



**Consorci de Salut i  
Social de Catalunya**

---

**Encuentro de salud pública: Crisis, desigualdades y  
salud. Estado de situación.**

---

**Jueves, 10 Diciembre**

de 14:00 a 16:00

**Fecha de inicio:** jueves, 10 diciembre 14:00

**Fecha final:** jueves, 10 diciembre 16:00

**Lugar:** Sala Joan Costa. Sede social del CSC (Avenida del Tibidabo, 21 de Barcelona)

Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Métodos Cuantitativos en  
Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

Carme Borrell y Thió, jefe del Servicio de Sistemas de Información Sanitaria de la  
Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)

# Indice

## 1. Introducción

2. Situación económica. Remontando la crisis de 2008, pero con secuelas

3. Efectos de la crisis sobre la salud y sus determinantes

4. Como se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes para los próximos años)

5. Riesgos

6. Antídotos y propuestas en positivo

7. Conclusión

# **¿Qué hemos aprendido?**

**Evidencias sobre efectos de la crisis  
sobre salud y sanidad  
Estrategias de salida y riesgos**

# Indice

1. Introducción

2. Situación económica. Remontando la crisis de 2008, pero con secuelas

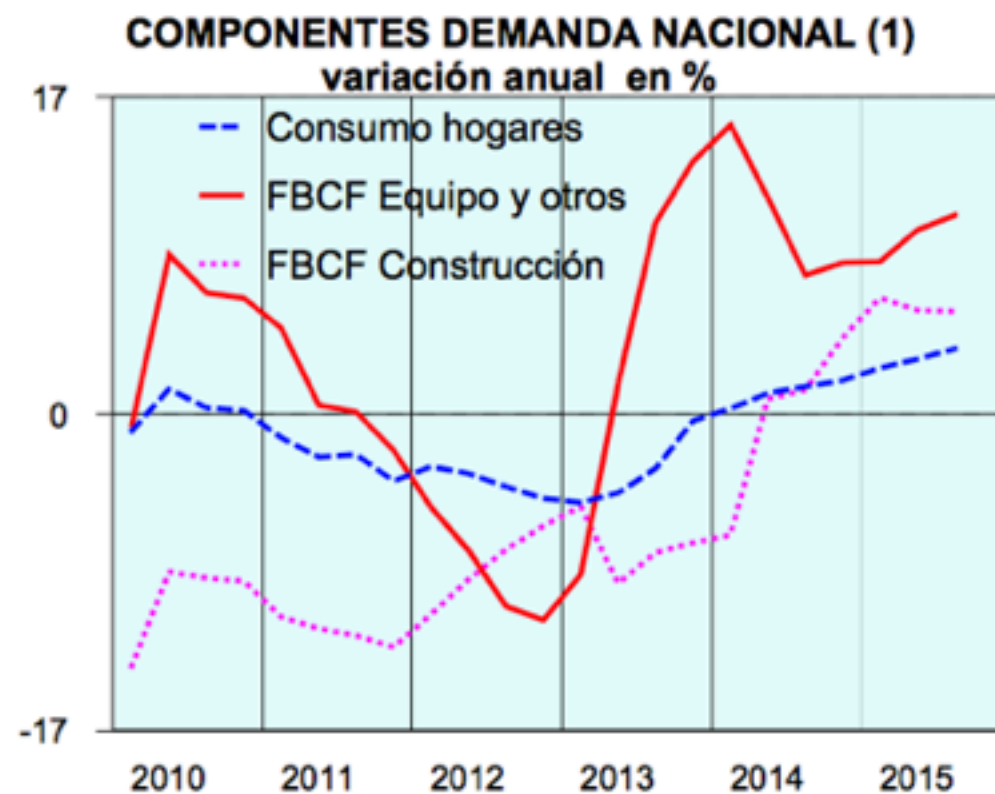
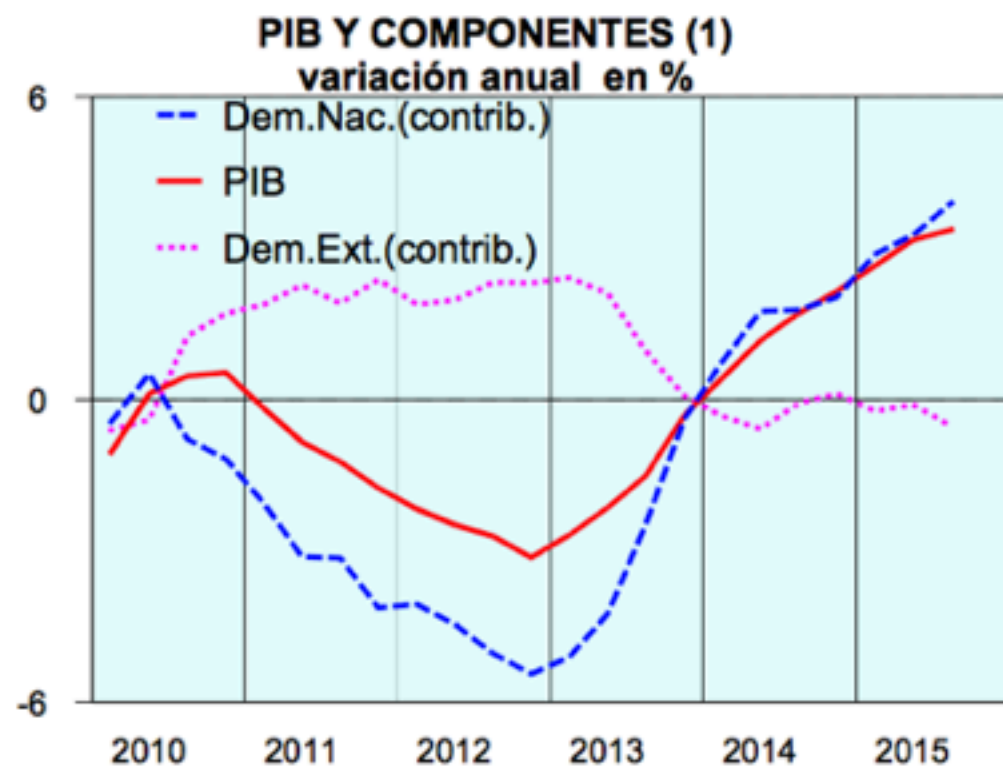
3. Efectos de la crisis sobre la salud y sus determinantes

4. Como se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes para los próximos años)

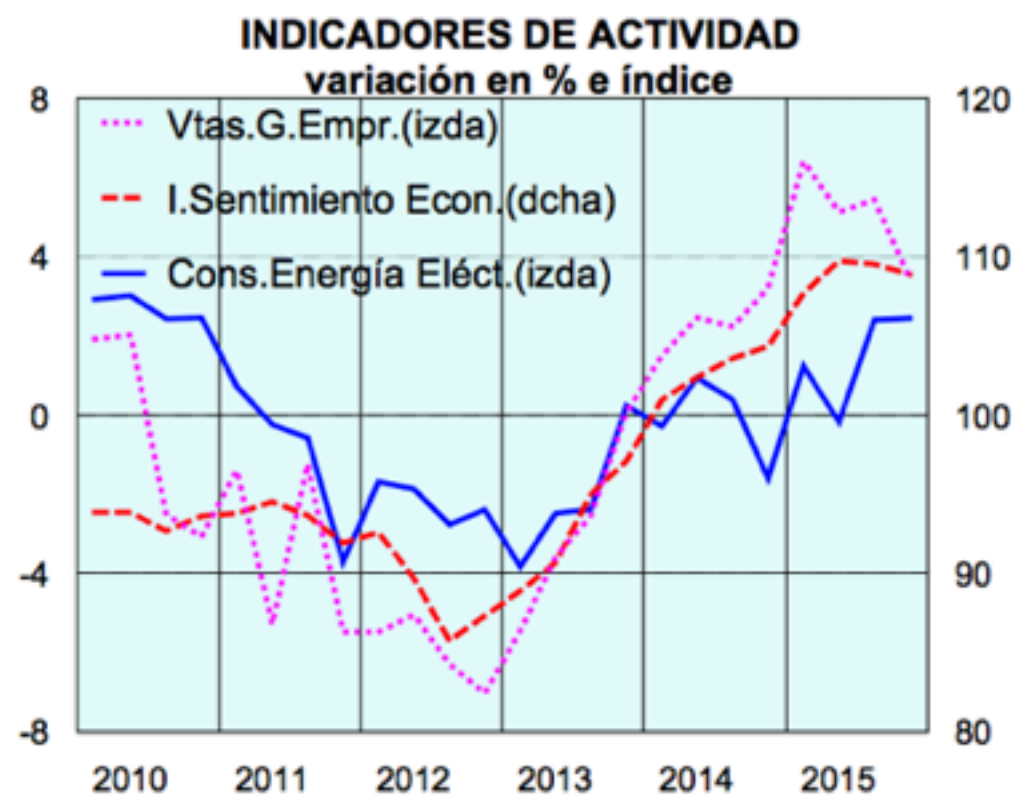
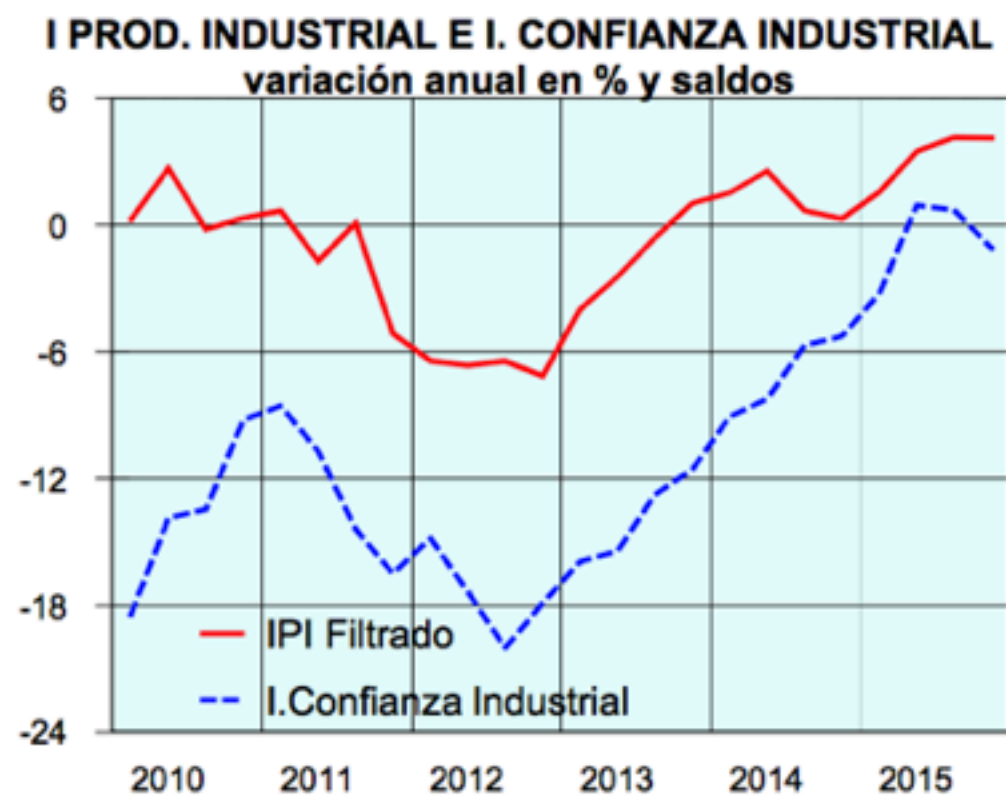
5. Riesgos

6. Antídotos y propuestas en positivo

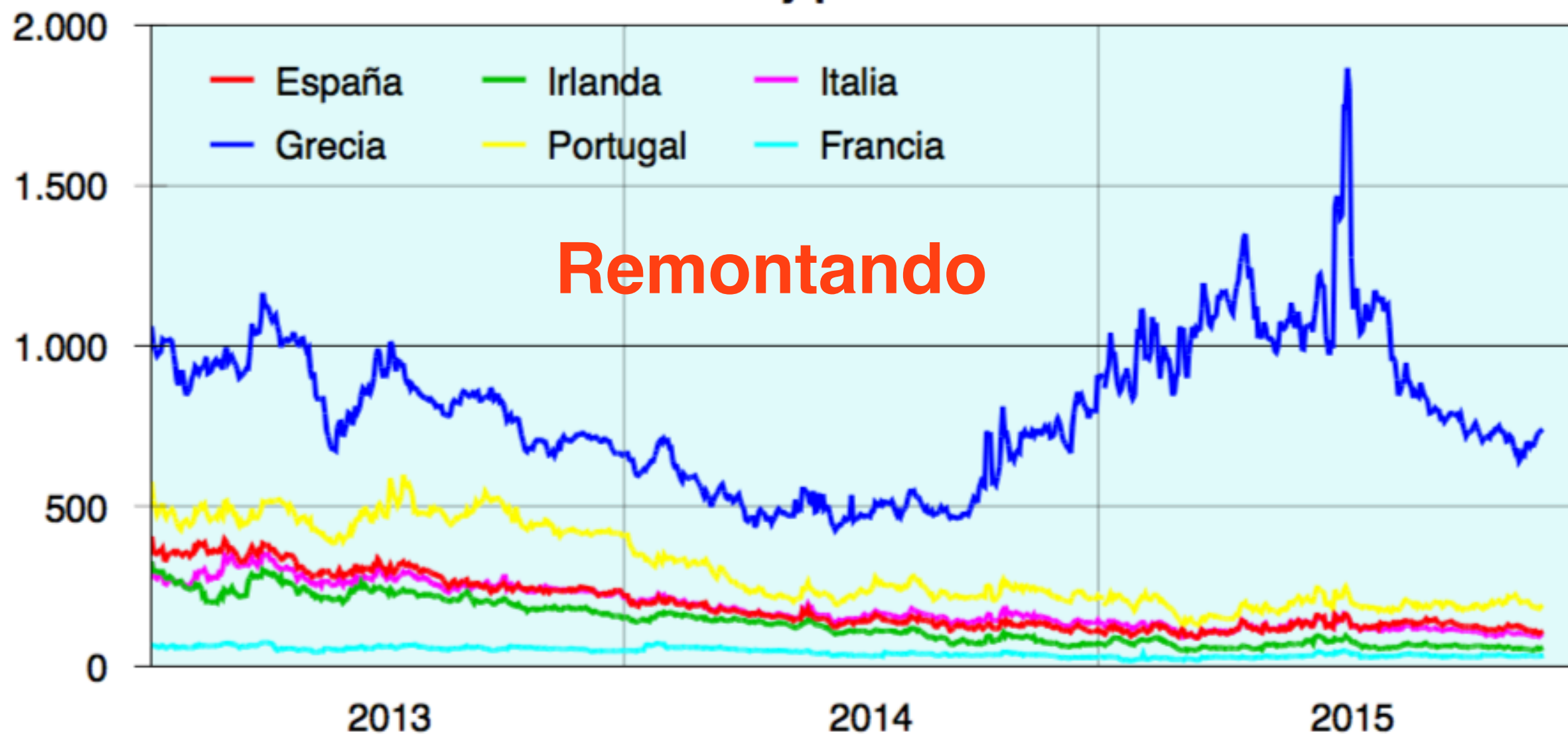
7. Conclusión



## Remontando



**DIFERENCIAL A 10 AÑOS CON ALEMANIA**  
**datos diarios y puntos básicos**



**Remontando..... pero con secuelas**



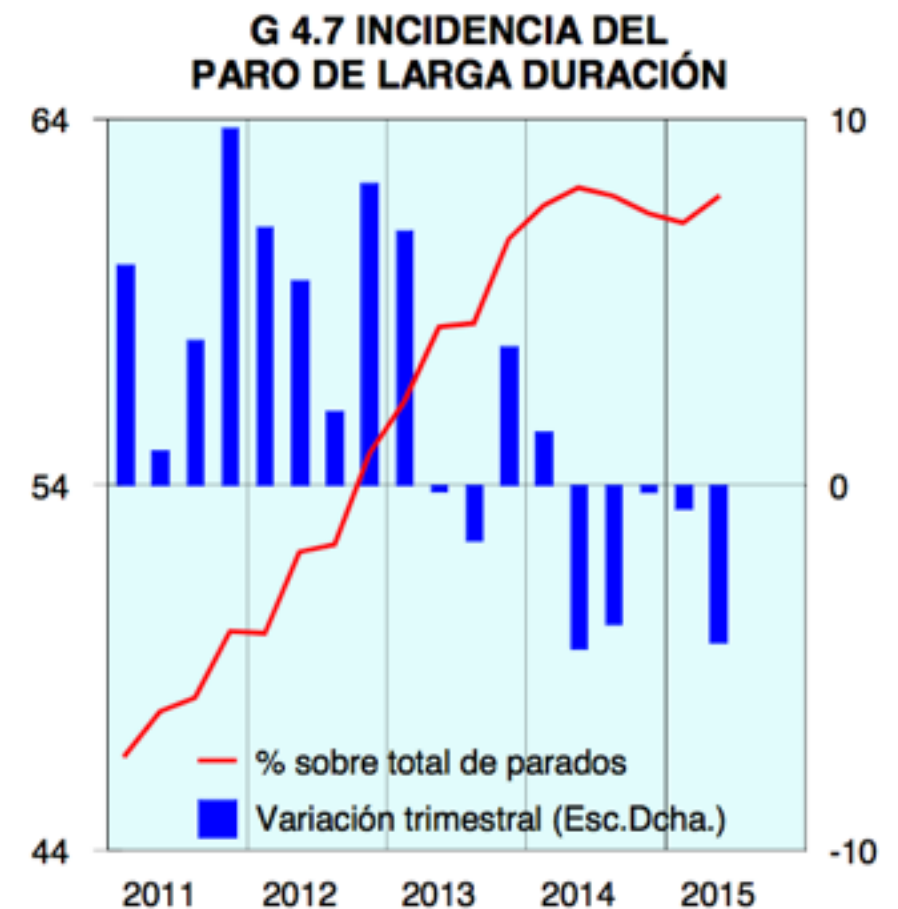
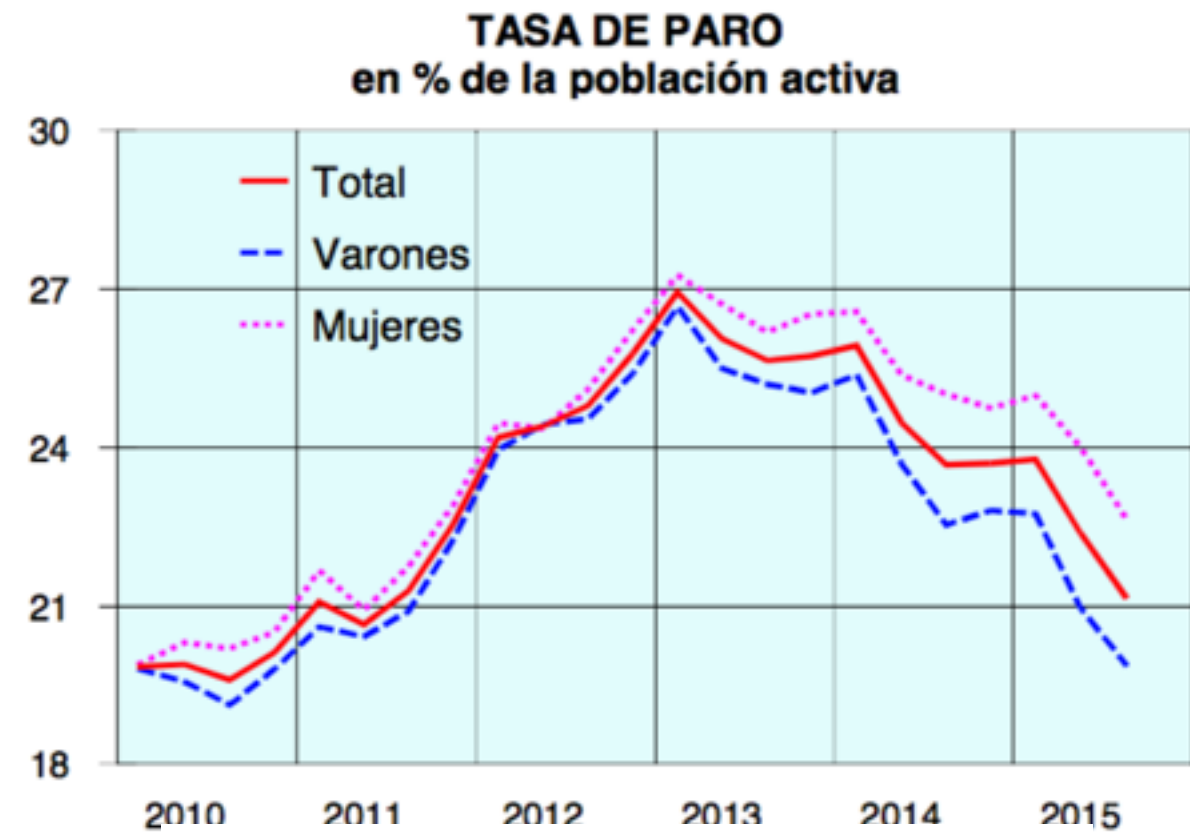
# La crisis vino para quedarse (un *antes* y un *después*)

## Desempleo estructural

Tasas de crecimiento paupérrimas

Aumento de las desigualdades

- . territorial
- . interpersonal



Fuente: INE (EPA).



# La crisis vino para quedarse

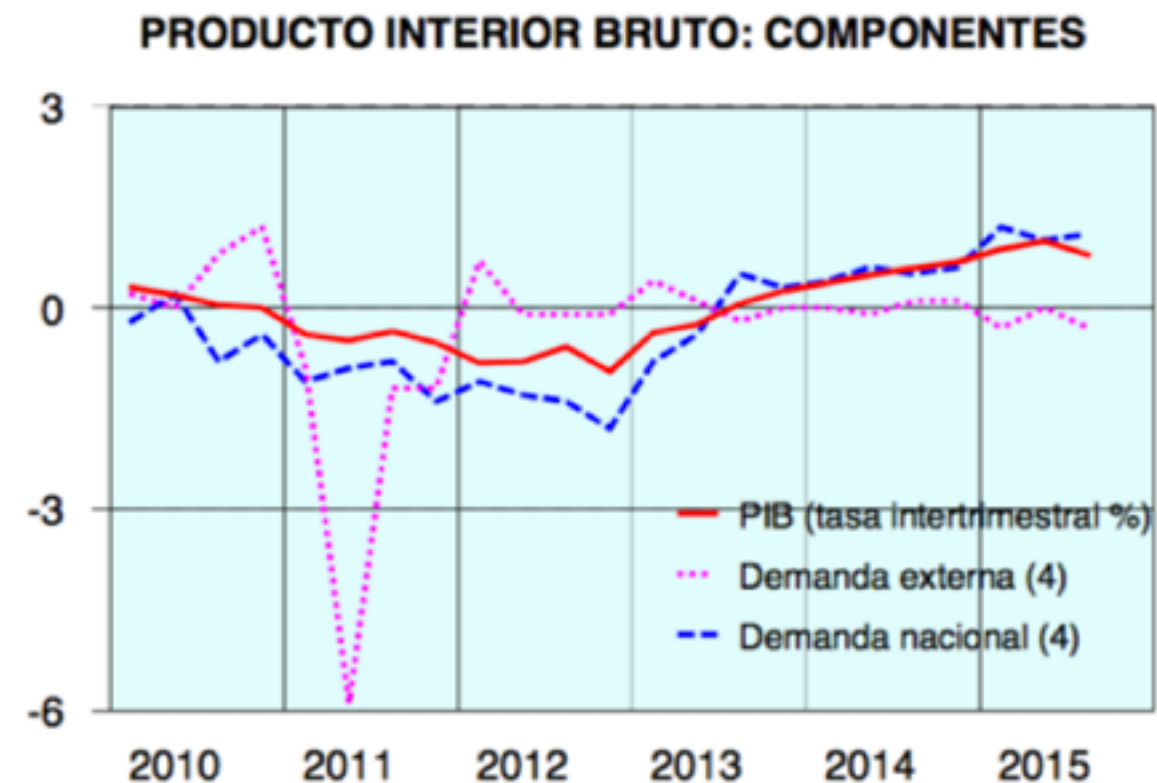
(un *antes* y un *después*)

Desempleo estructural

**Tasas de crecimiento paupérrimas**

Aumento de las desigualdades

- . territorial
- . interpersonal



# La crisis vino para quedarse

(un *antes* y un *después*)

Desempleo estructural

Tasas de crecimiento paupérrimas

**Aumento de las desigualdades**

- . territorial
- . interpersonal



eurostat

[Table](#)
[Graph](#)
[Map](#)

## Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC)

Number

The Gini coefficient is defined as the relationship of cumulative shares of the ... [more](#)
☒ Flags
 ☐ Codes

geo	time	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EU (28 countries)		:	:	:	:	:	:	:	30.4	30.8	30.4	30.5	30.9
EU (27 countries)		:	:	30.6 <sup>s</sup>	30.3 <sup>s</sup>	30.6	30.9	30.5	30.4	30.7	30.4	30.5	30.9
Euro area (19 countries)		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Euro area (18 countries)		:	:	29.3	29.3	30.0	30.4	30.2	30.2	30.5	30.3	30.6	30.9
Belgium		28.3 <sup>b</sup>	26.1	28.0	27.8	26.3	27.5	26.4	26.6	26.3	26.5	25.9	25.9
Bulgaria		:	:	:	31.2 <sup>b</sup>	35.3	35.9	33.4	33.2	35.0	33.6	35.4	35.4
Czech Republic		:	:	26.0 <sup>b</sup>	25.3	25.3	24.7	25.1	24.9	25.2	24.9	24.6	25.1
Denmark		24.8 <sup>b</sup>	23.9	23.9	23.7	25.2	25.1	26.9	26.9 <sup>b</sup>	27.8	28.1	26.8	27.5 <sup>b</sup>
Germany		:	:	26.1 <sup>b</sup>	26.8	30.4	30.2	29.1	29.3	29.0	28.3	29.7	30.7
Estonia		:	37.4 <sup>b</sup>	34.1	33.1	33.4	30.9	31.4	31.3	31.9	32.5	32.9	35.6 <sup>b</sup>
Ireland		30.6 <sup>b</sup>	31.5	31.9	31.9	31.3	29.9	28.8	30.7	29.8	29.9	30.0	30.7
Greece		34.7 <sup>b</sup>	33.0	33.2	34.3	34.3	33.4	33.1	32.9	33.5	34.3	34.4	34.5
Spain		:	31.0 <sup>b</sup>	32.2	31.9	31.9	32.4	32.9 <sup>b</sup>	33.5	34.0	34.2	33.7	34.7
France		:	28.2 <sup>b</sup>	27.7	27.3	26.6	29.8 <sup>b</sup>	29.9	29.8	30.8	30.5	30.1	29.2
Croatia		:	:	:	:	:	:	:	31.6	31.2	30.9	30.9	30.2
Italy		:	32.9 <sup>b</sup>	32.7	32.1	32.0	31.2	31.8	31.7	32.5	32.4	32.8	32.4
Cyprus		:	:	28.7 <sup>b</sup>	28.8	29.8	29.0 <sup>b</sup>	29.5	30.1	29.2	31.0	32.4	34.8
Latvia		:	:	36.2 <sup>b</sup>	38.9	35.4	37.5	37.5	35.9	35.1	35.7	35.2	35.5

eurostat

Table • Graph • Map

Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC)  
Number

The Gini coefficient is defined as the relationship of cumulative shares of the ... [more](#)

geo	time	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EU (28 countries)	:	:	:	:	:	:	:	:	30.4	30.8	30.4	30.5	30.9
EU (27 countries)	:	:	:	30.6 <sup>a</sup>	30.3 <sup>a</sup>	30.6	30.9	30.5	30.4	30.7	30.4	30.5	30.9
Euro area (19 countries)	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Euro area (18 countries)	:	:	:	29.3	29.3	30.0	30.4	30.2	30.2	30.5	30.3	30.6	30.9
Belgium	28.3 <sup>a</sup>	28.1	28.0	27.8	26.3	27.5	28.4	28.6	28.3	28.5	25.9	25.9	
Bulgaria	:	:	:	31.2 <sup>b</sup>	35.3	35.9	33.4	33.2	35.0	33.6	35.4	35.4	
Czech Republic	:	:	26.0 <sup>b</sup>	25.3	25.3	24.7	25.1	24.9	25.2	24.9	24.6	25.1	
Denmark	24.6 <sup>a</sup>	23.9	23.9	23.7	25.2	25.1	26.9	26.9 <sup>b</sup>	27.8	28.1	26.8	27.5 <sup>b</sup>	
Germany	:	:	26.1 <sup>b</sup>	26.8	30.4	30.2	29.1	29.3	29.0	28.3	29.7	30.7	
Estonia	:	37.4 <sup>b</sup>	34.1	33.1	33.4	30.9	31.4	31.3	31.9	32.5	32.9	35.8 <sup>b</sup>	
Ireland	30.6 <sup>a</sup>	31.5	31.9	31.9	31.3	29.9	28.8	30.7	29.8	29.9	30.0	30.7	
Greece	34.3 <sup>a</sup>	33.0	33.2	34.3	34.3	33.4	33.1	32.9	33.5	34.3	34.4	34.5	
Spain	:	31.0 <sup>b</sup>	32.2	31.9	31.9	32.4	32.9 <sup>b</sup>	33.5	34.0	34.2	33.7	34.7	
France	:	28.2 <sup>b</sup>	27.7	27.3	26.6	29.8 <sup>b</sup>	29.9	29.8	30.8	30.5	30.1	29.2	
Croatia	:	:	:	:	:	:	:	31.6	31.2	30.9	30.9	30.2	
Italy	:	32.9 <sup>b</sup>	32.7	32.1	32.0	31.2	31.8	31.7	32.5	32.4	32.8	32.4	
Cyprus	:	28.3 <sup>a</sup>	28.8	29.8	29.5 <sup>b</sup>	29.5	30.1	29.2	31.0	32.4	34.8		
Latvia	:	:	36.2 <sup>b</sup>	38.9	35.4	37.5	37.5	35.9	35.1	35.7	35.2	35.5	

# Desigualdad económica

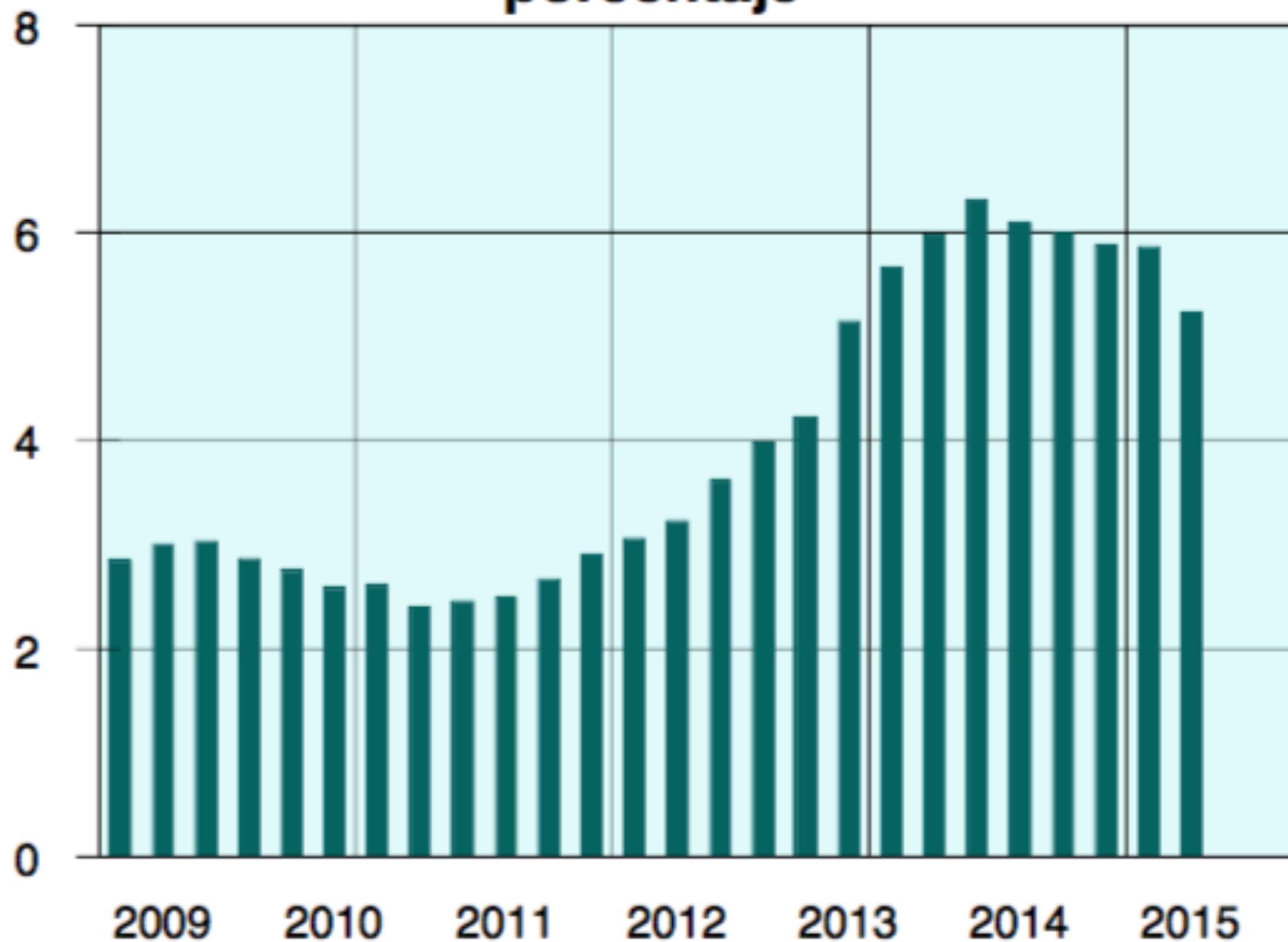
Fuente: Eurostat

**Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC)  
Number**  
The Gini coefficient is defined as the relationship of cumulative shares



2014

# MOROSIDAD HIPOTECARIA porcentaje





# Desahucios

46.408 viviendas desahuciadas en el año 2012  
(Consejo General del Poder Judicial)

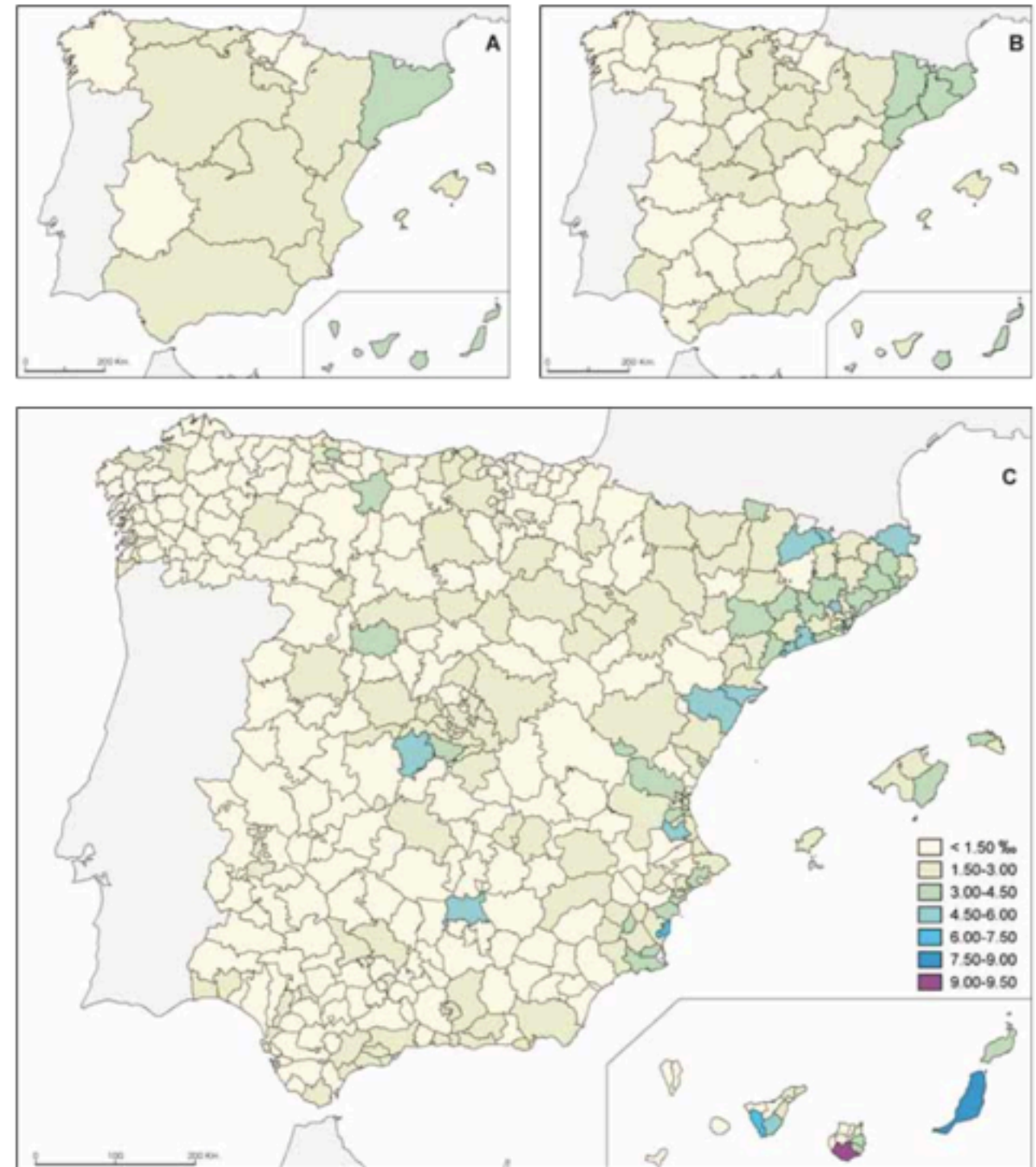


FIG. 4. Tasa de lanzamientos por A) comunidades autónomas, b) por provincias y c) por partidos judiciales. Fuente: estadísticas del Consejo General del Poder Judicial. Elaboración propia.

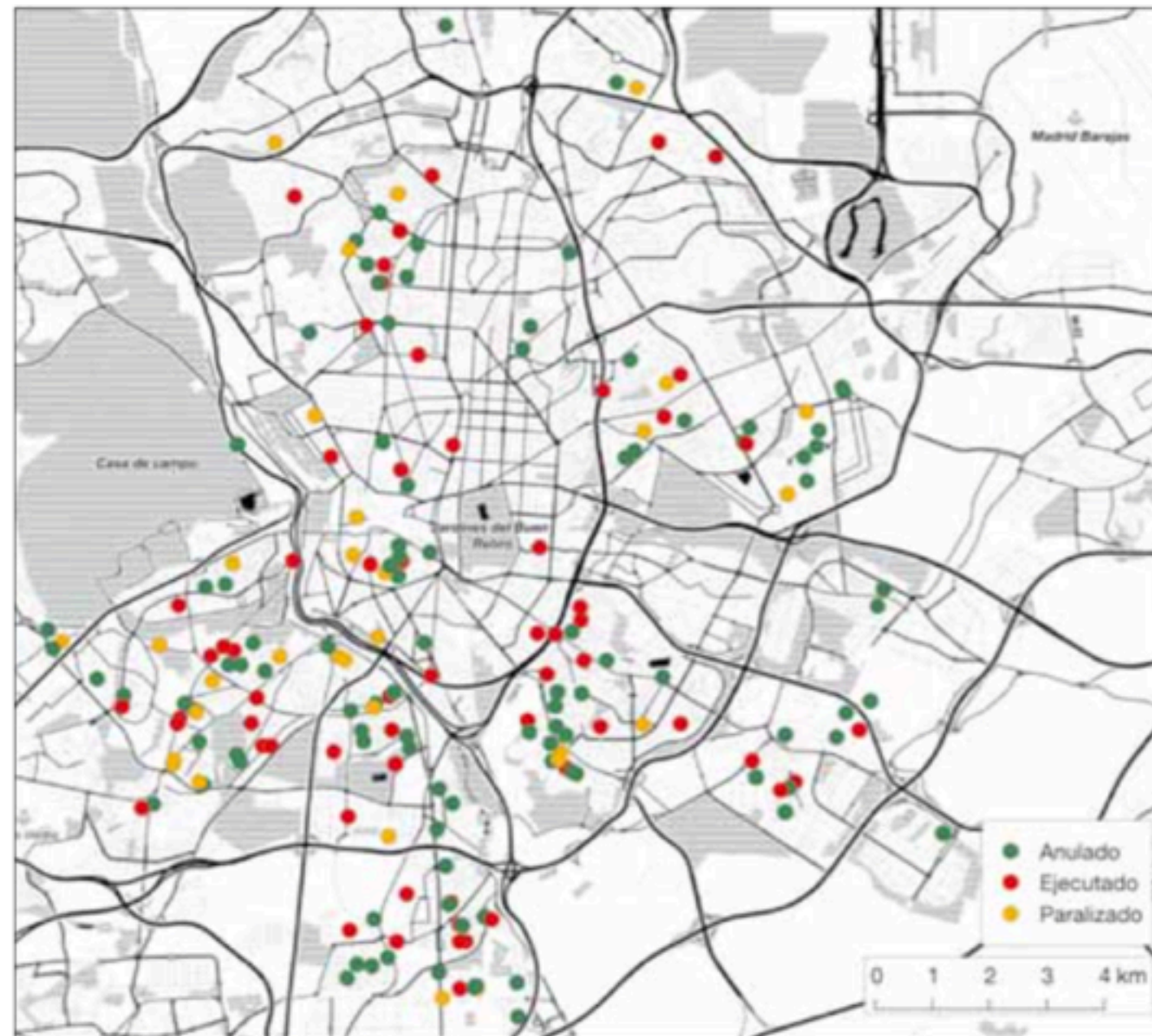
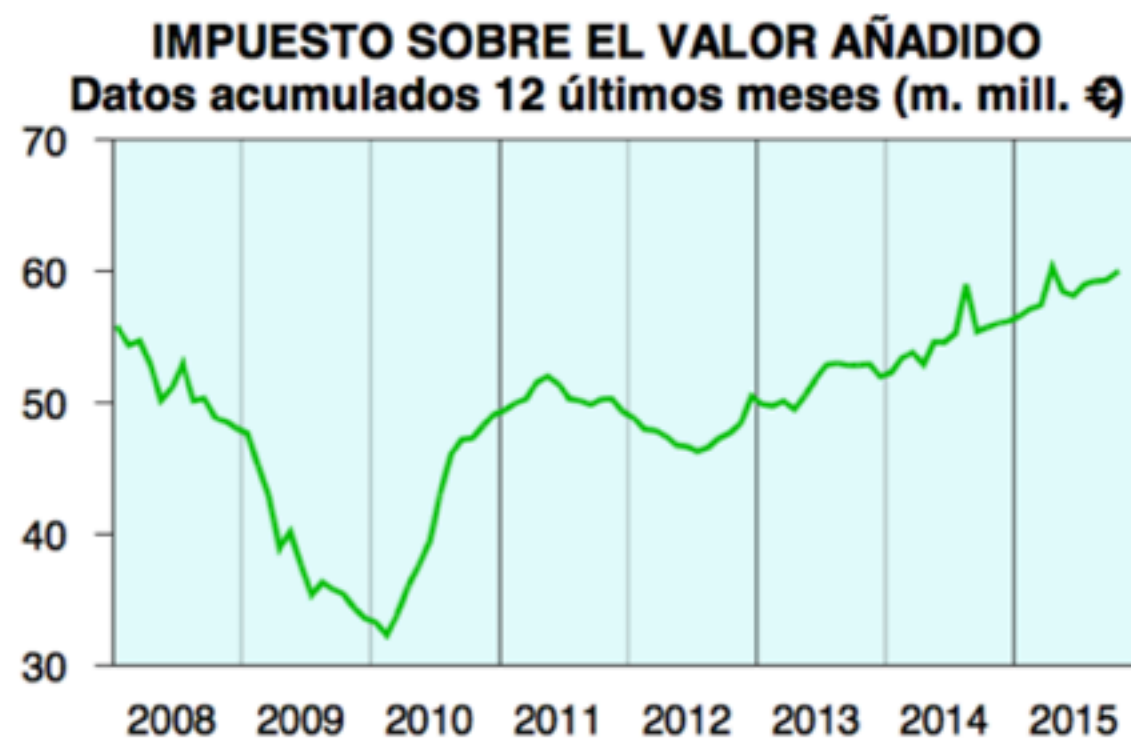
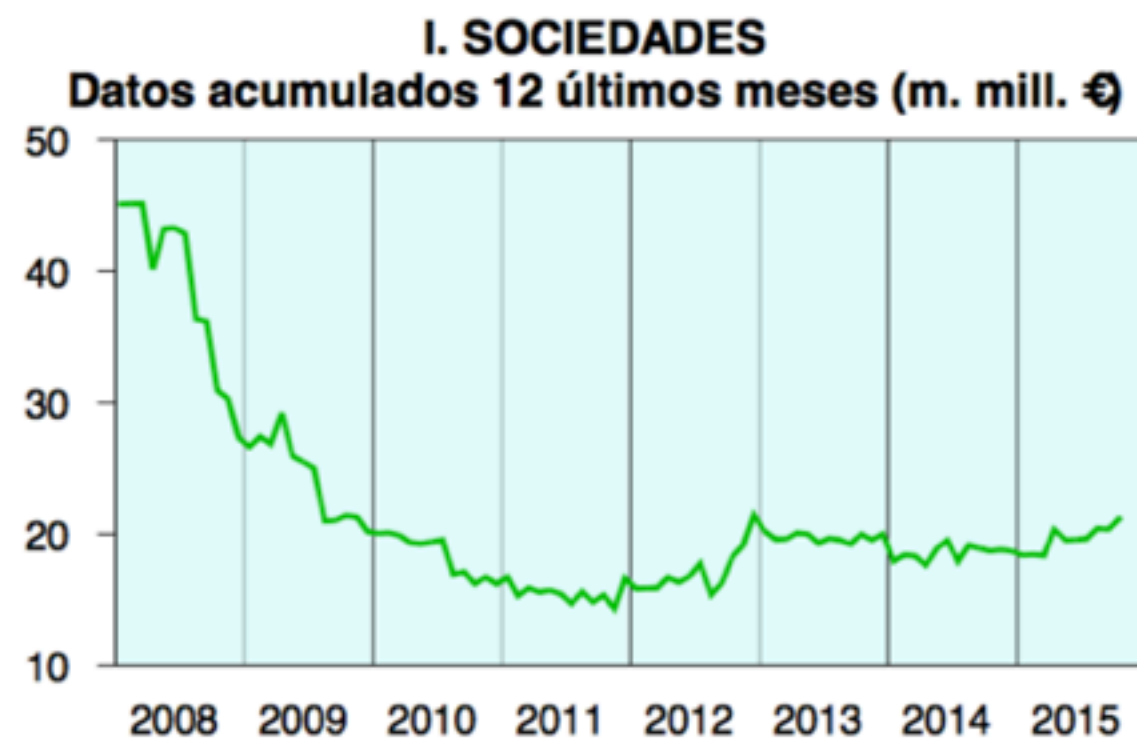
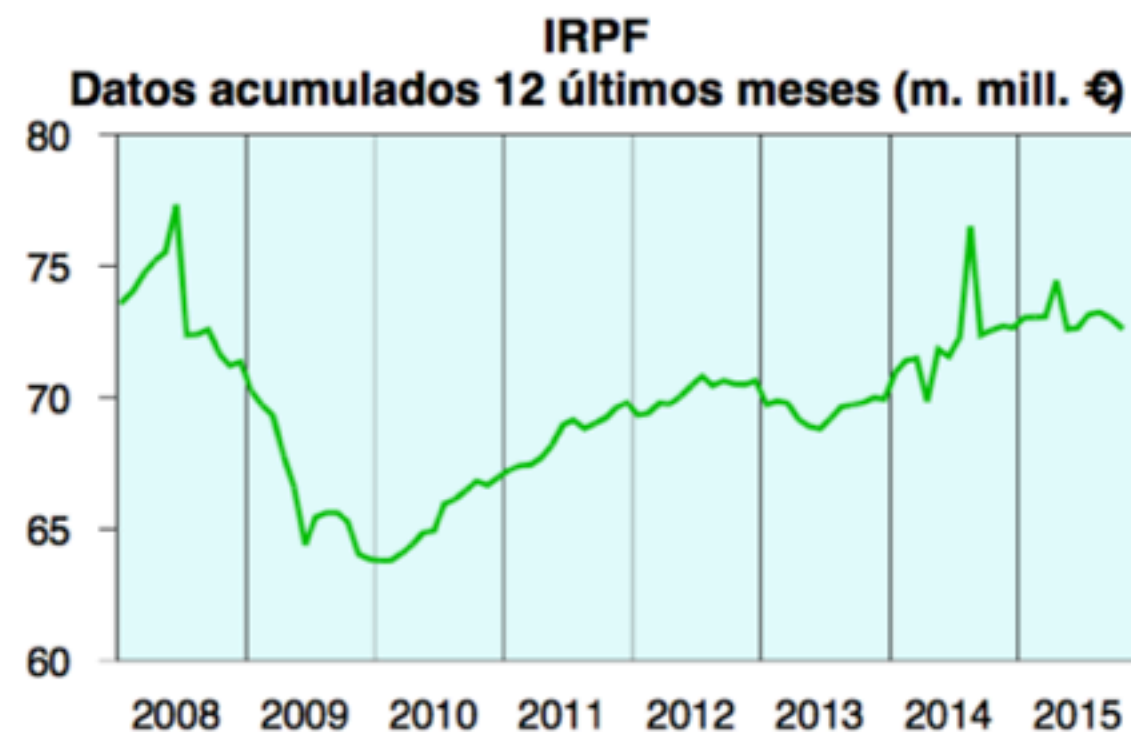
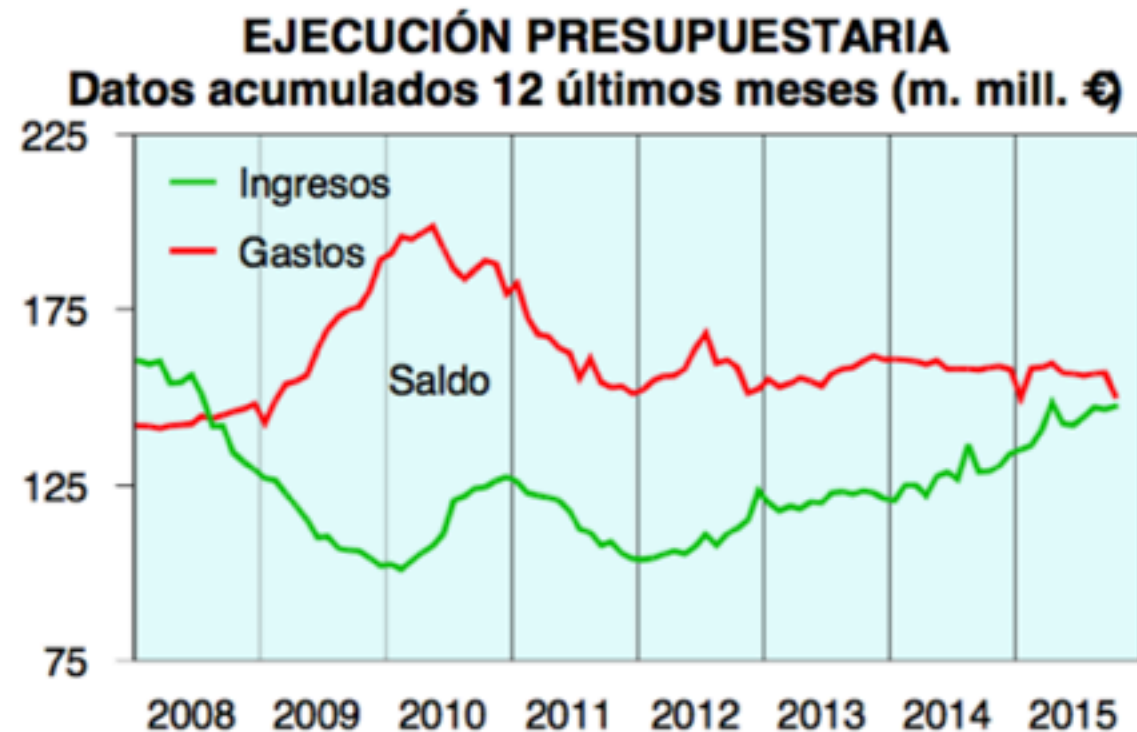


FIG. 5. Desahucios en Madrid (2012-2013). Georreferenciación de manifestaciones de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) enmarcada en su campaña Stop Desahucios. Las entidades que ejecutan el desahucio corresponden en su mayoría a Bankia (resultado de un proceso de fusión bancaria de siete cajas entre las que se encontraba Caja Madrid) y a entidades públicas como el Ivima (Instituto de la Vivienda de Madrid) y la EMVS (Empresa Municipal de Vivienda y Suelo). Se aprecia una intensificación del fenómeno en el sur de la capital y en general en barrios con rentas más bajas, lo que pone de manifiesto las desigualdades sociales como consecuencia de la crisis económica y su distribución espacial. Fuente: <afectadosporlahipoteca.com>. Base cartográfica: Toner Map (Stamen Design). Elaboración propia.



# Sistema fiscal cada vez más regresivo



**Un nuevo papel de la  
sanidad:  
redistribución de renta**

**La crisis vino para  
quedarse  
(un *antes* y un *después*)**

CUADRO N.º 5

**CAMBIO (%) EN LOS INDICADORES DE DESIGUALDAD DESPUÉS DE INCLUIR LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DE SANIDAD  
Y DE LOS OTROS CUATRO SERVICIOS PÚBLICOS<sup>1</sup>**

<i>Indicador de desigualdad</i>	<i>Renta monetaria disponible</i>			<i>Después de ajustar por prestaciones sanitarias en especie</i>			<i>Después de ajustar por todas las prestaciones en especie</i>		
	<i>España</i>	<i>OCDE-27</i>	<i>Puesto de España en OCDE-27(*)</i>	<i>España</i>	<i>OCDE-27</i>	<i>Puesto de España en OCDE-27(*)</i>	<i>España</i>	<i>OCDE-27</i>	<i>Porcentaje de sanidad sobre total gasto en especie España</i>
Índice de Gini .....	0,31	0,298	12	-11,60%	-11%	9	20,6%	-21,8%	53%
S80/20 .....	5,33	4,95	10	-22,70%	-18,40%	5	-40,7%	-35,3%	64%
P90/10 .....	4,38	3,94	8	-21,30%	-17,00%	4	-34,0%	-31,5%	68%

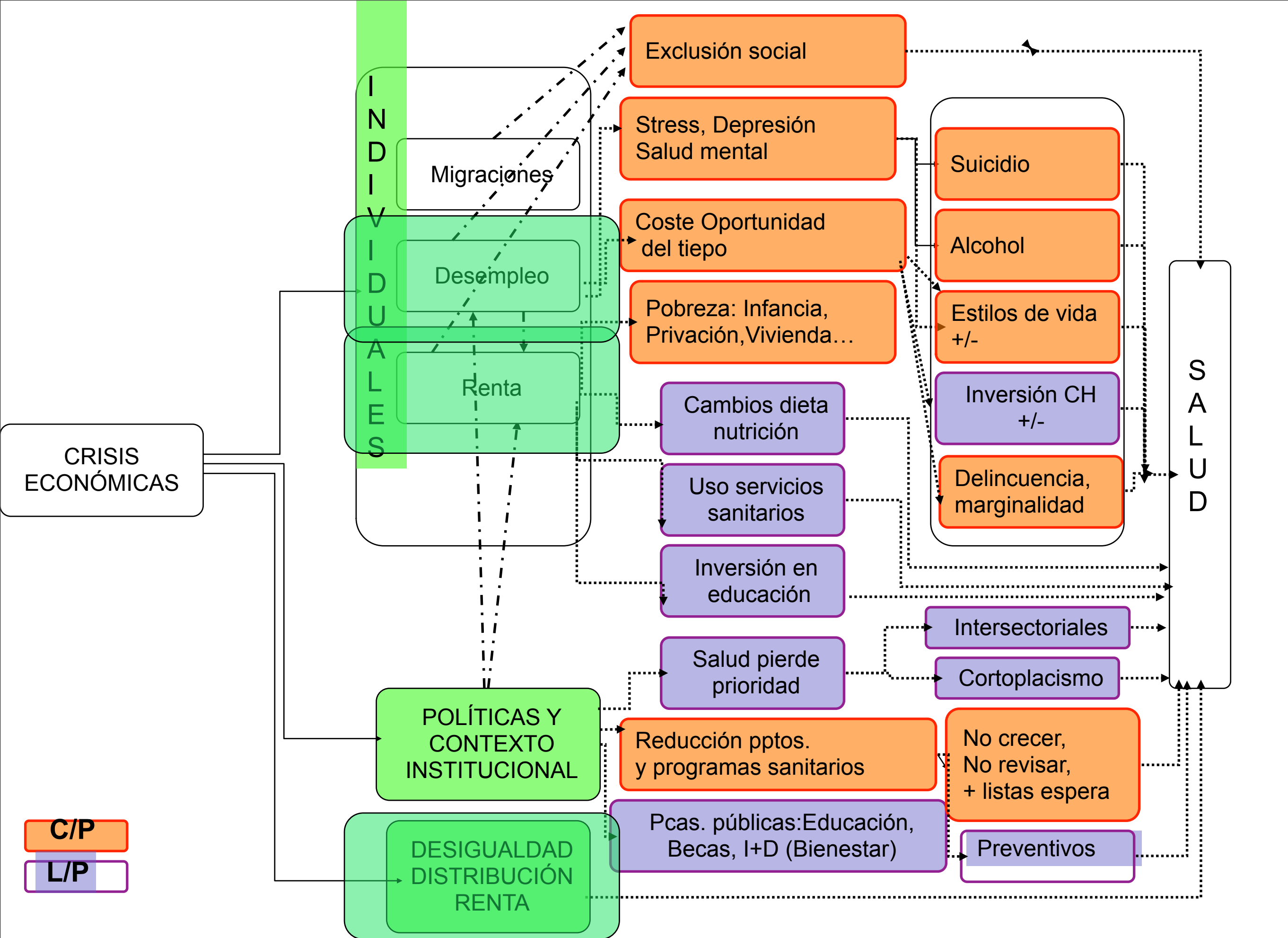
(\*) Ordenados los 27 países en orden decreciente de redistribución.

<sup>1</sup>Sanidad, educación, vivienda, atención a la infancia y a los mayores.

Fuente: Verbist (2012) tabla A6 (reproducido de Urbanos y G López-Valcárcel (2015))

# Indice

1. Introducción
2. Situación económica. Remontando la crisis de 2008, pero con secuelas
3. Efectos de la crisis sobre la salud y sus determinantes
4. Como se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes para los próximos años)
5. Riesgos
6. Antídotos y propuestas en positivo
7. Conclusión





## The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain

Rosa M. Urbanos-Garrido ·  
Beatriz G. Lopez-Valcarcel

Received: 22 July 2013 / Accepted: 8 January 2014  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

### Abstract

**Objectives** To estimate the impact of (particularly long-term) unemployment on the overall and mental health of the Spanish working-age population and to check whether the effects of unemployment on health have increased or been tempered as a consequence of the economic crisis.

**Methods** We apply a matching technique to cross-sectional microdata from the Spanish Health Survey for the years 2006 and 2011–2012 to estimate the average treatment effect of unemployment on self-assessed health (SAH) in the last year, mental problems in the last year and on the mental health risk in the short term. We also use a differences-in-differences estimation method between the two periods to check if the impact of unemployment on health depends on the economic context.

**Results** Unemployment has a significant negative impact on both SAH and mental health. This impact is particularly high for the long-term unemployed. With respect to the impact on mental health, negative effects significantly worsen with the economic crisis. For the full model, the changes in effects of long-term unemployment on mental problems and mental health risk are, respectively, 0.35 (CI 0.19–0.50) and 0.20 (CI 0.07–0.34).

**Conclusions** Anxiety and stress about the future associated with unemployment could have a large impact on individuals' health. It may be necessary to prevent health deterioration in vulnerable groups such as the unemployed, and also to monitor specific health risks that arise in recessions, such as psychological problems.

**Keywords** Economic crisis · Unemployment · Self-assessed health · Mental health · Matching techniques · Spain

**JEL Classification** J64 · I12 · I18

### Introduction

The impact of economic recessions on health has been previously addressed. Researchers mainly focused on the role played by unemployment as a mediator agent [1–3], because unemployment and working conditions constitute major social determinants of health [4]. Beyond the influence of the institutional context of the labour market and social protection, most attention has been paid to the study of the risk factors linking labour status and health. Several

En España, el desempleo de larga duración es un factor de riesgo para la salud general y mental

## Posibles mecanismos

### Desempleo

Caída de renta. Pobreza

-

Exclusión social. Marginación.  
Cambios en **estilos de vida**.  
Desinversión en salud

-

Coste de oportunidad  
del tiempo. Cambios de  
**estilos de vida**. Invertir en  
producir salud

+

Menor exposición a riesgos  
ambientales y de  
accidentes

+

Ansiedad, stress

-

### Desempleo + crisis económica

Desempleo es lo “normal”  
No estigma

+

Menor probabilidad de  
conseguir trabajo (expectativas)

-



# Preguntas de investigación

## Datos

Datos ENSE 2006 y 2011/12

Ocupados y parados (> 1 año)

1. **Cuantificar** los **efectos** del desempleo, particularmente de larga duración, sobre la salud física y mental antes y durante la crisis económica
2. **Contrastar** si esos efectos se han mantenido constantes o han **variado**, y cuánto, con la **crisis**

# Resultados/Discusión

Crisis,  
desempleo y  
salud en  
España

1. Los **desempleados de larga duración** (mas de un año) tienen **peor** salud general y mental que los ocupados de sus mismas características
2. La salud **mental** de los desempleados de larga duración empeora mas en tiempos de crisis
2. La salud general **autopercebida** de los desempleados de larga duración no parece haber empeorado durante la crisis

% de personas con depresión moderadamente grave o grave por niveles de estudios y edad

Gradiente educativo de la depresión

Estudios	Mujeres				Hombres					
	25-45 años	46-65 años	65-80 años	> 80 años	25-45 años	46-65 años	65-80 años	> 80 años		
No sabe leer	5.9%	17.6%	15.7%	14.2%	10.0%		5.0%	17.2%		
Estudios primarios incompletos	4.5%	9.2%	6.7%	10.8%	4.4%	3.0%	3.7%	4.8%		
Estudios universitarios	0.8%	2.0%	2.3%	4.5%	0.6%	1.1%	0.8%	7.1%		

Fuente: EESE 2014. Cuestionario PHQ-8

% de personas con depresión moderadamente grave o grave por niveles de estudios y edad

## Gradiente educativo de la depresión

Estudios	Mujeres				Hombres				Mujer es	Homb res
									Todas las edades	Todas las edades
No sabe leer									14.6%	7.6%
Estudios primarios incompletos									8.5%	3.9%
Estudios universitarios									1.3%	1.0%

Fuente: EESE 2014. Cuestionario PHQ-8

# GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

ISSN: 0213-9111

## Informe SESPAS 2014

### CRISIS ECONÓMICA Y SALUD

Editoras:

Imma Cortès Franch

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel

Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España.  
Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014

Miguel Ruiz-Ramos<sup>a,\*</sup>, Juan Antonio Córdoba-Doña<sup>b,c</sup>, Amaia Bacigalupe<sup>d</sup>,  
Sol Juárez<sup>e</sup> y Antonio Escolar-Pujolar<sup>b,f</sup>



## Datos individuales en **Andalucía**

2002-2010: aumento de las desigualdades sociales en mortalidad general en los hombres (mayor descenso en los de mayor nivel de estudios) desde 2008



# Conclusiones INFORME SESPAS 2014

- ❏ Hay evidencia de la relación de la crisis con la salud de la población española, con las desigualdades en salud, con los cambios en algunos estilos de vida y con el acceso a servicios sanitarios.
- ❏ La crisis ha impactado en muchos determinantes estructurales de la salud.
- ❏ Se identifican distintos grupos de población que son más vulnerables a los efectos de la crisis.
- ❏ Generalmente, las respuestas políticas sobre cómo gestionar la crisis no han tenido en cuenta la evidencia existente.
- ❏ La crisis puede facilitar la vulnerabilidad de las políticas públicas a la acción de las corporaciones, poniendo en riesgo la implantación de políticas saludables.
- ❏ Es importante reforzar y adaptar los sistemas de información y tener en cuenta la vigilancia de los efectos a largo plazo.



# Indice

1. Introducción
2. Situación económica. Remontando la crisis de 2008, pero con secuelas
3. Efectos de la crisis sobre la salud y sus determinantes
4. Como se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes para los próximos años)
5. Riesgos
6. Antídotos y propuestas en positivo
7. Conclusión

# Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

1. **Recortes** en la sanidad pública.  
Primero, hachazos indiscriminados.  
Poco a poco, selectivos

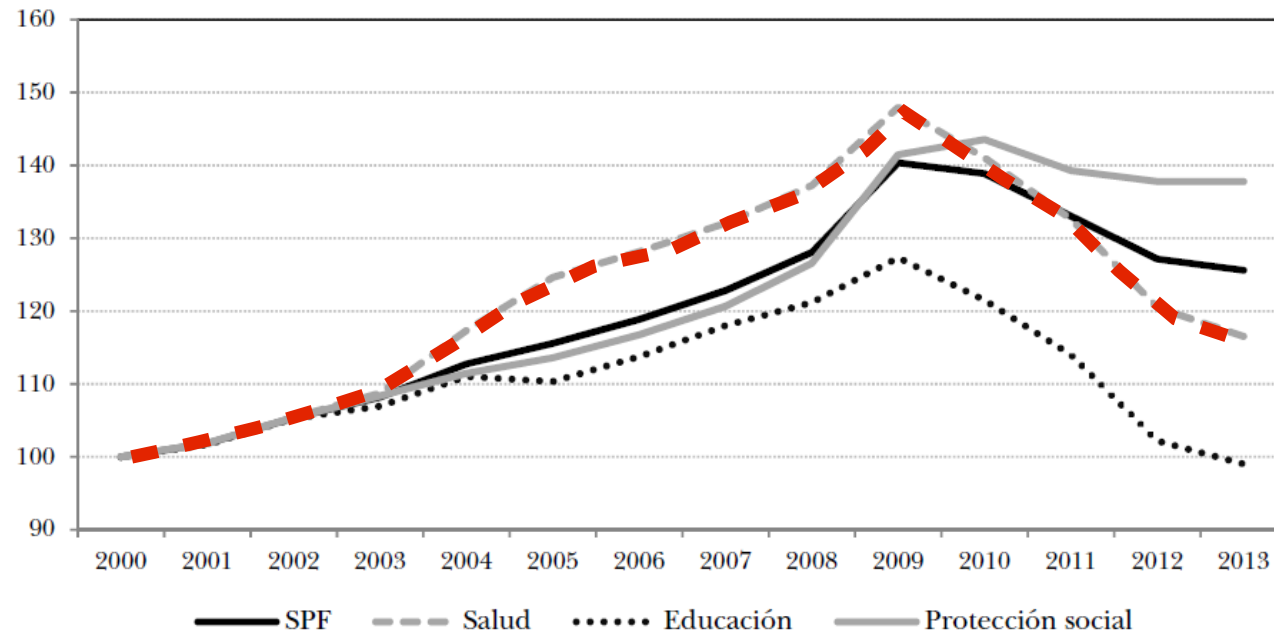
Personal

Farmacia

Inversiones

# Introducción

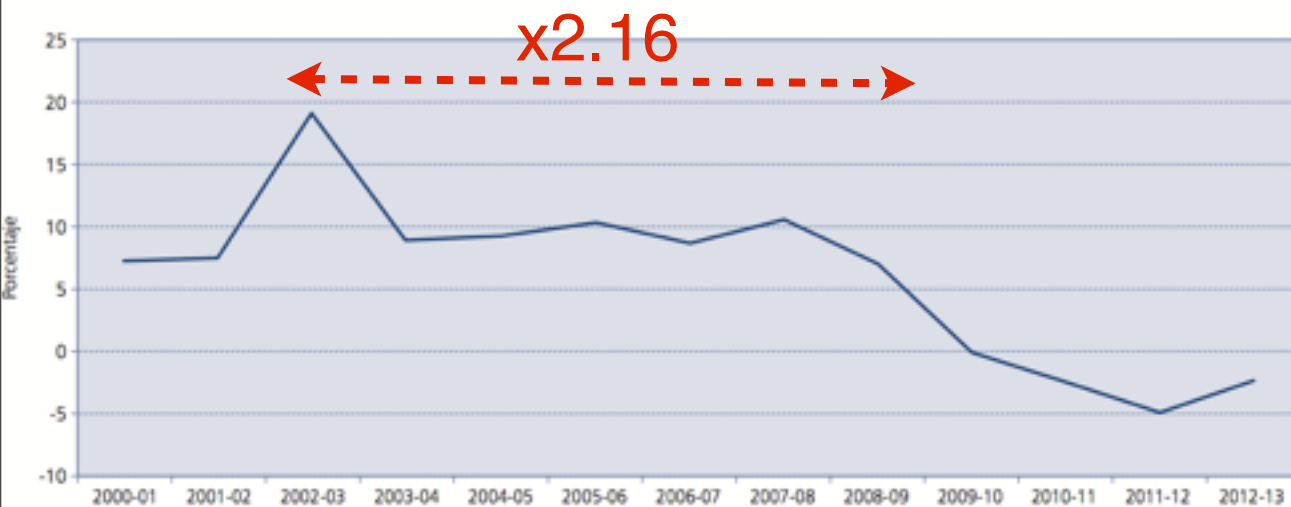
GRÁFICO 1.18: Evolución del gasto real por habitante en SPF, salud, educación y protección social, 2000-2013  
(2000 = 100)



Fuente: IGAE (2015a). Tomado de (Perez-García et al., 2015)

La **crisis** se ha cobrado un **20%** de caída del gasto sanitario real desde 2009

GRÁFICO 2  
CRECIMIENTO INTERANUAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA 2001-2012 (€ CORRIENTES)



Fuente: OCDE Health Data 2014. Para 2012-13, datos provisionales de Contabilidad Nacional de España.

Con todo, el gasto sanitario público en **2013** es el **doble** que el de **2001** en euros corrientes

# **Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad**

## **2. Co-pagos y desuniversalización**

# Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014

María Luisa Vázquez\*, Ingrid Vargas y Marta-Beatriz Aller



- ❏ Objetivo: analizar, a partir de datos disponibles, cómo la crisis afecta o puede afectar a la salud y la atención en salud de la población inmigrante.
- ❏ Una proporción importante de la población española es inmigrante (5,7 millones en 2012).
- ❏ Tres puntos clave
  - ❏ Población especialmente **vulnerable**: peores condiciones de vida y trabajo, y mayor riesgo de exclusión de los servicios públicos (salud).
  - ❏ Datos prácticamente inexistentes, pero ya hay pruebas del impacto en salud mental e indicios de aumento de las barreras de acceso a los servicios de salud.
  - ❏ Impacto directo de las políticas: **exclusión** de la población inmigrante en situación irregular del derecho a la atención en salud (RDL 16/2012).

RESEARCH ARTICLE

# Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013

Kayvan Bozorgmehr<sup>1\*</sup>, Oliver Razum<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of General Practice & Health Services Research, University Heidelberg, Heidelberg, Germany, <sup>2</sup> Department of Epidemiology & International Public Health, School of Public Health, Bielefeld University, Bielefeld, Germany

\* [kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de](mailto:kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de)

**Citation:** Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE 10(7): e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483

**Editor:** Joan A Caylà, Public Health Agency of Barcelona, SPAIN

**Received:** March 6, 2015

**Accepted:** June 1, 2015

**Published:** July 22, 2015



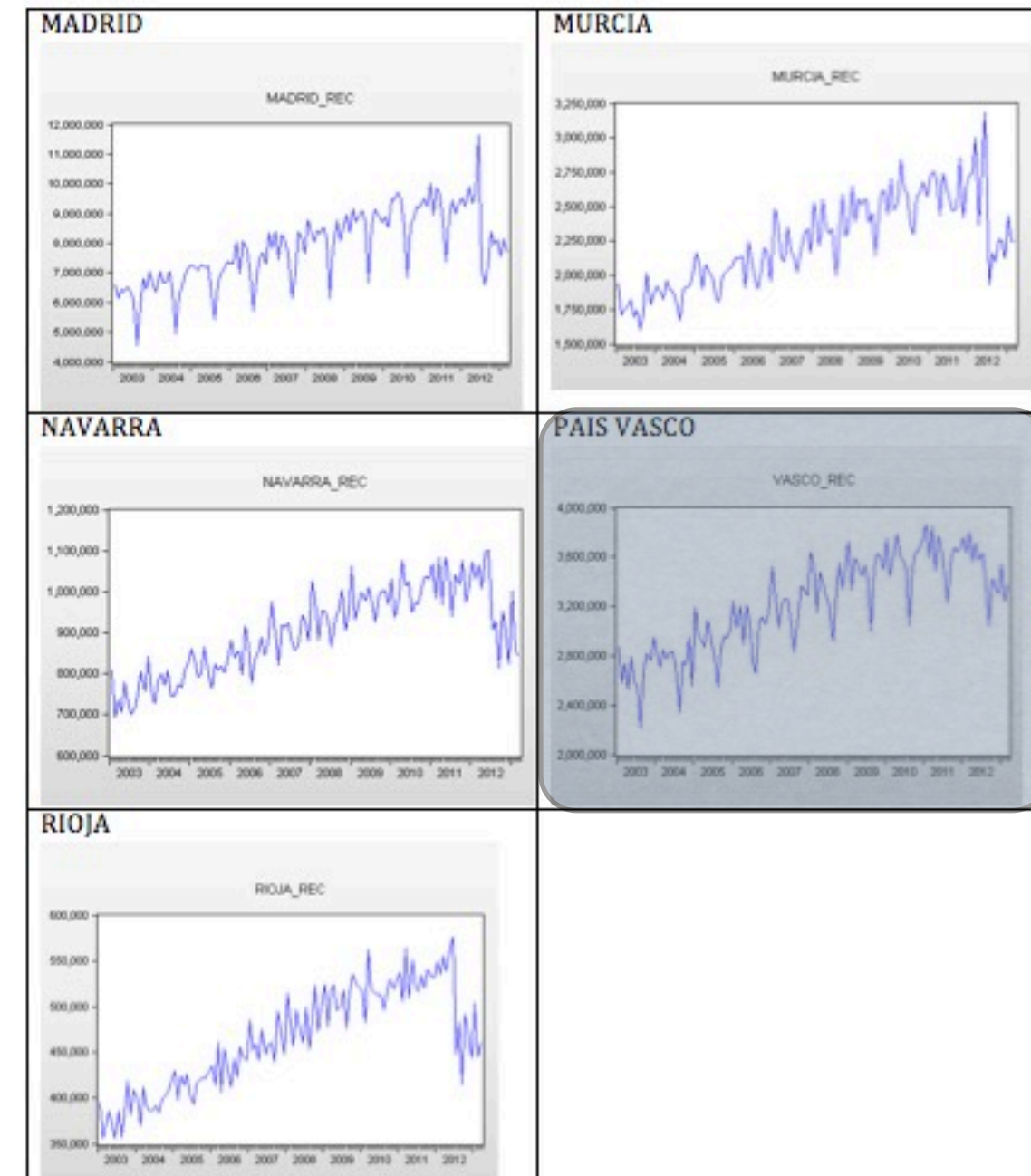
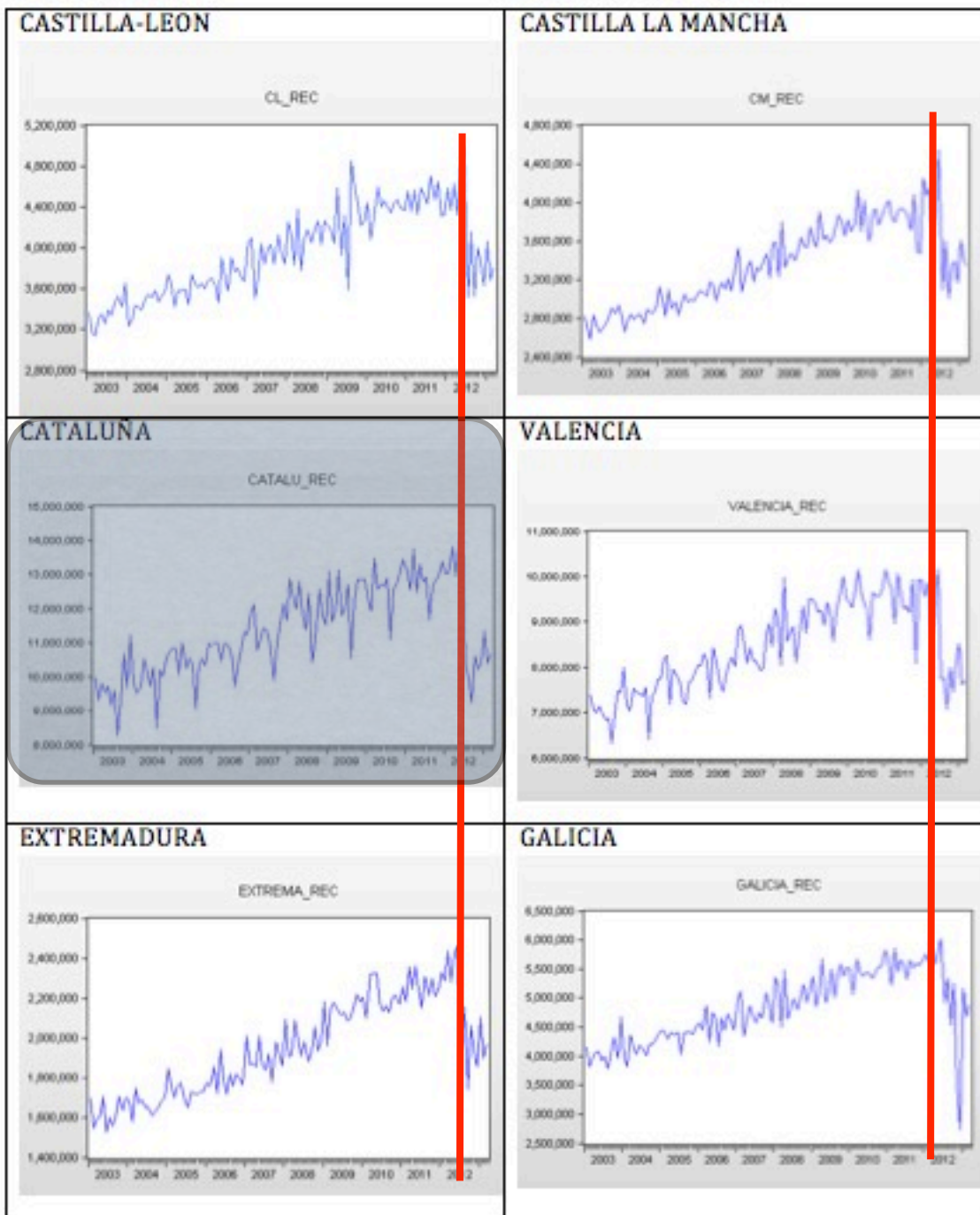
## Conclusion

*The cost of excluding AS&R from health care appears ultimately higher than granting regular access to care. Excess expenditures attributable to the restriction were substantial and could not be completely explained by differences in need. An evidence-informed discourse on access to health care for AS&R in Germany is needed; it urgently requires high-quality, individual-level data.*



# Copagos

Caída de prescripciones a corto plazo  
Tendencia a la recuperación





# Copagos

Globalmente, los **nuevos copagos** de medicamentos han reducido poco el número de recetas pero han redistribuido la carga financiera

Los usuarios pasan del 6% al 12% del gasto(\*)

(\*) Estudio retrospectivo longitudinal con microdatos de muestra aleatoria estratificada de 62.000 pacientes de Canarias seguimiento 2 años

# Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

## 3. De forma muy **heterogénea** entre CCAA

Disciplina presupuestaria generalizada

Pero Hacienda “controla” y las CCAA difieren en cumplimiento déficit

2016: Salida del PDE

(Procedimiento de déficit excesivo)

# Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

5. Como reacción: aumento de gasto y aseguramiento privado

# Planes

# Los planes de futuro: el Programa de Estabilidad



**ACTUALIZACIÓN  
DE ESTABILIDAD**

**REINO DE ESPAÑA**

**2012**



**ACTUALIZACIÓN DEL  
PROGRAMA DE ESTABILIDAD**

**REINO DE ESPAÑA**

**2013 - 2014**

**ACTUALIZACIÓN DEL  
PROGRAMA DE ESTABILIDAD**

**REINO DE ESPAÑA**



**ACTUALIZACIÓN DEL  
PROGRAMA DE ESTABILIDAD**

**REINO DE ESPAÑA**

**2015 - 2018**

**Cuadro A.3. Cambio en la estructura del gasto por funciones**

	Peso gasto 2013 PIB (*)	Peso gasto 2018 PIB	Variación puntos porcentuales PIB	% Variación Gasto real per cápita
<b>Administraciones Públicas (S.13)</b>				
01 Servicios públicos generales	6,9	5,5	-1,3	-7,1
02 Defensa	0,9	0,8	-0,1	1,2
03 Orden público y seguridad	2,0	1,7	-0,3	-1,7
04 Asuntos económicos	4,0	3,7	-0,3	6,7
05 Protección del medio ambiente	0,8	0,7	-0,1	-2,9
06 Vivienda y servicios comunitarios	0,5	0,4	-0,1	-2,3
07 Salud	6,0	5,3	-0,8	0,6
08 Actividades recreativas, cultura y religión	1,1	1,0	-0,2	-0,7
09 Educación	4,0	3,7	-0,4	4,0
10 Protección social	17,6	15,7	-1,9	2,7
<b>Gasto total</b>	<b>43,8</b>	<b>38,4</b>	<b>-5,4</b>	<b>0,9</b>

(\*) La cifra de 2013 no incluye ayudas financieras.

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística y Ministerios de Economía y Competitividad y Hacienda y Administraciones Públicas.



# Indice

1. Introducción
2. Situación económica. Remontando la crisis de 2008, pero con secuelas
3. Efectos de la crisis sobre la salud y sus determinantes
4. Como se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes para los próximos años)
5. Riesgos
6. Antídotos y propuestas en positivo
7. Conclusión

### Resumen

El sistema sanitario está sometido a presiones de los agentes implicados (profesionales, pacientes, industria) con fuerte estímulo de la nueva tecnología sanitaria y los avances terapéuticos. Todas esas fuerzas empujan hacia el aumento del gasto sanitario. La falta de una cultura de evaluación y priorización alimenta el universalismo de barra libre; junto con el buenismo sanitario, caracterizado por la inoperancia de proponer reformas pero no concretarlas después, terminan imponiendo un fuerte coste en términos de eficiencia. España, que ocupa el lugar que se esperaría en cuanto a gasto sanitario, dada su renta, tiene varios frentes interconectados que tensionan su sanidad, como los déficits de gobernanza, los incentivos inadecuados que no mueven a los agentes a asumir su responsabilidad, y la falta de un modelo consensuado de articulación entre lo público y lo privado. Se proponen varios antídotos: compaginar gobernanza con autonomía, cambiar los copagos y modificar la arquitectura institucional de toma de decisiones de cobertura, impulsando el entramado de agencias como ha hecho el Reino Unido con la agencia NICE. Ese país, y los Países Bajos, son dos ejemplos de los que podemos aprender.

**Palabras clave:** gasto sanitario, atención sanitaria, priorización, recortes, sistema sanitario.

### Abstract

The health system is under pressure from groups of stakeholders –professionals, patients, pharmaceutical industry– with strong thrusts involving new medical technologies and therapeutic advances. All these forces push toward increasing health spending. The lack of a culture of evaluation and prioritization feeds an environment of open bar universalism; this along with the health do-goodism, which is characterized by the failure to propose specific reforms, end up imposing strong costs to the system in terms of efficiency. Spain has the expected level of health expenditure, given its income, once compared to other countries with similar health systems and stages of development. However, the Spanish healthcare system has several idiosyncratic interconnected sources of problems including, a deficit of good governance, inadequate incentives for agents to take proper responsibility, and a lack of a consensus model for articulating the public and private sectors. In this paper we propose some antidotes in order to improve the future prospects of the system: to combine governance with autonomy, to change co-payments and to modify the institutional architecture in making coverage decisions, by creating an independent agency, along the line of NICE in England. This latter country as well as the Netherlands provides reform lessons from which the Spanish system may learn.

**Key words:** healthcare expenditure, medical care, prioritization, cuts, healthcare system.

**JEL classification:** H5, H75, I10, I18.

## EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA, ENTRE LO QUE NO ACABA DE MORIR Y LO QUE NO TERMINA DE NACER (\*)

Guillem LÓPEZ I CASASNOVAS

Universidad Pompeu Fabra

Beatriz GONZÁLEZ LÓPEZ VALCÁRCEL

Universidad de Las Palmas de GC

### 1. INTRODUCCIÓN

EL sistema sanitario español exhibe un buen registro que, a nivel macro, merece todo tipo de valoraciones positivas. No obstante, sabemos que la bondad de sus indicadores de salud no puede atribuirse exclusivamente a dicho sistema. Preocupa hoy del sistema sanitario más que su nivel de servicio y resultados, su deriva y tendencia, marcada por las aspiraciones de una sociedad desarrollada, pero que no parece dispuesta a financiar los gastos necesarios adicionales para sufragar las tensiones que hoy encubre el sistema.

El sistema ha pasado un punto complicado, como el que ha supuesto la doble recesión económica vivida, y los fuertes recortes en el control del gasto (gráfico 1), tanto para el global de Servicios Públicos Fundamentales (SPF en la financiación autonómica), como para sus componentes de educación y protección social. Y en el caso de la sanidad con reducciones en el entorno del 20 por 100 en el gasto real per cápita desde 2009, ciertamente amortiguadas gracias a sus profesionales, que han acabado asumiendo en general las restricciones financieras sin grandes quebrantos para la salud de los españoles. Se puede decir que, por lo de ahora, el sistema sanitario ha superado el test de estrés que la crisis ha supuesto a nivel micro y mantie-

ne la posición que le corresponde en el mundo desarrollado en cuanto al nivel macro del gasto sanitario.

Pero continúa la presión de más y mejores servicios a rebufo de la nueva tecnología sanitaria y los avances terapéuticos. Incapaz el sistema español de imponer un catálogo racional de prestaciones, las tensiones de acceso y utilización se mantienen *in crescendo* movidas a veces por los profesionales, la industria y los pacientes en combinaciones diversas. Esta ha de ser nuestra preocupación fundamental. La falta de educación acerca de lo que implica una priorización social del gasto, y así de aceptación de sus consecuencias en la política y en los medios de comunicación, confinan a la Economía de la Salud en una situación poco popular.

El sistema, como comentaremos, tiene que afrontar los retos identificados más adelante asumiendo aquellos que sean *handicaps* endógenos inevitables, pero superando todos aquellos que son evitables desde la acción de las políticas sanitarias.

Más allá, sin embargo, del cuestionamiento que de nuestro sistema provocan las presiones que está ejerciendo la coyuntura económica actual sobre su sostenibilidad financiera, existen cuestiones estructurales que nos preocupan más. Se trata de discernir





Presión al alza de  
costes salariales

Precios de  
medicamentos

ambulatorios (de receta)

hospitalarios

# Siloficación de la sanidad

## INDUSTRIA

MEDIANTE INCENTIVOS NO ECONÓMICOS

### El Gobierno compensará a la industria si el gasto farmacéutico queda por debajo de la tasa de PIB

Con todo, Montoro reconoce que todavía no ha promovido el protocolo entre las comunidades autónomas, aunque espera contar con su visto bueno

Miércoles, 04 de noviembre de 2015, a las 18:40



**Eduardo Ortega Socorro / Imagen y sonido: Cristina Cebrián y Joana Huertas . Madrid**

Finalmente, la firma del protocolo de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud acordado a tres bandas entre Farmaindustria y los ministerios de Sanidad y Hacienda ha llegado. Gracias a este singular pacto que se lleva cocinando meses, el gasto en medicamentos innovadores y su crecimiento quedan atados al incremento del Producto Interior Bruto (PIB).



Cristóbal Montoro, ministro de Hacienda y Administraciones Públicas; Antonio Beteta, secretario de Estado de Administraciones Públicas; Alfonso Alonso, ministro de Sanidad, y Antoni Esteve, presidente de Farmaindustria.

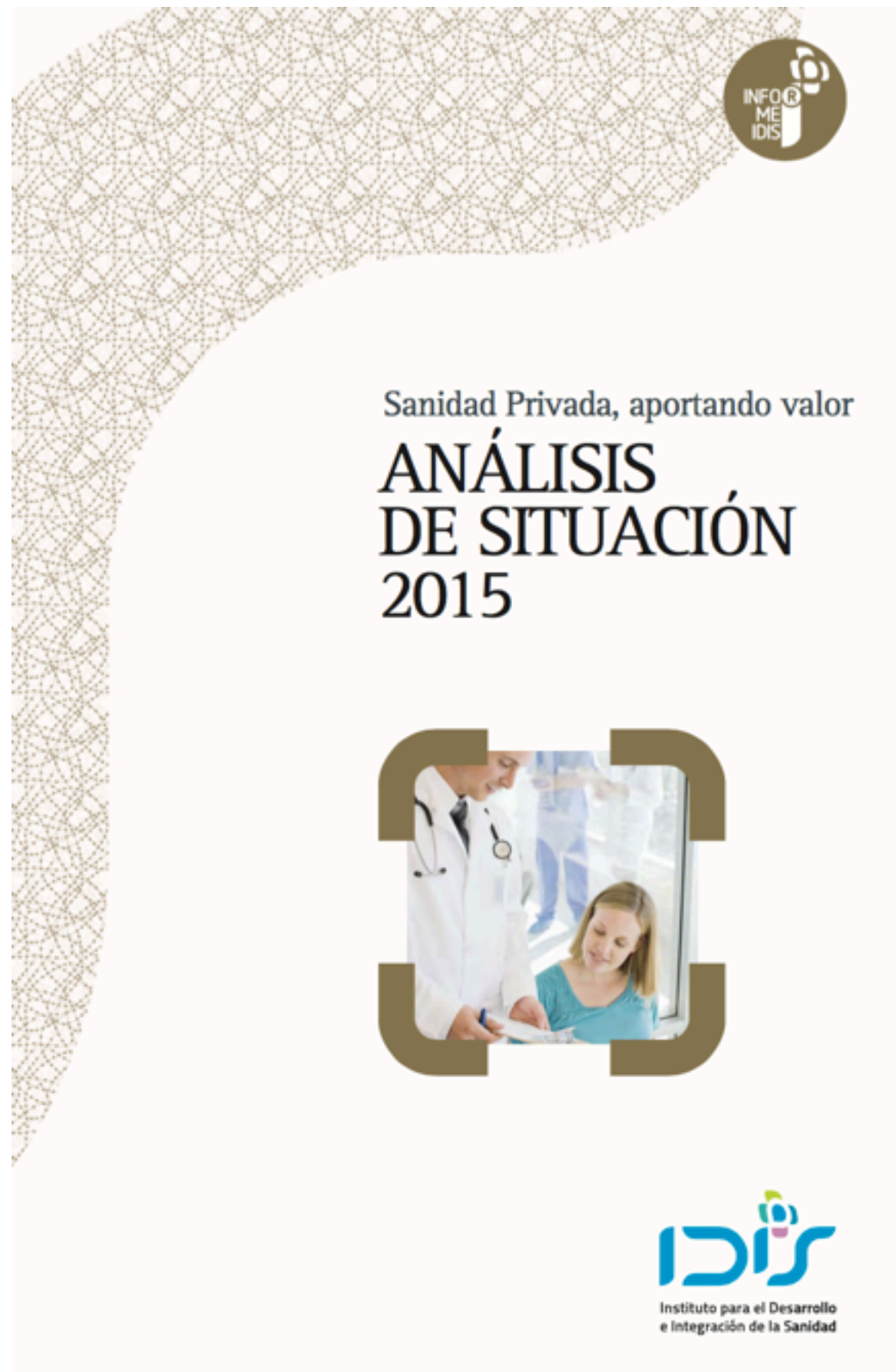


Los incentivos de las partes no están bien alineados ni son compatibles con los del conjunto

R  
I  
E  
S  
G  
O  
S

1. **Pago** por salario, con retribución variable muy escasa (P4P limitado). Dislexia: profesionalismo clínico pero no económico
2. La visualización de los beneficios monetarios de las prácticas clínicas y profesionales es borrosa. Todos ignoran la **apropiación privada de excedentes** (baja productividad, práctica privada en centros públicos)
3. La **formación/información** de los profesionales, todavía (bastante) **a cargo de la industria**
4. Se impone el **discurso liberal** (libre elección del usuario, empoderamiento) pero no responsabilidad de los ciudadanos sobre su propia salud





Sector **privado** (proveedores) **lucrativo**, crecientemente activo y **reivindicativo** que presiona para cambiar de “**modelo**”

**Experiencias** ricas en gestión indirecta de la prestación sanitaria pública, pero no evaluadas. Debate muy **ideologizado**

**Seguros privados** de salud en **alza**



**Buenismo.** Los términos del consenso, ambiguos y **equívocos** para favorecer un consenso inicial **grandilocuente** (*Pactos de Estado*).

*Colaboración público-privada; gobernanza clínica; gestión clínica; participación de los profesionales en la gestión; garantías del derecho a la salud;...*

Estamos todos de acuerdo... pero no sabemos en qué



R  
I  
E  
S  
G  
O  
S

La priorización es tácita,  
opaca, arbitraria,  
contingente a los  
intereses de los grupos  
de presión,...

# En resumen. Riesgos a la salida de la crisis

El gran problema: no se ha aprovechado la crisis para cambiar la **arquitectura institucional**: condiciones de cobertura basadas en ACE; cultura de priorización,...

Sálvese quien pueda. Riesgo de **siloficación** de las políticas y asignaciones presupuestarias

Prioridad (implícita) a sanidad sobre otras formas de producir salud; a medicamentos sobre otros inputs; a especializada sobre AP...: más de lo mismo

# En positivo

Disciplina presupuestaria

Avances (aunque tímidos) en cultura de priorización y responsabilización de los agentes implicados (ej. *Not-to-do*)



# Indice

1. Introducción
2. Efectos de la crisis sobre la salud y sus determinantes
3. Como se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes para los próximos años)
4. Riesgos
5. Antídotos y propuestas en positivo
6. Conclusión

A  
N  
T  
I  
D  
O  
T  
O  
S

Aprovechemos las **ventajas** de la **descentralización** sanitaria:  
benchmarking, laboratorios de políticas,  
priorización diferencial según valores  
sociales,...

Requiere **transparencia** y buen gobierno

La sanidad tiene un importante **papel redistributivo**  
por la vía del gasto

Cambiar el diseño de los **co-pagos(\*)**

(\*) B G Lopez-Valcarcel, J Puig-Junoy y SR Feijoó (2016) Fedea. (Forthcoming)

Necesidad de **institucionalizar** la **priorización** y decisiones de reembolso y cobertura con criterios de coste-efectividad

Antídoto contra el **cortoplacismo**, contra la asignación basada en silos y presiones de grupos de interés

España es una **excepción** en EUR-28 (15/13) y en EUR-15 (10/5)

Actualmente se están “produciendo” y financiando públicamente tratamientos sanitarios a 0.5 millones € por AVAC

## La Salud en Todas las Políticas

(**STP**) obliga a “pensar fuera

de la caja”: en la fdp de salud, los inputs de mayor productividad marginal no son sanitarios

Políticas urbanas, de vivienda, laborales, ....

Es la política “oficial”(!) en EU



Para que funcione, requiere **coordinación** al máximo nivel

Llevar la **salud** a la **agenda** política

PINSAP, buen ejemplo



Si el objetivo de **equidad** se formula en término de **salud**, **legitimidad** para **interferir** en la libertad de elección individual

Si el objetivo es salud, **sacarla del agujero** del gasto sanitario (STP)

**Profesionales:** si cuenta propia, asumir **riesgo**. Si cuenta ajena, aplicar **guías clínicas** del patrón

# Indice

1. Introducción
2. Efectos de la crisis sobre la salud y sus determinantes
3. Como se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes para los próximos años)
4. Riesgos
5. Antídotos y propuestas en positivo
6. Conclusión

# Conclusión

Analizar “con **lupa**” el **gasto** sanitario es condición **necesaria** pero **no suficiente**

Acometer **reformas** estructurales de los problemas **endógenos** atendiendo a:

- Institucionalización de las decisiones de **cobertura** y **priorización** explícita
- Cambios de **incentivos** -alineación-