



## HAY QUE CAMBIAR LA FINANCIACIÓN SANITARIA

*Por un cambio del modelo de financiación sanitaria que garantice  
la suficiencia, la equidad y la racionalidad del gasto*

El modelo para financiar el sistema sanitario público es trascendental para garantizar la suficiencia, la equidad y la sostenibilidad de las prestaciones sanitarias que hacen efectivo el derecho a la salud en nuestro país.

La descentralización del Estado Español, donde las competencias de la ordenación y prestación de la asistencia sanitaria están transferidas a las Comunidades Autónomas, supone una dificultad a la hora de calcular los fondos necesarios para su mantenimiento y garantizar su reparto equitativo entre los diferentes servicios de salud.

A esta complejidad inicial habría que añadirle otros relacionados con la coyuntura política y social que, además de generar tensiones y enfrentamientos, ponen en riesgo su sostenibilidad:

1.- La **crisis económica** ha incrementado los niveles de pobreza en amplios sectores de población con el consiguiente aumento de la incidencia de enfermedad, mortalidad y trastornos mentales, que incrementan la necesidad de asistencia sanitaria. Al mismo tiempo la crisis ha reducido la recaudación de ingresos fiscales, solo entre 2007 y 2013 el Banco de España calculó una caída de recaudación de 46.851 millones de euros lo que supone un 3,4% del PIB.

2.- La **política de recorte de gasto público** (impulsada por la Unión Europea para alcanzar la estabilidad presupuestaria, aplicada a rajatabla por el Gobierno) han supuesto una importante reducción del gasto sanitario (representa alrededor del 35% del presupuesto de las CCAA) que ha pasado de 70.464 millones € en 2009 a 57.632 en 2014 (18%). El % de PIB destinado a Sanidad Pública ha bajado del 6,7% en el año 2009 al 5,6% en el 2016. Por si fuera poco el Programa de Estabilidad presentado por el Gobierno de Rajoy a Bruselas para reducir el déficit público al 5,3% en el 2018, contempla un nuevo recorte de 5.200 millones (1.605 millones corresponden a la Sanidad Pública). Después de Grecia somos el país de la OCDE que más ha recortado su presupuesto sanitario. La reducción de gasto sanitario ha afectado de manera especial al capítulo de personal con la supresión de 25.500 plazas de

trabajadores sanitarios según el Ministerio de Hacienda (55.000 según CCOO), mientras el sector sanitario privado han creado más de 6.000, y al capítulo de inversiones. Las CCAA son las administraciones que han soportado el mayor recorte de gasto social (sanidad, educación y servicios sociales) que descendió del 62,8% en 2013 al 59,7% en 2014, aunque paradójicamente la deuda pública de las mismas se incrementó un 43,4%.

3.- La **desviación de gasto público al sector privado** que creció un 52% en los últimos 10 años.

4.- El **incremento de costes asociados a la privatización** de áreas importantes de la sanidad pública:

- La utilización de la **colaboración Público Privada para financiar, construir y gestionar nuevas infraestructuras hospitalarias**, centros de salud, ha multiplicado unas 7 veces el coste real de los nuevos centros.
- El **aumento de la concertación de servicios sanitarios con el sector privado** (al que se derivan numerosos pacientes que deberían ser atendido en centros públicos) que ha crecido un 42% desde el 2009, mientras MUFACE sigue creciendo pasando de 2.060,5 millones de euros en 2009 a 2.091,3 millones en 2015.
- La **externalización de servicios** como el de Información Sanitaria (historia clínica electrónica, receta electrónica), Centrales de Llamadas, Logística, adquisición de equipamiento, laboratorios centrales, servicios de diagnóstico por imagen etc., ha disparado los costes de unos servicios que antes se realizaban con recursos propios. Los costes del sector privado son mayores que en la pública ya que deben pagar IVA, los intereses de los préstamos bancarios son mayores y hay que pagar dividendos a los accionistas.
- Las **penetración de los laboratorios, multinacionales tecnológicas y fondos de inversión en los centros de investigación, docencia, etc., de los centros sanitarios**.
- El **crecimiento del gasto farmacéuticos** asociado a la política de la industria farmacéutica de introducir nuevos fármacos de elevado coste y resultados inciertos como antivirales, tratamientos biológicos del cáncer o las artritis, etc., o la llamada medicina personalizada
- La **adquisición irracional de equipamiento tecnológico** (RNM, TAC, etc), de elevado coste, mediante el llamado Socio Tecnológico que permite a las empresas fabricantes determinar la cantidad y las características del equipamiento a pagar por el sector público.

4.- La **medicalización de la sociedad** que estimula el consumismo sanitario de la población de manera irracional y peligrosa para su salud

En resumen mientras se recortan recursos del sistema público se aumenta la financiación del sector privado, en una espiral diabólica que

conduce inevitablemente a la quiebra del sistema y al incremento de las desigualdades sanitarias territoriales.

Esta política sanitaria, basada en la ideología neoliberal más radical, plantea la paradoja de que mientras se recortan recursos del sistema público se aumenta la financiación del sector privado. Se han reducido 25.500 trabajadores sanitarios según el Ministerio de Hacienda (55.000 según CCOO) mientras en el sector sanitario privado se han creado más de 6.000 nuevos puestos de trabajo, Esta espiral que conduce inevitablemente a la quiebra del sistema y al incremento de las desigualdades sanitarias territoriales. Han aumentado los centros de Gestión Público Privada (Valencia, Madrid, Galicia, Castilla y León, Baleares) con enormes sobrecostes.

Las CCAA son las que han soportado el mayor recorte dado que el gasto en sanidad, educación y servicios sociales descendió del 62,8% en 2013 al 59,7% en 2014 (pese a lo cual la deuda pública de las CCAA se incrementó un 43,4%) lo que, además de generar tensiones, pone en riesgo la cohesión y la integridad del sistema.

### **El Modelo de Financiación Sanitaria: la historia de un desastre**

La sanidad hasta el 2001 (cuando se transfirió la sanidad a las 10 CCAA que no las habían recibido) se financiaba con fondos propios independientes del resto de las competencias autonómicas. El criterio fundamental era la población de cada autonomía (de acuerdo al porcentaje de población de cada comunidad respecto del Estado).

A partir del **1 de enero del 2002 (Ley 21/2001)** la financiación sanitaria se integró en el sistema de la financiación general sin una partida específica, (aunque durante tres años las CCAA deberían destinarle el mismo % de recursos que venía recibiendo, que deberían incrementarse en función del crecimiento del PIB de cada comunidad). La sanidad paso a financiarse mediante impuestos compartidos con la cesión del 30% del IRPF y el 35% del IVA recaudado en cada comunidad, con el 40% de los impuestos especiales (alcohol, tabaco y céntimo sanitario) y con impuestos cedidos (patrimonio, sucesiones y donaciones, actos jurídicos documentados, e impuestos de transmisiones patrimoniales). En la mayoría de los cuales las CCAA tienen poca capacidad de aumentar la recaudación (algunas CCAA incluso han suspendido, por motivos electorales o de atraer empresas, la recaudación de algunos impuestos como el de patrimonio o sucesiones).

El cambio contemplaba como criterios para calcularla la población total (75%), los mayores de 65 años (24,5%) y la insularidad (0,5%). La decisión de integrar el gasto sanitario dentro del total tuvo como efectos negativos que una parte del mismo (alrededor del 35% de la financiación autonómica) se

desplazara a fines no sanitarios, aumentado así la insuficiencia económica de la misma.

Todo esto mostró la ideología neoliberal del gobierno Aznar que la impulsó y de los sucesivos gobiernos que la mantuvieron, de no considerar la sanidad como un bien esencial a proteger, facilitando que una parte del gasto sanitario (gasto social) se trasladara a otras áreas de la economía para satisfacer sus intereses políticos y los económicos de los grupos de presión aliados.

### **Principales efectos negativos de este cambio:**

- Se perdió en parte el carácter redistributivo de la sanidad, ya que paso a financiarse en gran parte con impuestos que gravan el consumo y la actividad económica que no tienen en cuenta el nivel de renta de quienes los pagan
- Favoreció el crecimiento de la desigualdad de financiación de las CCAA
- El modelo Incrementó la insuficiencia financiera del sistema y mantuvo la irracionalidad en el cálculo de las necesidades de gasto:
  - Se calculó de acuerdo al gasto de dos años atrás
  - Utilizaba indicadores que no contemplaban las necesidades reales de gasto de la población (problemas de salud, necesidades asistenciales o crecimiento del gasto farmacéutico y tecnológico en cara ente territorial) que generaron en seguida un importante endeudamiento autonómico. Resulta inaceptable que no exista el Plan Integrado de Salud que marca la Ley General de Sanidad, y que los Planes de Salud autonómicos, cuando existen, sean documentos vacíos desde el punto de vista operativo.

Por este motivo se convocó **la II Conferencia de Presidentes Autonómicos del 2005** que aprobó una chapuza para salir del paso y mitigar las tensiones entre CCAA (con problemas económicos para sostener los servicios sanitarios por lo que recurrían al endeudamiento, no pagaban a sus proveedores y veían crecer sus diferencias) con una serie de medidas urgentes entre ellas una importante inyección económica.

## **El cambio de 2009**

Posteriormente la **Ley 22/2009** introdujo nuevos cambios para afrontar tanto la insuficiencia económica del modelo como los problemas del comienzo de la crisis que redujo la capacidad recaudatoria de los impuestos transferidos y que fue acompañada de recortes del gasto social impuestas por la UE para reducir déficit garantizar el pago de la deuda (Ley de Estabilidad Presupuestaria).

### **Principales cambios introducidos:**

- Se incrementó el porcentaje del IRPF y del IVA cedido por del Estado a las autonomías del 33% y 35% al 50%, así como en impuestos al alcohol y el tabaco, del 40% al 58%, Este cambio supuso un 10% más de recursos para la financiación de las comunidades autónomas , pero mantuvo los problemas estructurales del anterior modelo.
- Para reducir las insuficiencias y desigualdades se crearon nuevos fondos de financiación: Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, que busca que todas las comunidades ofrezcan un nivel similar en la prestación de los servicios públicos fundamentales (supone el 80% de los recursos del sistema y se financia con una aportación del 75% de los ingresos tributarios de las comunidades y un 5% adicional del Estado), el Fondo de Suficiencia Global, para mantener el status quo de las regiones y que no pierdan en cada reforma del sistema (16,5%) y otros dos fondos de convergencia (Competitividad y Compensación) , para distribuir recursos a las autonomías con menor renta per cápita y para las que tienen una dinámica poblacional negativa que suponen el 3,5% del total.

El nuevo modelo, además de farragoso y difícil de entender, ha vuelto a generar importantes diferencias entre CCAA que mantienen las tensiones y enfrentamientos que ponen en riesgo la cohesión del sistema.

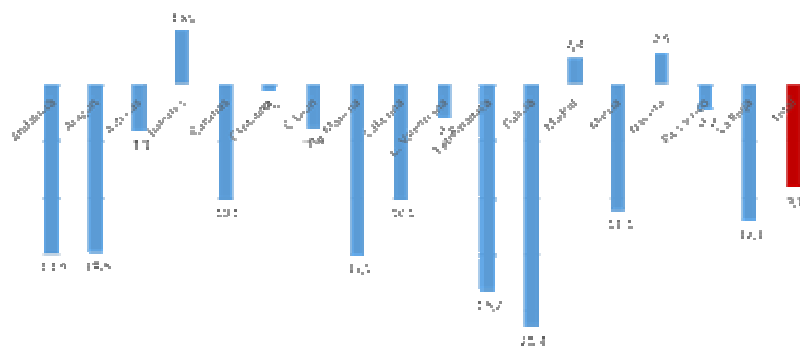
Este modelo se debería haber modificado en 2014, pero fue paralizado por el Gobierno alegando falta de recursos por la crisis (Estabilidad Presupuestaria), prolongando y agravando la insuficiencia financiera del sistema y aumentando las diferencias entre comunidades.

### **Entre las causas de esta situación podemos destacar:**

- El modelo carece de criterios claros para poder calcular el volumen de recursos que necesita cada Comunidad Autónoma y su reparto equitativo, falta aprobar el Plan Integrado de Salud.
- La repercusión de la crisis sobre la capacidad recaudatoria de los impuestos que gravan el consumo (IVA), la actividad económica (impuestos transferidos) y el IRPF (reducción salarial)

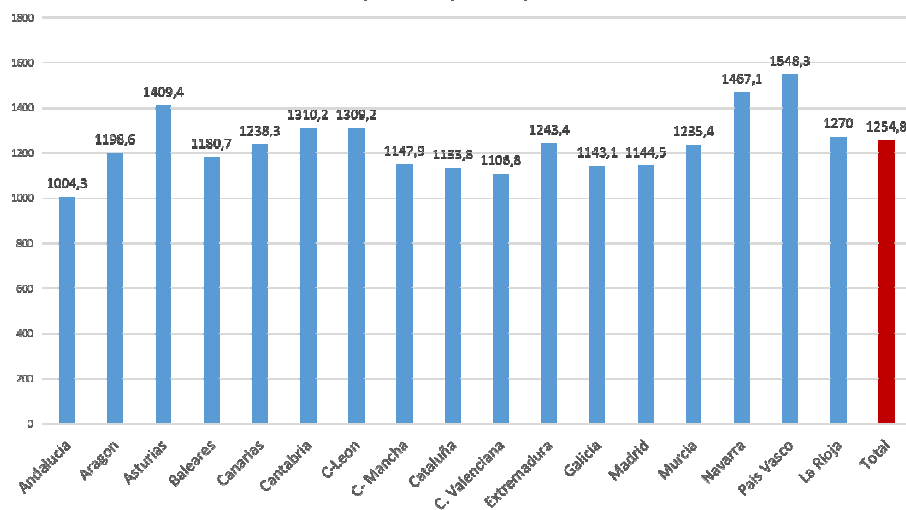
- El crecimiento del gasto asociado al aumento del paro, la pobreza y la enfermedad.
- Un crecimiento desorbitado del gasto farmacéutico consecuencia de la aprobación de medicamentos a precios astronómicos no relacionados con el esfuerzo de investigación de los laboratorios: tratamiento de los pacientes con Hepatitis C ha incrementado 23% el gasto farmacéutico hospitalario y ahora la industria farmacéutica pretende comercializar 220 nuevos medicamentos para tratar el cáncer (son el 12,3% del gasto hospitalario sin que hayan incrementado significativamente la supervivencia de los enfermos) o sacar al mercado los llamados fármacos biológicos que suponen ahora el 40-50% gasto farmacia hospitalaria
- La compra de equipamiento tecnológico en colaboración con las multinacionales que los fabrican, sin evaluación previa de su necesidad

Evolucion presupuestos sanidad publica  
2009- 2015



La diferencia en gasto por habitante alcanzaron los 544,02 € entre la que más y menos gastaba, en el año 2015.

Presupuesto per capita 2015



El modelo de financiación utiliza criterios poblacionales (población total y mayores de 65 años), territoriales (dispersión, insularidad), el gasto histórico, o la capacidad recaudatoria transferida (corresponsabilidad y autonomía), pero ignora los principales determinantes del gasto en salud como son las necesidades y problemas de salud, el gasto en medicamentos o la orientación de la política sanitaria.

### **Otros problemas a considerar**

El Sistema Nacional de Salud está sufriendo un importante deterioro como consecuencia de la combinación de los recortes presupuestarios y de un inapropiado sistema de financiación, este deterioro es vivido por la ciudadanía especialmente en el crecimiento de las listas de espera. Existe la sospecha fundada de que este deterioro es el resultado de una estrategia a largo plazo que desmantela la Sanidad Pública para favorecer el aseguramiento y la provisión privada (el crecimiento de los seguros sanitarios privados en el último año es un buen exponente de ello).

Por otro lado hay una gran disparidad entre las CCAA no solo en cuanto a presupuestos sanitarios, sino también en lo que respecta en la ausencia de criterios comunes a la hora de decidir prestaciones lo que produce desigualdades crecientes entre las mismas.

Finalmente los recortes de personal han tenido un especial impacto en los centros más pequeños y en los situados en zonas más alejadas de las grandes ciudades, a lo que previsiblemente se sumara presumible jubilación en los próximos años de una parte importante de la plantilla de los servicios sanitarios públicos y cuya reposición no está planificada.

## **Propuestas para el cambio del modelo de financiación.**

Un nuevo modelo de financiación sanitaria debería:

1. **Garantizar la suficiencia financiera y la equidad entre CCAA**, muy afectada por la crisis, los recortes y las deficiencias del actual modelo (basado en población y unos fondos de compensación irracionales). Para lo que habría que incrementar la carga impositiva a los sectores económicamente más poderosos que apenas pagan impuestos, modificar el sistema para que no descansa en impuestos indirectos que incrementan la desigualdad y afectan al modelo de una sanidad redistributiva y obligar a todas las CCAA a recuperar el impuesto de patrimonio y el de sucesiones.
2. **Devolver el carácter finalista a la financiación sanitaria**, con obligación de destinar un montante similar en cada CCAA e impedir que algunas CCAA practiquen dumping social reduciendo impuestos a las empresas y capitales para conseguir mayores inversiones.
3. **Dar transparencia al sistema**, simplificar el sistema de cálculo y de nivelación eliminando los actuales fondos de garantía o sostenibilidad.
4. **Crear una partida económica específica en los Presupuestos del Estado destinada a compensar las diferencias de financiación** (no basadas en necesidades objetivas de salud de cada población) entre CCAA, para lo que podrían utilizarse los Fondos de Cohesión.
5. **Introducir para el cálculo de las necesidades de gasto, además de los actuales indicadores basados en la estructura poblacional, otros basados en las necesidades de salud** como la carga de enfermedad (enfermedades prevalentes, mortalidad, discapacidad, principales determinantes medioambientales y diferencias de recursos sanitarios).
6. **Cambiar la orientación estratégica de la política sanitaria**: Pasar de la actual estrategia orientada a la enfermedad y la curación a otra basada en la promoción, la prevención, la equidad y los cuidados a los crónicos



## **El cambio de modelo para ser eficaz precisa de otras actuaciones Complementarias**

Para evitar que un aumento de la financiación sanitaria se traslade directamente a una sobreutilización innecesaria y a financiar actividades ineficaces, etc, habría que acompañar el cambio del modelo con la puesta en marcha de una estrategia destinada a:

- Controlar el crecimiento irracional del gasto farmacéutico que alcanza la astronómica cifra de 17.000 millones de euros (2º lugar mundial en consumo de medicamentos) y que sigue aumentando (8% en farmacia y 26% en hospitales).
- Crea una agencia estatal para evaluar y controlar las nuevas tecnologías antes de introducirla en el sistema
- Poner en marcha una Estrategia Estatal destinada a racionalizar la actividad asistencial basada en la evidencia científicamente comprobada (protocolos, guías clínicas, vías clínicas) y en el enfoque integral de los procesos asistenciales

En conclusión, las sucesivas reformas del Modelo de Financiación no afrontaron dos problemas básicos y reiterados de la financiación autonómica. Uno es la discriminación económica que se produce entre las comunidades forales y las financiadas a través del régimen común (artículo 138 de la Constitución Española). El segundo deriva de la ausencia de un pacto político amplio, solvente y previo, fundamentado en la equidad y en la responsabilidad fiscal.

Si estos principios no se tratan con rigor y generosidad, la fragilidad del sistema será otra vez evidente, porque así lo avala la experiencia y también la lógica y los conocimientos que tenemos sobre el desarrollo de los distintos sistemas de financiación sanitaria en nuestro país y a nivel internacional.

**FEDERACION DE ASOCIACIONES  
PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA  
MARZO DEL 2017**