivel de renta de una CC AA la recaudación no fuera suficiente, se compensaría mediante unos fondos complementarios. Cada CC AA se obligaba a dedicar a cada servicio, en este caso la sanidad, al menos la misma cantidad que se calculó como necesidad de financiación.

El acuerdo de financiación de 2009

Este es el último acuerdo de financiación, actualmente vigente (MHAP, 2009).

El Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con estatuto de autonomía tenía el objetivo de mejorar los servicios públicos que las CC AA prestan a los ciudadanos y acortar las diferencias de financiación entre CC AA reforzando así la igualdad del sistema. El problema fue que, en el momento de iniciar su aplicación, se produjo una caída enorme de ingresos, y que esa caída se vio agravada por la regresividad fiscal y el “queso gruyer” de las exenciones, bonificaciones y desgravaciones fiscales que se habían introducido en los años de la burbuja.

Pero vayamos a ver los elementos del sistema.

Tanto este modelo, como el de 2001, toma como punto de partida para el cálculo de necesidades de financiación el gasto que se venía realizando para esos servicios en el año anterior a la negociación, que se toma como base. Normalmente se incrementará un poco, para permitir el acuerdo con todas las CC AA. Esta es la cantidad total de “necesidades” de financiación.

Para estimar las necesidades de gasto en cada CC AA y ver qué financiación necesita, la población es la variable principal, ajustada por envejecimiento, dispersión, superficie, insularidad o población en edad escolar. De esta forma se calcula cuánto necesita cada CC AA.

El siguiente paso es ver cómo se recaudan y se distribuyen los fondos.

Conviene señalar que las decisiones principales sobre los tributos (clases de impuestos, tipos impositivos, desgravaciones, etc.) competen, principalmente, a la Administración General del Estado (hay un pequeño margen que deciden las CC AA). La eficiencia en la recaudación y lucha contra el fraude también

depende principalmente de la AGE. Por lo tanto, el volumen de ingresos dependerá de la evolución de la economía y de decisiones de política fiscal del Estado. El modelo de financiación lo que hace es distribuir lo que hay. Pero no corrige el déficit fiscal español respecto a los países de nuestro entorno. Por lo que el modelo reparte insuficiencia y no cumple uno de sus principales objetivos.

En cuanto a la equidad, al menos en los recursos para la sanidad, tampoco se ha cumplido el objetivo, ya que hay diferencias en gasto por persona de más del 50% entre diferentes CC AA.

Para financiar los diferentes fondos, el Estado cede el 50% del IRPF y del IVA, y el 58% de los Impuestos Especiales (vino, cerveza, tabaco). Impuestos sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Sucesiones y Donaciones y Tributos sobre el Juego. Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos y del Impuesto Especial sobre determinados Medios de Transporte, etc. Y aumenta las competencias normativas de las CC AA en los tributos cedidos parcialmente.

Además, el Acuerdo de 2009 establece otros recursos adicionales, con la recaudación de tributos no cedidos.

El modelo se instrumenta mediante dos fondos principales:

- El Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, para garantizar igual financiación de los servicios públicos fundamentales para todos los ciudadanos, independientemente de la comunidad autónoma donde residan. Se financia con el 75% de los recursos tributarios de las CC AA y, el resto, la aportación del Estado.
- El Fondo de Suficiencia Global, para garantizar la suficiencia global y respeto del *statu quo* en la financiación de las competencias que han sido transferidas. Es la diferencia positiva o negativa, entre las necesidades globales de financiación de la comunidad en el año base y la suma de su capacidad tributaria más la transferencia positiva o negativa del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales en el mismo año.

Además, se crean dos Fondos de Convergencia autonómica con financiación adicional que aporta el Estado para reducir diferencias en la financiación de las CC AA:

- Fondo de Competitividad, que se repartirá anualmente entre las CC AA con financiación per cápita inferior a la media.
- Fondo de Cooperación, que incrementará los recursos de las CC AA de menor renta y de aquellas que registren una dinámica poblacional negativa.

Como la mayoría de los impuestos los recauda el Estado (la Agencia Tributaria), este realiza unas entregas a cuenta a las CC AA para cubrir los diferentes fondos, según la previsión de recaudación, que se regularizan cuando se liquida el ejercicio correspondiente. Las entregas se hacen efectivas por doceavas partes mensuales.

Desigualdad

El modelo, como luego veremos al comentar el documento sobre la reforma del sistema de financiación, no ha funcionado correctamente, sobre todo porque no aborda la insuficiencia fiscal general que describimos anteriormente. Pero tampoco ha asegurado una financiación sanitaria pública por habitante igual. Las diferencias son importantes. En 2014 la comunidad del País Vasco gastó 1.582 euros por persona, frente a los 1.042 que pudo gastar Andalucía. Asimismo, el modelo ha carecido de suficiente capacidad del Ministerio de Sanidad para financiar políticas estratégicas que contribuyeran a la coordinación vertical del SNS.

Tabla 4.7. Gasto sanitario público per cápita y renta per cápita

	GSP / cápita (euros)	Renta per cápita (euros)
Andalucía	1.042	17.651
Aragón	1.427	26.328
Asturias	1.433	20.910
Baleares	1.194	24.870
Canarias	1.232	19.867
Cantabria	1.406	21.553
Castilla y León	1.268	22.649
Castilla-La Mancha	1.213	18.591
Cataluña	1.241	28.590
Comunidad Valenciana	1.195	21.296
Extremadura	1.448	16.369
Galicia	1.293	21.358
Madrid	1.164	32.723
Murcia	1.419	19.411
Navarra	1.435	29.807
País Vasco	1.582	31.805
La Rioja	1.330	25.692
España	1.233	23.970

Fuente: Para el GSP/cápita, MSSSI, Informe Anual del SNS 2016, pág 266; datos de la Estadística de Gasto Sanitario Público para 2014. Para la renta per cápita: INE, España en Cifras 2017, pág 30; datos para 2016.

Es verdad, como señala López Casasnovas, que la diferencia de financiación sanitaria entre CC AA es menor que la que existe entre diferentes regiones de otros países con la sanidad descentralizada (López Casasnovas, 2016, pág. 8), y que esa desigualdad no parece haber aumentado con la descentralización. En efecto, en la época del INP y del INSALUD existían también grandes diferencias en dotación de servicios entre las diferentes provincias españolas. De la misma manera, también se mantienen diferencias en dotación entre diferentes áreas de una comunidad autónoma.

■ NO SOLO SUFICIENCIA Y EQUIDAD, TAMBIÉN EFICIENCIA: GASTAR BIEN

La principal ineficiencia: el gasto farmacéutico

Cuando se habla de financiación suficiente se debe hablar también de eficiencia en el gasto. Podemos tener más dinero para la sanidad y gastar ese incremento en pagar los precios abusivos de los nuevos medicamentos. Este es un gasto ineficiente.

En un marco de presupuestos limitados, el gasto farmacéutico ha ido creciendo progresivamente, condicionando la reducción de los gastos en personal y en infraestructuras.

Como veremos en el Capítulo 9, el gasto farmacéutico excesivo en España supera los 8.000 millones de euros anuales, que podrían destinarse a otros programas de salud pública, prevención, atención primaria, formación de los profesionales de forma independiente, etc.

Gestión directa o integrada frente a gestión indirecta

Hay otro tipo de gastos ineficientes, como las concesiones por varios años de servicios sanitarios a empresas privadas, que derivan parte del gasto a sus beneficios, y reducen la disponibilidad de recursos para financiar profesionales y medios.

Desde que se pusieron en marcha los sistemas públicos de salud hay una tensión permanente sobre el tamaño del sector público y sobre las formas de gestión.

La batalla por la privatización sanitaria tuvo un referente destacado en el equipo de gobierno de Margaret Thatcher.

DOCUMENTOS DESCLASIFICADOS DEL GABINETE DE MARGARET THATCHER, DEL AÑO 1982 (Archivos Nacionales del Reino Unido)

“Se deberá poner fin a la provisión de atención sanitaria por el Estado para la mayoría de la población. Los servicios sanitarios serán de titularidad y gestión privada, y las personas que necesiten atención sanitaria deberán pagar por ello. Aquellos que no tengan medios para pagar podrán recibir una ayuda del Estado para pagar por su atención, a través de algún sistema de reembolso”.

La LGS prevé la gestión concertada. Pero especifica la preferencia por los centros privados sin ánimo de lucro.

Introducir importantes redes de prestación de servicios sanitarios con ánimo de lucro para la prestación de sanidad pública es una apuesta ineficiente. Los modelos sanitarios con gestión directa, integrados, o con gestión concertada con centros sin ánimo de lucro, son más eficientes.

En análisis comparados internacionales se puede ver cómo si el sistema sanitario se basa en la gestión privada con ánimo de lucro, como EE UU, gasta el doble de dinero de pacientes y contribuyentes, con peores resultados de salud.

En una escala más reducida, la introducción de concesiones sanitarias (conciertos a largo plazo) en Reino Unido y en España, no ha demostrado más eficiencia (como confirma la Cámara de Cuentas de Madrid en el anteproyecto del Informe de fiscalización del gasto sanitario y farmacéutico entre 2011 y 2015), o en todo caso ha demostrado más ineficiencia, como encontró el Síndico de Cuentas de la Comunidad Valenciana, al analizar las concesiones de los equipos de resonancia magnética.

La Cámara de Cuentas de Madrid afirma que “se desconoce el supuesto ahorro o mejora en la prestación de asistencia sanitaria que se habría podido obtener”. Se observa cómo, para mejorar su eficiencia, se produce derivación desde hospitales privatizados porque no tienen la cartera de servicios precisa para atender correctamente, o para reducir costes en tratamientos más complejos y largos (Pérez Mendoza S, 2018).

Al mismo tiempo, la Cámara de Cuentas también detecta un deterioro de los hospitales públicos en favor de la inversión en las concesiones. Este deterioro tendrá un efecto negativo en la calidad de los servicios, y por lo tanto, en la eficiencia del sistema sanitario.

Otras formas de mejorar la eficiencia: prevención y salud pública, atención primaria, coordinación con servicios sociales

En diversos análisis de la OMS, así como de la UE (panel de expertos sobre formas eficientes de invertir en salud), se insiste en que la manera más eficiente de invertir en salud es la prevención, las medidas de salud pública, la salud en todas las políticas: prevención de tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, obesidad, incomunicación, suicidio, etc. En segundo lugar, la atención primaria y la intervención precoz, tratando de evitar el agravamiento de los problemas. Si es posible, atención domiciliaria. Y, en todo caso, coordinación eficaz con la red de servicios sociales.

■ COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA COMISIÓN PARA LA REVISIÓN DEL MODELO DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA

La Conferencia de Presidentes Autonómicos de 17 de enero de 2017 alcanzó un acuerdo sobre la sostenibilidad del estado del bienestar y la reforma de la financiación autonómica. Con este mandato, el Consejo de Ministros encargó a una comisión de expertos la revisión del modelo de financiación autonómica (Comisión de Expertos 2017).

El primer capítulo del Informe de la Comisión se dedica a hacer un análisis sobre cómo ha funcionado el actual modelo:

- Los recursos han sido distribuidos de manera desigual, poco equitativa: una diferencia del 30% entre la CC AA con menos financiación efectiva (Comunidad Valenciana, con 1.997 euros/habitante) y aquella con mayor financiación (Cantabria, con 2.659 euros/habitante) (pág. 8, cuadro 4, CC AA del régimen común; pág 65, cap 4.4-5)
- Los recursos, a lo largo de los últimos años, se han reducido de forma importante, un 20% menos de financiación efectiva por habitante entre 2007 y 2014, consecuencia de la Gran Recesión y de un sistema fiscal ineficiente (pág. 11, gráfico 3), mientras que las necesidades a cubrir no han disminuido, por lo que resultan claramente insuficientes en relación con el nivel y calidad de las prestaciones sanitarias, sociales, etc. (pág. 29, cap 1.79).
- La Comisión también reconoce que el actual nivel de gasto público no es exagerado respecto a los países de la eurozona, sino al contrario. España muestra un 21% menos de gasto en relación con su capacidad económica (pág. 29, cap. 1.76). Y eso, incluyendo en el gasto público el pago de los

intereses sobre el principal de una deuda pública que se ha triplicado estos años por los rescates bancarios y la regresividad del sistema fiscal.

- El problema, pues, de la insuficiencia y el déficit radica, sobre todo, en que el sistema fiscal español recauda menos de lo que debería en comparación con los países de la eurozona (pág. 24, cap. 1.68; pág. 33, cap. 2.4.2). En concreto la diferencia en 2015 era de 7 puntos de PIB, más de 70.000 millones de euros que no ingresamos.

Este tema del “boquete fiscal” es clave, ya que, si el sistema fiscal no recauda lo que debería para mantener los servicios sanitarios, la educación, los servicios sociales, las pensiones, las infraestructuras, etc., entonces, aunque se repartan bien los recursos de forma equitativa, seguirán siendo insuficientes.

Equidad y suficiencia

En efecto, el sistema de financiación debe mejorar la equidad en la distribución de los recursos (“que todas las CC AA (de régimen común y forales) puedan disponer del mismo nivel de recursos por unidad de necesidad de salud, educación y servicios sociales” (pág. 33, cap. 2.7), y debe mejorar también la *suficiencia* en los recursos necesarios para garantizar las prestaciones con el nivel de calidad deseado.

Respecto a la forma de distribuir los recursos, la Comisión formula una propuesta detallada en la que propone mantener la actual cesta de tributos cedidos, con algunas modificaciones, y simplificar los distintos fondos estatales para hacer más transparente y equitativa la asignación de los mismos (págs. 65-79, cap. 4). Algunos votos particulares matizan diferentes aspectos.

Sin embargo, respecto al volumen de recursos necesarios la, Comisión no cuantifica un aumento de recursos específico (el nivel de servicios garantizados debería ser un acuerdo político), lo que propone es lograr un “equilibrio de instrumentos” que permitan “aumentar el grado de autonomía de los ingresos”. Es decir, dar a las CC AA capacidad para aumentar los impuestos y así lograr los recursos suficientes para financiar el nivel de prestaciones que se haya definido.

Pero ¿qué posibilidades propone para que se aumente la financiación pública al nivel de los países de la eurozona, de manera que podamos garantizar la sostenibilidad del estado del bienestar sin recurrir al déficit?

¿Más copagos y más impuestos indirectos?

Sorprendentemente, una de las formas de aumentar los ingresos que se propone es aumentar los copagos (pág. 17, cap. 1.40; pág. 59, cap. 3.59; pág. 74, cap.

4.43): “sería conveniente dotar a las CC AA de competencias normativas sobre instrumentos de copago, especialmente en el caso de la sanidad... Esta cesión es deseable por un doble motivo. El primero es que parece lógico poner en manos de la administración gestora del servicio un importante instrumento de gestión que puede ayudar a disciplinar la demanda. Y el segundo es que el copago podría ser una fuente significativa y apropiada de ingresos”.

Este mecanismo no prevé aumentar ingresos fiscales (solidarios), sino el pago del usuario por segunda vez (además de lo que pagó con sus impuestos). No son ingresos fiscales progresivos (como manda la Constitución en su artículo 31): no paga más quien más tiene. Es decir, lo que se propone, en vez de aumentar la financiación pública, es recortar la cobertura de un servicio haciendo que pague parte el paciente. Es una forma injusta y regresiva de pagar la sanidad. Si el copago fuera el 100% “resolveríamos” el problema de la financiación pública, ya no habría gasto sanitario público, porque todo sería gasto privado. El copago no puede llamarse, ni en todo ni en parte, financiación pública de la sanidad. La Comisión argumenta, además, que los copagos pueden servir para “disciplinar la demanda”. Lo que hacen los copagos, como ya se ha explicado, es crear barreras para que los pobres, los jubilados, los más enfermos, no puedan acceder, y que los que sí pueden pagar, paguen dos veces. Hay una primera fase de reducción de la demanda no discriminatoria, y luego los que tienen recursos buscan la manera de acceder a la prestación. No disciplina la demanda en el sentido de evitar la que no está justificada. Es un error.

La otra forma sugerida de incrementar los ingresos es aumentar los impuestos indirectos, el IVA y los impuestos especiales (pág. 40, cap. 2.25; pág. 43, cap. 2.38; pág. 53, cap. 3.20). Son impuestos considerados generalmente como regresivos, en la medida en que pagamos igual proporción tengamos lo que tengamos. Puede argumentarse que la proporción de recaudación por estos impuestos en España es menor que en la eurozona. Pero, si solo se recurre a este instrumento, tendrían que aumentar mucho para recuperar 7 puntos más de ingresos en relación con el PIB. Parece difícil. ¿No hay otra manera?

Fuentes de ingresos “progresivos”, más justos

No se dice nada de aumentar los impuestos directos, aumentando los tipos de las rentas más altas, evitando la ingeniería fiscal que hace que esas rentas altas paguen mucho menos de lo que les correspondería. Y tampoco se dice nada del impuesto de sociedades, que tiene enormes bolsas de ineficiencia (se paga la mitad de lo que se debería, en conjunto). Como vimos, en la Gran Recesión los ingresos por IRPF, IVA, las cotizaciones sociales y por el impuesto de sociedades cayeron en picado. En este momento se han recuperado los ingresos por IRPF, IVA y cotizaciones sociales. Pero los ingresos por el impuesto de

sociedades siguen casi a la mitad. Las rentas altas no pagan. Ahí es donde se quiebra la solidaridad.

Lucha frontal contra el fraude fiscal

Tampoco se hace énfasis en el fraude fiscal, que se sitúa en cifras muy importantes (más que todo el gasto sanitario público anual). En el capítulo sobre la Administración Tributaria integrada (pág. 60 y siguientes, cap. 3, 46-57) se podría haber puesto el foco en esta cuestión que sin duda sería un mecanismo más justo de solventar los problemas de sostenibilidad, responsabilidad y equilibrio fiscal.

En mi opinión el documento de los expertos no da respuesta al problema de la suficiencia. Hay una falta de ingresos, como reconocen en el diagnóstico, que es de 7 puntos de PIB en relación con los países de la eurozona. Si no se cierra ese boquete no hay sostenibilidad que valga.

Tampoco menciona el problema de una deuda pública injusta, generada en buena medida por rescates bancarios y regalos fiscales, que exige un gasto público anual de 100.000 millones de euros en intereses y principal que pagamos entre todos, y que condiciona buena parte de nuestra “insuficiencia”.

En resumen, el nuevo modelo de financiación autonómica debe lograr un mejor reparto de los recursos entre las diferentes administraciones (o de los instrumentos que permitan recaudarlos), en función de sus competencias. Pero debe considerar antes (o al mismo tiempo) cómo aumentar el volumen de ingresos fiscales totales para acercarlo al nivel de los países de la eurozona, de manera que no se mejore solamente la equidad, sino también la suficiencia. Es decir, recaudar un volumen de recursos suficiente, adecuado al nivel de renta del país, para garantizar un estado del bienestar sostenible. Y ese aumento de recursos debe basarse en impuestos progresivos, donde pague más el que más tiene, y donde paguen todos los que tienen que pagar, incluidas las grandes corporaciones y las grandes fortunas. De lo contrario la única salida será seguir recortando las prestaciones sanitarias y sociales, deteriorando la calidad de los servicios públicos y promoviendo servicios privados para quienes tengan dinero para pagar. Y sálvese quien pueda.

Otros autores, como el profesor Félix Lobo, han realizado también propuestas, como la de profundizar en el federalismo fiscal (Lobo F, 2017, pág. 102-104). Lobo no es partidario de blindar constitucionalmente las prestaciones sanitarias, ni de establecer suelos de gasto como porcentajes del PIB, ni de fondos de sanidad específicos. El argumento para oponerse a estas medidas es que podrían ser una excusa para la ineficiencia (al tener garantizada una dotación), y que la salud está plurideterminada y para mejorar la salud quizá habría que invertir en otras políticas. Ninguno de estos argumentos parece rotundo. Si hay unas prestaciones definidas y garantizadas por ley para una determinada pobla-

ción, parece razonable garantizar los recursos adecuados para hacerlas efectivas, según el nivel de renta del país. En cuanto al hecho de que hay muchos aspectos que influyen en la salud, como el nivel de renta, la alimentación, la vivienda, la educación, el trabajo, el medio ambiente, etc., esto es evidente, como lo es que se deben desarrollar políticas que favorezcan todos estos ámbitos. Pero la atención sanitaria (incluyendo los programas de salud pública), ofrece unas prestaciones concretas (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado) para mantener y recuperar la salud. Si no hubiera atención sanitaria eficaz, la esperanza de vida al nacer se reduciría un 30%. Casi todas las personas de más de 60 años vivimos gracias a una o varias intervenciones sanitarias, a lo largo de nuestra vida.

Teniendo en cuenta la voracidad de los grandes capitales, la capacidad de generar crisis sistémicas y de hacer pagar los platos rotos a las poblaciones, y su capacidad para introducir en la Constitución más medidas de garantía de sus intereses, hace aconsejable contar con más refuerzos para los derechos sociales dentro de la Constitución, y de normas fuertes, que permitan mantener y mejorar la sanidad pública.

■ ELEMENTOS PARA UN NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN

Para lograr una financiación suficiente y equitativa, y un gasto eficiente, se deberían tomar diferentes medidas, coordinadas entre la Administración General del Estado y las CC AA. Algunas requieren acuerdos amplios, de una mayoría de grupos políticos y con un importante respaldo social (aprobación en referéndum). El modelo de financiación sanitaria debería tomar en cuenta los siguientes aspectos.

Modificación de la Constitución española

En la reunión que el presidente Sánchez mantuvo con el presidente del País Vasco, Íñigo Urkullu el 25 de junio de 2018 en la Moncloa, este planteó la propuesta de una “convención constitucional” para empezar a explorar la reforma de la Carta Magna (Juliana E, 2018). El propio Sánchez había planteado una subcomisión en el Congreso, que llegó a constituirse pero no pudo avanzar por las tensiones de la crisis con Cataluña. Una reforma de la Constitución no es imposible. La CE ya ha sido modificada, con motivo de la entrada en la UE, y a consecuencia de la crisis financiera, con el artículo 135. No solo no es imposible la reforma, sino que es conveniente.

El derecho a la salud y a la atención sanitaria pública no está garantizado como derecho fundamental en la Constitución española (CE). Está incorporado como

un principio rector, que debe ser tenido en cuenta a la hora de diseñar y aplicar las políticas. Para reforzar las posibilidades de defensa jurídica de este derecho, es conveniente que se recoja como derecho fundamental en la Constitución.

De la misma manera, se debería modificar el artículo 135 de la CE para incorporar un principio de estabilidad social junto al de estabilidad presupuestaria. Se trata de fijar un suelo de gasto público que garantice una financiación suficiente para la sanidad, y permita cumplir con la garantía del derecho a la salud y la atención sanitaria pública.

Como hemos visto en este capítulo, no se trata solamente de reducir gastos públicos, mejorando la eficiencia, y no se trata desde luego de reducirlos con recortes o copagos, se trata también de mejorar los ingresos con un sistema fiscal progresivo y eficiente.

Otro aspecto que se debería tener en cuenta a la hora de modificar la CE es el desarrollo del Estado Federal, la revisión del Título VIII. Como hemos visto, la toma de decisiones en el SNS está distribuida, fundamentalmente, en el nivel de la Administración General del Estado y las CC AA. Pero los mecanismos de coordinación y dirección se han revelado, en ocasiones, insuficientes. Ya vimos que el Barómetro de Septiembre 2018 del Centro de Investigaciones Sociológicas muestra cómo una mayoría de españoles ve necesaria una reforma de la Constitución y cómo el aspecto en el que más personas señalan que deben hacerse reformas es la mejora de la coordinación en materias de sanidad y educación.

De igual manera que en la Unión Europea los países han “cedido” competencias a determinadas instituciones de la Unión (Consejo, Parlamento), y sus acuerdos son vinculantes para todos los Estados miembros (reglamentos), también se podría diseñar un mecanismo de toma de decisiones compartida y vinculante. Se podría instrumentar a través del Senado, o de las conferencias de presidentes y conferencias sectoriales, según los casos.

Finalmente, en la CE debería figurar el hecho de la incorporación de España a la Unión Europea, y los mecanismos de participación de las CC AA en los procesos de toma de decisión en las materias que les afectan, como la sanidad.

Recuperar y completar la universalidad

El derecho humano a la salud es una condición para que las personas puedan vivir con dignidad. La sanidad pública es un derecho de ciudadanía. Todas las personas que vivan en España tienen derecho a una atención sanitaria pública y de calidad. Al decir pública quiere decir que está financiada públicamente, con un sistema fiscal de impuestos progresivos, donde paga más quien más tiene y más gana, y, por lo tanto, la atención sanitaria está libre de pago en el momento de utilizarla. El RDL 7/2018 de 27 de julio avanza en esa dirección. De la

misma manera, el Acuerdo para los presupuestos de 2019 entre el Gobierno y Unidos Podemos planteaba un desarrollo de dicha ley para recuperar el acceso a la sanidad como un derecho básico (MH, 2018).

Debería implantarse la tarjeta sanitaria válida para todo el SNS, con garantía de acceso a los servicios de todas las personas en cualquier comunidad autónoma. Los ciudadanos no deberían tener barreras de acceso entre CC AA y serían estas y la Administración General del Estado quienes deberían ponerse de acuerdo en las obligaciones económicas que correspondieran.

Prestaciones completas y de calidad

Garantizar unas prestaciones completas y de calidad. Deben incluirse todas las prestaciones, técnicas, medicamentos, etc., que sean necesarios y cuya eficacia esté demostrada. Se deben retirar y no se deben financiar públicamente aquellas prestaciones que no sean eficaces. Debe establecerse un único catálogo de prestaciones con financiación pública para todo el SNS. Se debe revertir el RD 16/2012 que crea diferentes categorías de prestaciones, con y sin copagos. Y se debe disponer de una financiación suficiente y equitativa.

Financiación suficiente

¿Cuánto podemos y cuánto queremos gastarnos en atención sanitaria pública? No hay una única respuesta válida. El gasto sanitario dependerá, en primer lugar, de la disponibilidad de renta del país. Por lo tanto, será importante mantener y mejorar, mediante las políticas económicas apropiadas, la capacidad económica del país. A partir de ahí entran a jugar las preferencias, las prioridades, y también la estructura de edades, la epidemiología, y los precios de los factores necesarios para la prestación sanitaria (personal, medicamentos y otros elementos). Y también será bueno considerar lo que aporta la sanidad a la economía del país, como multiplicador, factor de cohesión y estabilidad social, contribuyendo a mejorar la productividad, etc. (Darvas *Z et al.*, 2018).

La financiación debe ser suficiente. ¿Qué entendemos por suficiente?: aquella que pueda garantizar a toda la población (universalidad) todos los servicios necesarios (prestaciones completas y de calidad). Es decir, una financiación que permita mantener una plantilla de profesionales motivados que pueda responder a las necesidades de los pacientes y de la población, con instalaciones y equipamiento adecuado. La financiación para gasto sanitario público debe ser proporcionada a nuestro nivel de renta. En el momento actual debería situarse en torno al 7,5-8% del PIB, en la media de gasto sanitario de los países avanzados de la Unión Europea (8,1% del PIB en 2016).

En España, el gasto sanitario público en 2017 era de 6,36% del PIB (MSCBS, SCS 2018). Quiere decir que deberíamos crecer entre 1 y 1,6 puntos del PIB.

El Informe de Envejecimiento 2018 del Comité de Política Económica (European Commission 2018) analiza diferentes escenarios de evolución del gasto sanitario entre 2016 y 2070. Tiene en cuenta diferentes factores del lado de la demanda (tamaño y estructura de la población, renta, estado de salud, cobertura) y del lado de la oferta (disponibilidad/distancia a los servicios, tecnologías, personal, organización de los servicios [existencia de Atención Primaria y puerta de entrada, sistemas retributivos, sistemas de pago a hospitales, etc.], gastos de capital). En el capítulo de gasto sanitario no cuenta los gastos de atención sanitaria de larga duración, que están incluidos en el capítulo de cuidados de larga duración (dependencia). Si no se tomara ninguna decisión política, y siguiera la tendencia actual, con las diferentes proyecciones, el gasto sanitario “de agudos” en la UE crecería 1,6 puntos de PIB, mientras que la proyección en cuidados de larga duración prevé un aumento para la UE de 2,7 puntos sobre PIB.

Mayor proporción de financiación sanitaria pública. Suprimir los copagos

En 2017 el porcentaje de financiación sanitaria pública sobre el total en España era del 70,7% (MSCBS 2018), mientras que en la media de los países de la eurozona era del 79%. Es importante recuperar el mayor peso de la financiación pública en el conjunto de la sanidad, alcanzando el 80% de GSP/GST.

Si defendemos una sanidad con financiación pública para todas las personas, que cubra las prestaciones necesarias, debemos tender a la eliminación de los copagos, es decir, no obligar al paciente a pagar dos veces. Recordemos que, en España, en 2017, más de dos millones de personas no pudieron comprar las medicinas que les habían recetado en la sanidad pública.

Como medida inmediata, revertir el RD 16/2012 en lo que se refiere a copago de recetas por pensionistas. Y mantener la exención de copago para todas las personas activas de bajos ingresos. Progresivamente se debe retirar esta financiación vía copagos ya que es una puerta abierta a la privatización. La clave está en el concepto: ¿es un derecho o es un bien privado, en todo o en parte? Si aceptamos el copago en una parte, ¿por qué no en el todo?

En este sentido es muy positivo el Acuerdo para los Presupuestos de 2019 entre el Gobierno de España, presidido por Pedro Sánchez, con Unidos Podemos, en el que figura la reversión de los copagos, que comenzaría el mismo año 2019 para las pensiones más bajas [punto 2.1.4. del acuerdo] (MH, 2018).

Financiación a través de un sistema fiscal justo y eficiente

La financiación sanitaria debe venir de unos impuestos justos. El sistema fiscal español recauda mucho menos que los países de la eurozona a través de impuestos y cotizaciones sociales. Es un boquete fiscal debido a que las rentas más altas, las grandes corporaciones y las multinacionales no pagan la proporción justa. La Constitución en su artículo 31 establece un sistema fiscal progresivo, pero no se está cumpliendo. Un sistema fiscal justo y la lucha frontal contra el fraude fiscal son una pieza necesaria de la democracia. Solamente con un sistema fiscal eficiente que recaude una proporción de la riqueza equivalente a los países de la eurozona, podremos financiar una sanidad de calidad y para todos. Por lo tanto, el objetivo de recaudación fiscal debería situarse entre el 41 y el 44% del PIB, entre 7 y 10 puntos más que en 2016. Como afirma Unai Sordo, secretario general de CC OO, “hay que aprobar una reforma que revierta las rebajas tributarias anteriores y construya un sistema fiscal justo (Sordo, 2018).

El citado Acuerdo para los presupuestos 2019 entre el Gobierno de Pedro Sánchez y Unidos Podemos parece avanzar en la buena dirección, al incorporar varias medidas para hacer más justa y eficaz la fiscalidad: impuesto a las transacciones financieras, impuesto a determinados servicios digitales, aumento del impuesto de patrimonio, aumento del tipo mínimo en el impuesto de sociedades, control de las sicav, aumento del IRPF a los ingresos mayores de 130.000 euros anuales, reducción de algunas exenciones, etc. (MH, 2018).

En este momento existen dos regímenes fiscales en España, el régimen foral, para Navarra y el País Vasco, y el régimen general, para las demás CC AA y la AGE. Pues bien, mientras se mantenga esta diferencia, Navarra y País Vasco deberían incorporar al cupo que deben aportar al Estado la cantidad necesaria para contribuir a la nivelación del gasto sanitario en todo el territorio.

Asimismo se deben mejorar los ingresos de la atención sanitaria prestada a terceros (pacientes de otros países de la Unión Europea, accidentes de tráfico, etc.). Para ello, la gestión de los acuerdos de asistencia sanitaria con otros países europeos debería realizarse por el Ministerio de Sanidad y el CISNS y no por el Ministerio de Trabajo.

En todo caso, el modelo de financiación actual debería garantizar una capacidad recaudatoria suficiente para financiar los servicios públicos, incluyendo la sanidad. Otra opción para mejorar y garantizar una financiación sanitaria adecuada es la creación de un impuesto finalista para la sanidad (Rey J 2018). Cuando se ha preguntado en encuestas acerca de los tributos, la mayoría de los españoles no quiere pagar más impuestos. Pero, si se plantea la pregunta de si estarían dispuestos a pagar más impuestos para sanidad, el porcentaje de personas a favor es mayor que las que se muestran contrarias.

Distribución equitativa de la financiación

La distribución de los recursos a las CC AA para la financiación de los servicios sanitarios se hace a través de los acuerdos de financiación autonómica. Inicialmente se calcularon los recursos necesarios para los diferentes servicios, incluida la sanidad. Después se estimaron los “tramos” de tributos que se cedían para financiar estos gastos, y se establecieron “fondos” para completar estos ingresos cuando eran insuficientes. Sin embargo, en la crisis, la caída en picado de la recaudación fiscal afectó directamente a los ingresos de las CC AA que seguían manteniendo la obligación de presar la sanidad y los demás servicios. A lo largo de los años, la diferencia en gasto sanitario público por habitante ha sido importante, siendo ahora de un 50% más entre la que menos gasta y la que más gasta. No parece equitativo. Se debe establecer una distribución transparente y equitativa de los recursos que garantice un nivel de similar dotación y calidad de los servicios públicos.

El objetivo del nuevo acuerdo es que el sistema de financiación garantice una distribución equitativa de tal manera que todas las CC AA puedan destinar la misma cantidad por habitante. Para ello hay dos posibilidades:

- Podría hacerse una financiación finalista, con la necesidad per cápita de financiación que se calcula para estimar la cesión de tributos. Así se hacía la financiación en los primeros años de las transferencias a las CC AA. En esta dirección, Javier Rey (2018) plantea la modificación del modelo de financiación de las CC AA del régimen común, definiendo un fondo específico para la financiación sanitaria.
- La otra opción, si se mantiene el modelo de cesta de tributos y los actuales fondos, es que se establezca un acuerdo para que la financiación destinada a la sanidad sea, al menos, el gasto per cápita que se ha marcado como “necesidad de financiación”, que será igual para todas las CC AA. Este tipo de indicación de gasto mínimo se incorporó ya en el acuerdo de financiación de 2001, para los primeros tres años desde la aplicación del modelo.

Eficiencia en el gasto

Reducir los precios de los nuevos medicamentos y evitar la prescripción inadecuada

El compromiso de lograr una financiación suficiente y una distribución equitativa va unido a otro compromiso: mejorar la eficiencia en todos los ámbitos. Mejorar la gestión a todos los niveles del sistema.

En este sentido, por el peso en el gasto total, es preciso llamar la atención sobre el gasto farmacéutico y la dinámica creada por los precios de los nuevos

medicamentos. El gasto en medicamentos drena recursos que deberían ir a la atención primaria, a la salud pública, a la atención especializada, a infraestructuras y medios de diagnóstico, de tratamiento y cura. Debemos revisar a fondo el sistema de fijación de precios de los nuevos medicamentos, además de potenciar la prescripción por principio activo, el uso de genéricos, y la utilización de subastas en los procesos de adquisición de los mismos. Se debe mejorar la calidad de la prescripción y la seguridad de la misma evitando prescripción innecesaria y efectos adversos. El sobregasto o gasto evitable en medicamentos asciende a unos 8.000 millones de euros anuales.

La revisión del sistema de precios de los medicamentos debería implicar que la financiación de la formación y de los ensayos clínicos no se hace a través del precio excesivo que se paga a los laboratorios, con el que estos pagan la formación y la investigación, sino directamente a través de plataformas públicas.

Es preciso poner coto al poder de los oligopolios en este importante sector. No es razonable que, por los oligopolios de la industria farmacéutica, paguemos 20.000 euros por un tratamiento que cuesta 100 euros.

Aumentar la eficiencia en la distribución de medicamentos

La distribución mayorista y minorista suponen alrededor de un 40% del gasto en medicamentos que se venden en oficinas de farmacia: unos 4.000 millones de euros en la sanidad pública.

En los Pactos de la Moncloa de 1977 (Gobierno 1977) se acordó que se autorizaría “el despacho directo de productos farmacéuticos básicos en el recinto de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social a los beneficiarios de la misma” (punto VI.E.3º). Esta previsión no se desarrolló, pero se podría volver a plantear. Por ejemplo, algunas CC AA han avanzado iniciativas para que los medicamentos que consumen las personas ingresadas en residencias se suministren desde centros sanitarios públicos.

Otra iniciativa interesante es la selección de medicamentos de los dispensados en oficinas de farmacia (subasta pública) de Andalucía. Este procedimiento de compra ha supuesto un ahorro importante, que en toda España podría alcanzar los 600 millones de euros anuales. Estas y otras iniciativas deben plantearse manteniendo el papel de las Oficinas de Farmacia en el Sistema Nacional de Salud.

Integración de subsistemas

Los subsistemas que dieron origen al SNS (INSALUD, AISNA, hospitales provinciales, hospitales clínicos, Mumpal, etc.) se fueron integrando de acuerdo con lo dispuesto en la LGS. La pervivencia de varios subsistemas genera tensio-

nes y riesgos para el SNS. Por eso proponemos la integración progresiva de los regímenes especiales (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), respetando los derechos adquiridos. Es una medida que se debe aplicar en el comienzo de la legislatura. Todo nuevo funcionario se incorpora al régimen general. Los antiguos pueden optar, pero solamente por una vez, evitando la parasitación del sistema. Etc. Requiere una negociación serena y firme con las centrales sindicales. De la misma manera, estudiar y desarrollar la integración de la atención sanitaria de las mutuas de accidentes de trabajo y de la salud laboral.

Gestión mayoritariamente pública

En los análisis comparados de sistemas de salud se demuestra que la gestión pública de los servicios sanitarios es más eficiente. Consigue mejores resultados con menos recursos. Evita gastos en facturación, en sistemas de control, en subcontrataciones y en el desvío a los beneficios empresariales.

En España se ha utilizado la concertación de servicios privados desde que se puso en marcha la Seguridad Social. Sin embargo, la proporción de gestión pública de los servicios ha sido mayoritaria.

El discurso neoliberal fue ganando terreno en los años 80 y 90, propagando la idea de que la gestión pública es menos eficiente. Algunas rigideces en la gestión de personal o de compras hicieron que gestores sanitarios vieran con buenos ojos la subcontratación a empresas privadas, o las “nuevas formas de gestión” de la sanidad pública. Algunos afirman que con un control estricto de estas formas de gestión podría obtenerse algún resultado interesante. Pero la experiencia ha enseñado que estos nuevos mecanismos de gestión privada de la sanidad con financiación pública, han resultado perversos e ineficientes.

Por eso, para mejorar la eficiencia en el gasto público, es recomendable la derogación de la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión, ya que se ha utilizado para la privatización del SNS. Especialmente, el modelo de concesiones a largo plazo fragmenta y resta eficiencia al SNS, por lo que debemos revertirlo allí donde tengamos competencias en sanidad.

Consortio público para la gestión del big data sanitario

Este es un asunto de enorme importancia. La generación de grandes bases de datos sanitarias, a partir de las historias clínicas y otras fuentes, es una gran oportunidad y un enorme riesgo, dependiendo de cómo se gestionen. Pueden ayudar a la investigación, a la planificación y gestión, a la atención directa de pacientes, etc. Pero para ello es importante que estas bases y las aplicaciones de *big data* se controlen y gestionen por las administraciones públicas a través de consorcios públicos, de ámbito nacional (y, en su caso, europeo). Se debe prohibir la

transferencia de la gestión de esta información a empresas privadas (industria farmacéutica, Google, etc.). La utilización de datos por entidades privadas o particulares deberá ser sometida a exigencias rigurosas de confidencialidad y uso de dicha información.

Es urgente que las administraciones públicas regulen y controlen esta materia.

Reforzar la salud pública

Más vale prevenir que curar. Las políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud son altamente eficientes. Evitan el daño y por lo tanto la necesidad de remedio. Potenciar la salud en todas las políticas y la evaluación del impacto en salud de las mismas.

Se debe contar con la persona/paciente como gestor de procesos, a través del autocuidado supervisado, la educación sanitaria y programas de promoción de salud y prevención de enfermedad.

En el mismo sentido, reforzar la atención primaria, profundizando en su labor en los aspectos de salud pública y comunitaria. Reforzar el funcionamiento en equipo multidisciplinar y potenciar el papel de la enfermería comunitaria.

Mejorar la coordinación de sanidad y servicios sociales

Es posible lograr aumento de eficiencia coordinando mejor los recursos sociales y sanitarios. Los programas orientados a personas mayores, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los programas orientados a jóvenes y familias, los programas para personas en situación de dependencia, etcétera, etcétera, pueden coordinarse con los servicios sanitarios, evitando duplicidades y mejorando la calidad de la atención.

Esta coordinación puede aprovechar mejor la tecnología de comunicaciones. Asimismo, puede facilitar un enfoque nuevo en los servicios que actualmente se prestan en los hospitales, favoreciendo un hospital abierto, flexible, coordinado en red, con integración de procesos, ambulatorización y atención a domicilio.

Mejorar la atención a la salud mental

La carga de enfermedad por problemas de salud mental supera el 10% del total, pero solamente se destinan un 5% de los recursos. Si la sanidad pública está infrafinanciada, la salud mental es la cenicienta dentro de la sanidad. Es preciso impulsar iniciativas que corrijan estas deficiencias.

Se debe reforzar la Estrategia de Salud Mental, incluyendo el impulso de una normativa que limite el internamiento y contención involuntaria y garantice que, en caso de aplicarse, se hace de acuerdo con el respeto a los derechos humanos. Por otra parte es importante desarrollar políticas activas que midan y garanticen la equidad en el acceso a los servicios sanitarios (género, clase social, personas con problemas de salud mental, etc.).

Formación de los profesionales sanitarios

Para mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos es importante revisar la formación de los profesionales, tanto la inicial como continuada, garantizando que la financiación no está en manos de la industria. Hoy hay una captura de la formación, del discurso, de la información, por parte de la industria, incluso entre representantes parlamentarios y directivos de la sanidad (cursos, jornadas, viajes, etc.).

Fortalecer el pilar social de la Unión Europea

Muchas de estas cuestiones (fiscalidad y lucha contra el fraude fiscal, política farmacéutica y lucha contra el abuso en precios, *big data*, tarjeta sanitaria europea, etc.) tienen que ver con nuestra presencia en la UE y con la dirección que la UE adopte en estas y otras cuestiones.

Es importante trabajar en dimensión europea, fortalecer lazos con otros gobiernos y sus responsables de sanidad, y tratar de definir estrategias comunes en temas importantes (Lamata, 2016). El papel de los europarlamentarios es clave para impulsar nuevos enfoques en política sanitaria, como ha ocurrido en el tema de medicamentos con el Informe Cabeazón.

Reforzar los instrumentos de coordinación del Sistema Nacional de Salud

Como insisten Pedro Sabando y Javier Rey en el Capítulo 3, y otros autores como José Ramón Repullo, para fortalecer el SNS y garantizar la universalidad de la atención sanitaria es preciso gestionar los recursos de forma eficiente apoyándose en diferentes instrumentos que fomenten y faciliten la cooperación entre las CC AA, mejorando la gobernanza del SNS. Entre otros:

- Sistema de información sanitaria y económico-sanitaria.
- Central de compras (de utilización obligatoria, o con prohibición de pagar precios más altos de los obtenidos por esta central de compras).
- Coordinación de las inversiones de alto coste en centros y tecnologías (condicionando la financiación de las mismas).

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y red de agencias, con informes vinculantes.
- Facturación automática entre CC AA de la asistencia a pacientes desplazados.

También sería importante dotar al SNS de unos Fondos de Cohesión suficientes (en torno al 10% del GSP total) para poder financiar políticas nacionales, estimulando a las CC AA para sumarse a estas grandes líneas a través de estrategias nacionales y otros instrumentos.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional. (2018). La Receta Equivocada. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/campanas/derecho-salud-espana/>
- AAJM. (2018). La Asociación por un Acceso Justo al Medicamento denuncia la devaluación de las pensiones a través del copago farmacéutico. <https://www.accesojustomedicamento.es>
- Comisión Expertos. (2017). *Informe de la Comisión de Expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica*. Ministerio Hacienda y Función Pública. Julio 2017. http://www.minhfp.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Sist%20Financiacion%20y%20Deuda/InformaciónCCAA/Informe_final_Comisión_Reforma_SFA.pdf
- Conde-Ruiz, JI; Rubio-Ramírez, J. (2014). Sin más ingresos, adiós al bienestar. *El País*, 9/4/2014.
- Conde-Ruiz, JI; Díaz, M; Marín, C; Rubio-Ramírez, J. (2015). Una reforma fiscal para España. *FED-DEA Policy Papers*, 2015/02.
- Darvas, Z *et al.* (2018). The macroeconomic implications of healthcare. *Policy Contribution*. Issue nº 11. August 2018.
- European Commission. (2018). The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU 28 Member States (2016-2070). *Institutional Paper 079*. May 2018. https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en.
- European Observatory on Health Systems and Policies. WHO-Europe. EU. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>
- Eurostat. (2017). Statistics Explained. Tax revenue statistics. 6 Dec 2017. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tax_revenue_statistics
- Eurostat. (2018). Health care expenditure by financing scheme. Eurostat Database. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- EXPH.(2014).ExpertPaneloneffectivewaysofinvestinginHealth(EXPH),Definitionandendorsement ofcriteriatoidentifypriorityareaswhenassessingthepformanceofhealthsystems,27February1014 http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/002_criteriaperformancehealthsystems_en.pdf
- EXPH. (2014-2). Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety , 9 October 2014 http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/006_safety_quality_of_care_en.pdf
- EXPH. (2016). Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects, 3 May 2016 http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/012_disruptive_innovation_en.pdf
- Gobierno de España. (1977). *Los Pactos de la Moncloa*. Gobierno de España. 27 Octubre 1977. http://www.mpr.gob.es/servicios2/publicaciones/vol17/pag_01.html
- González, B; Puig-Junoy, J; Rodríguez Feijóo, S. (2016). Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño. *Fedea Policy Papers*. Fedea 2016. <http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2016/02/FPP2016-04.pdf>

- Hernández de Cos, P; López Rodríguez, D. (2014). *Estructura impositiva y capacidad recaudatoria en España: un análisis comparado con la UE*. Banco de España. 2014.
- HOPE. (2015). Encuesta sobre copagos. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope_out-of-pocket-payments_september_2015.pdf
- Juliana, E. (2018). Las luces largas del PNV. *La Vanguardia*, 26/6/2018. <http://www.lavanguardia.com/politica/20180626/45407884543/las-luces-largas-del-pnv.html>
- Lamata, F. (1998). *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. Díaz de Santos, Madrid, 1998.
- Lamata, F y Oñorbe, M. (2014). *Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud)*. Bubok. Madrid, 2014.
- Lamata, F. (2016). Problemas y retos en la sanidad europea. Blog de Fernando Lamata. (<http://fernandolamata.blogspot.com.es/2016/12/problemas-y-retos-en-la-sanidad-europea.html>).
- Lobo, F. (2017). *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*. Ed Funcas. Madrid 2017.
- López Casanovas, G. (2016). La descentralización sanitaria, la cohesión social y el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. *Health Policy Papers* 2016-10. Centre de Reserca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. 2016.
- Medina, L; Schneider, F. (2018). Shadow economies around the world: what did we learn over the last 20 years? *IMF Working Paper* 18/17, January 2018.
- MH. (2018). *El Gobierno alcanza un acuerdo con Unidos Podemos para la presentación de los presupuestos 2019*. Ministerio de Hacienda. 11-10-2018. http://www.hacienda.gob.es/gl-ES/Prensa/En%20Portada/2018/Paginas/20181011_ACUERDO_PGE2019.aspx ; <https://www.abc.es/gestordocumental/uploads/nacional/acuerdo-presupuestos.pdf>
- MHAP. (2009). *Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. 2009.
- Murphy R. (2015). *The Joy of Tax*. Bantam Press. Great Britain, 2015.
- MSCBS. (2013). Los sistemas sanitarios en los países de la UE. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
- MSCBS. (2018). *Sistema de Cuentas de Salud. Sistema de Información Sanitaria*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consultado en junio 2018 <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
- OECD. (2018). Health spending. OECD Data 2018. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> Consultado en junio 2018.
- Oxfam. (2017). *El Índice de compromiso con la reducción de la desigualdad*. Oxfam. Julio 2017. https://d1tn3vj7xz9fdh.cloudfront.net/s3fs-public/file_attachments/rr-commitment-reduce-inequality-index-170717-es.pdf
- Pérez Mendoza, S. (2018). Un informe oficial certifica que no hay pruebas de la eficacia de la privatización sanitaria en Madrid. *El Diario.es*. 5 de agosto de 2018.
- Puig-Junoy J, González López-Valcárcel B. (2017). *¿Por qué es necesario revisar el actual sistema de copago farmacéutico? Nada es gratis*. 3/2/2017. <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/por-que-es-necesario-revisar-el-actual-sistema-de-copago-farmaceutico>
- Rey J. (2018). *Financiación de la Sanidad*. Documento para discusión.
- Sevilla J, Riesgo I. (2018). *Qué está pasando con tu sanidad*. Profit editorial. 2018. Impreso en España.
- Sordo U. (2018). Impuestos necesarios. *El País*, 30, Octubre, 2018.
- WHO. (2018). WHO Collaborating Center for pharmaceutical pricing and reimbursement policies. <http://whocc.goeg.at/>. <https://phis.goeg.at/index.aspx?nav0031>